

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

*“Proyecto de intervención profesional para familiares y
pacientes del Sanatorio Morra próximos a la
desinstitucionalización”*

Sanatorio Prof. León S. Morra

Autor: Leticia Elizabeth Hartwig
Leg. PSI02509

Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra

Córdoba, 2019

Dedicatoria

Por creer siempre en mí, y por enseñarme que siempre se puede volar más alto si uno se lo propone. Gracias Nu.

Índice

1. Resumen	5
2. Abstract	6
3. Introducción	7
4. Presentación de la línea estratégica escogida	9
5. Síntesis de la organización	10
6. Delimitación de la necesidad objeto de la intervención	16
7. Objetivos generales y específicos	19
8. Justificación	20
9. Marco teórico	21
<i>9.1 Contextualización</i>	<i>21</i>
<i>9.2 Población</i>	<i>24</i>
<i>9.3 Reinserción Social</i>	<i>25</i>
<i>9.4 Taller</i>	<i>28</i>
10. Plan de acción	30

<i>10.1 Actividades</i>	30
<i>10.2 Cronograma</i>	51
<i>10.3 Recursos</i>	52
<i>10.4 Presupuesto</i>	53
<i>10.5 Evaluación</i>	54
11. Resultados esperados	56
12. Conclusión	57
13. Bibliografía	59
14. Anexo	62

1. Resumen

El presente trabajo final de Grado de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, tiene por objeto el diseño de un Plan de Intervención. Luego del análisis de las características del Sanatorio Prof. León S. Morra, se ha detectado la necesidad de abordar los procesos de reinserción social de los pacientes próximos a la desinstitucionalización.

A través del dispositivo de taller, organizado en 6 encuentros con frecuencia semana, y a través de actividades pautadas, el trabajo se focaliza en el fortalecimiento de las redes y vínculos familiares, así como también en el aumento de los sentimientos de autoconfianza y autoestima.

Palabras clave: reinserción social, vínculos familiares, desinstitucionalización, enfermedad mental.

2. Abstract

The present final graduation project of the degree in Psychology of *Universidad Siglo 21*, aims to design an Intervention Plan. After analyzing the characteristics of the Sanatorium *Prof. León S. Morra*, the need of approaching the social reintegration of patients close to deinstitutionalization has been detected.

Through workshop device organized in six meetings with weekly frequency and also with scheduled activities, the work focus in strengthening networks and family ties, as well as, increasing self-esteem and self-confidence feelings.

Key-words: social reintegration- family ties- deinstitutionalization- mental illness

3. Introducción

El paciente mental ha sido históricamente aislado de la sociedad y confinado en instituciones. Fue a partir de la década de los 30, donde comenzó a gestarse un movimiento que ponía en tela de juicio el tratamiento de los pacientes. A partir de los movimientos de desmanicomialización, se pretendía restituir al enfermo mental su identidad, así como también la promoción de prácticas más humanizantes en el área institucional.

En el marco de una nueva concepción de los procesos de salud y enfermedad, se establece en la Provincia de Córdoba la Ley de Salud Mental 9848, la cual establece y persigue la aplicación de los derechos de los pacientes mentales. Con dicha ley se pretende reducir los procesos de institucionalización así como también promover la reinserción social de los pacientes hospitalización.

En el proceso de reinserción, surge como un factor de gran importancia, que los pacientes cuenten con redes sociales y familiares que puedan contenerlos, no solo al finalizar el periodo de internación, sino también durante todo el proceso del tratamiento.

En el presente trabajo de grado, que consiste en un Proyecto de Aplicación, se pretende fortalecer los vínculos sociales de los pacientes próximos a finalizar su estadía en el Sanatorio Morra, a través de la implementación de un taller, donde pacientes y familiares trabajaran en conjunto.

Los beneficios esperados con la implementación de este proyecto contemplan el incremento del número de pacientes que se reinserten en su ambiente nuevamente, así como también el fortalecimiento de las redes de contención, con el objeto de prevenir recaídas.

4. Presentación de la línea estratégica escogida

El presente trabajo consiste en la elaboración de un proyecto de intervención profesional, que tiene por objeto el trabajo grupal con las familias de los pacientes del Sanatorio Morra.

Luego de indagar la información obtenida acerca de la mencionada institución, se detecta como oportunidad el fortalecimiento de las redes familiares de contención con el fin de promover la reinserción social de los pacientes hospitalizados, ya que si bien se menciona la importancia de la participación del grupo familiar en el tratamiento de los individuos, no se realizan actividades específicas dirigidas a tal objeto.

Acorde a la Ley de Salud Mental 9848 promulgada en el año 2010, enmarcada en el nuevo paradigma de salud, se atiende a los procesos de desmanicomialización y desinstitucionalización de los pacientes afectados con patologías mentales, persiguiendo el objetivo de reinserción y revinculación social, fortaleciendo la autonomía de los individuos. Es en este proceso donde se percibe la importancia que revisten las redes de contención familiares, y su papel en el tratamiento de los pacientes (Universidad Siglo 21, 2019).

5. Síntesis de la organización

Ubicado en las calles Sagrada Familia y Nazaret, en el Barrio Urca de la ciudad de Córdoba, el Sanatorio Morra abrió sus puertas en el año 1927 de la mano de León Sebastián Morra, su fundador, bajo el nombre de Clínica las Rosas. Actualmente continúa funcionando bajo la dirección de Carlos y León Morra (Universidad Siglo 21, 2019).

Sentando las bases de un nuevo tratamiento de los alienados, ya en 1915 León Morra sostenía que debían reglamentarse y respetarse los derechos de las personas padecientes de trastornos mentales. Algunos de sus principios fueron tomados en cuenta para el establecimiento de la actual ley de salud mental (Universidad Siglo 21, 2019).

Desde sus inicios, la misión de Sanatorio ha sido generar un entorno contenedor para mejorar la calidad de vida de los pacientes, comprometiéndose con ellos humanamente. Permitiendo la prevención, el tratamiento, la asistencia y posterior reinserción de sus pacientes en las distintas áreas de sus vidas (Universidad Siglo 21, 2019).

Desde su fundación, se fueron sucediendo modificaciones acordes a la época y a las necesidades particulares de la población en dicho momento. Originalmente establecida como clínica de reposo con particular atención sobre patologías neuropsiquiátricas y patologías asociadas al consumo de alcohol, el edificio se rodeaba de altos muros, respondiendo a la demanda social de aislamiento de los insanos (Universidad Siglo 21, 2019).

Hasta el año 1960 la higiene y alimentación de los pacientes se encontraba a cargo de las Hermanas Carmelitas Misioneras Teresianas, supervisadas por especialistas médicos. Los profesionales técnicos se fueron incluyendo de manera progresiva, de la misma manera las hermanas fueron abandonando sus tareas dentro de la clínica (Universidad Siglo 21, 2019).

En el año 1960 el Sanatorio comenzó a atender de manera ambulatoria. Este cambio produjo que el porcentaje de internaciones disminuyera considerablemente, un 67% menos (Universidad Siglo 21, 2019).

Los hospitales de día se incorporaron en el año 2000, respondiendo a la necesidad de creación de un dispositivo intermedio, evitando utilizar la internación como principal recurso (Universidad Siglo 21, 2019).

En el año 2010 se comenzó a trabajar con historias clínicas, abordando los padecimientos desde una mirada transdisciplinar. A partir del año 2018 se incorporaron las historias clínicas electrónicas (Universidad Siglo 21, 2019).

Actualmente los antiguos muros del Sanatorio fueron renovados con luminosos ventanales, que acorde a los requerimientos actuales, cambiando el aislamiento por apertura (Universidad Siglo 21, 2019).

La clínica cuenta con un área de internado y área de atención ambulatoria, además de un anexo en la ciudad de Río Ceballos, con atención particularmente a pacientes psiquiátricos, consultorios externos y dispositivos intermedios: visitas domiciliarias,

hospital de día, dos residencias compartidas y dos casas de medio camino (Universidad Siglo 21, 2019).

Los servicios que componen el área de internación son los siguientes:

- Servicio 1, pacientes femeninas agudas que necesitan internación no crónica.
- Servicio 2, pacientes masculinos y femeninos con mayor autonomía para desempeñarse, que no requieren estricto control.
- Servicio 3, pacientes masculinos con suficiente autonomía, pero que requieren internación.
- Servicio 4, pacientes con mayor grado de impulsividad, crónicos. Algunos presentan grave deterioro cognitivo, demencia o retraso mental. Necesitan mayor control y acompañamiento para subsistir, ya que no pueden hacerlo por si solos.
- Servicios de cuidados intermedios, que se dirige a pacientes crónicos terminales con patologías psiquiátricas.
- Servicio de Neurorehabilitación y Neurología, se avoca al tratamiento ambulatorio, así como también de pacientes internados. Se trabaja sobre patologías tales como demencia, depresión, Alzheimer, entre otras.

El sanatorio cuenta además con una guardia que funciona las 24 hs del día, área de ejercicios físicos y laboratorio de investigación. El área de alimentación así como también los servicios de higiene y limpieza, se encuentran tercerizados (Universidad Siglo 21, 2019).

Los dispositivos intermedios se apoyan sobre el precepto de que la internación debe ser el último recurso a utilizar. Pueden mencionarse:

Hospital de día, con el objetivo de reforzar habilidades y evitar la internación, un grupo de profesionales funciona como red de contención de actualmente 45 pacientes que asisten en jornadas completas o semicompletas (Universidad Siglo 21, 2019).

Casa de medio camino, se trabaja en 3 etapas, inicialmente se realiza una selección de pacientes que aceptan formar parte y reúnen una serie de condiciones, en una segunda instancia se refuerzan la autonomía que muchas veces se pierde debido a las internaciones. En una etapa final, se espera la reinserción de los pacientes a la comunidad (Universidad Siglo 21, 2019).

El objetivo que se persigue es el logro de la autonomía y la revinculación afectiva, a través de la interacción con sus pares, y un equipo profesional que sostiene y acompaña (Universidad Siglo 21, 2019).

Residencias compartidas, surge como respuesta a la necesidad que presentan aquellos pacientes que luego de su paso por una casa de medio camino, no cuentan con los medios necesarios para instalarse en una vivienda propia. A diferencia de las casas de medio camino, las personas pueden vivir en estas residencias compartidas a lo largo de toda su vida (Universidad Siglo 21, 2019).

La participación de la familia y amigos es importante en los tratamientos, y va a depender de las necesidades, posibilidades y recursos de cada paciente. Para la externación

y reinserción social, en de vital importancia que en el tratamiento se elabore una red de contención por parte de los familiares (Universidad Siglo 21, 2019).

Actualmente las patologías que mayormente son tratadas incluyen adicciones, violencia, intentos de suicidio y depresión. Así como patologías duales, que combinan consumo de sustancias con depresión, trastorno bipolar y trastornos psicóticos. Una internación promedio dura 19 días, y el rango etario que solicita mayor atención se ubica entre los 30 y 60 años (Universidad Siglo 21, 2019).

El Sanatorio se encuentra financiado con los pagos de obras sociales y prepagas, siendo la que brinda mayores prestaciones, la obra social PAMI (Universidad Siglo 21, 2019).

Los 5 pilares que rigen actualmente el accionar de la Clínica Morra son los siguientes:

Interdisciplina, lo que puede evidenciarse en los equipos de trabajo. El Sanatorio incluye profesionales médicos con distintas especialidades, profesionales psicólogos con corrientes psicoanalíticas, sistémicas, gestálticas y cognitivo comportamentales, profesionales en enfermería, trabajo social y nutrición; además de acompañantes terapéuticos y especialistas en rehabilitación, dentro de los cuales se incluyen talleristas de yoga, música, baile, cocina, entre otros (Universidad Siglo 21, 2019).

Desjudicialización de las patologías psiquiátricas, donde se trabaja con profesionales pertenecientes al área judicial, así como también se desataca la utilización de consentimientos informados (Universidad Siglo 21, 2019).

Encarar las patologías mentales desde la mirada de la salud (Universidad Siglo 21, 2019).

Despsiquiatrizar los problemas sociales y avanzar sobre la desmanicomialización, donde se pueden destacar las labores ambulatorias y la creación de dispositivos intermedios, tales como las casas de medio camino (Universidad Siglo 21, 2019).

6. Delimitación de la necesidad objeto de la intervención

La Ley provincial N° 9848 pronunciada en el año 2010 en la ciudad de Córdoba, se plantea como principal objetivo garantizar el derecho a la Salud Mental, a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Ley N° 9848, 2010).

Uno de sus postulados refiere a la desinstitucionalización de los individuos aquejados con patologías mentales, utilizando la internación como último recurso (Ley N° 9848, 2010).

Dentro de sus decretos, establece que se deben planificar acciones que favorezcan que las personas con padecimientos mentales, se integren o re integren a sus redes sociales y familiares (Ley N° 9848, 2010).

Es un derecho de los pacientes poder ser acompañados por su círculo social cercano, así como también de sus familiares y allegados, que se los incluya durante el tratamiento (Ley N° 9848, 2010).

El esfuerzo de un grupo familiar de mantener un estado de coherencia y equilibrio ante una situación estresante en el seno de la familia misma, se conoce como funcionamiento familiar (Caqueo y Lemos, 2008).

Las familias que incluyen entre sus miembros a un individuo con padecimientos mentales crónicos, generalmente padecen deterioro e incremento del malestar emocional,

así como consecuencias en su funcionamiento, incluyendo los roles así como las relaciones entre los miembros (Caqueo y Lemos, 2008).

Generalmente, los grupos familiares en los cuales se produce un desequilibrio mental en uno de sus miembros, se auto definen como sanos o normales, a diferencia del padeciente, quien pasa a ocupar el lugar de enfermo. Pasa a ser portador de un estigma social, pero es también dentro del seno de la familia donde se hace acreedor del mismo (Solano y Vasquez, 2014).

La enfermedad de un individuo involucra a todo el grupo, quien también debe cambiar, adaptarse al nuevo escenario. Constituye un señalamiento social, que provoca vergüenza en sus miembros (Solano y Vasquez, 2014).

Pese a conformar un espacio de protección de quienes conforman la familia, el individuo enfermo recibe discriminación por parte de su entorno, lo que determina un antes y un después del diagnóstico de la patología mental (Solano y Vasquez, 2014)

Las familias que incluyen entre sus miembros a un individuo con padecimientos mentales crónicos, generalmente padecen deterioro e incremento del malestar emocional, así como consecuencias en su funcionamiento, incluyendo roles como relaciones entre los miembros (Caqueo y Lemos, 2008).

Un mejor funcionamiento familiar se percibe en aquellos grupos con menor nivel de estrés, mayor nivel de apoyo y utilización de estrategias de afrontamiento (Caqueo y Lemos, 2008).

Estudios realizados sobre la temática han hallado que la participación en talleres, de la mano de profesionales y familias con problemáticas similares, incrementa la funcionalidad familiar. Por este motivo se destaca la necesidad de que las familias de pacientes con patologías mentales, participen en este tipo de espacios (Caqueo y Lemos, 2008).

Para que puedan generarse procesos de reinserción social en los pacientes, es necesaria la creación de redes de contención familiares. La participación de seres allegados al individuo hospitalizado, va a depender de sus posibilidades particulares así como también de sus necesidades (Universidad Siglo 21, 2019).

7. Objetivos generales y específicos

7.1 Objetivos generales

- Promover la reinserción social de pacientes psiquiátricos del Sanatorio Morra a través de la implementación de un taller psicoeducativo.

7.2 Objetivos específicos

- Mejorar los vínculos entre los pacientes y sus familias.
- Reforzar las redes familiares de contención.
- Fortalecer los sentimientos de autoestima y confianza en sí mismos de los pacientes.

8. Justificación

En el campo de la salud mental, una dimensión constituyente es la rehabilitación psicosocial, y este de acuerdo a este concepto, que debe orientarse el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales (Hernández, 2017).

La rehabilitación psicosocial refiere a las estrategias que ponen en práctica los individuos afectados por enfermedades mentales para superar las dificultades que se presentan en su vida diaria. Guiada por los valores de autonomía, responsabilización y participación, estimula en el sujeto padeciente, la construcción de su proyecto vital, utilizando técnicas de estimulación cognitiva, trabajos psicoeducativos con los grupos familiares y técnicas orientados al desarrollo de habilidades sociales específicas (Hernández, 2017).

Siguiendo las ideas de Emiliano Galende (1996), el trabajo de los neuropsiquiátricos se orienta a un proceso resocializador del paciente, pero no basta con re insertarlo en una familia o una labor. Resocializar al individuo al ámbito social desde donde el acontecimiento de la internación lo sustrajo no es suficiente, es necesario un trabajo de construcción o re construcción de sostenes sociales, atravesados por las dimensiones familiares, laboral, culturales, etc. (Ramallo, 2009)

Es importante crear redes que pueden haberse encontrado ausentes previamente al proceso de institucionalización, ya que serán estos sostenes los que mayor peso ejerzan sobre la reincidencia de los trastornos y las recaídas de los pacientes (Ramallo, 2009).

9. Marco teórico

9.1 Contextualización

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dicha definición fue propuesta en el año 1948, y no se han realizado modificación del concepto desde ese entonces.

Estudiando los conceptos de salud y enfermedad a lo largo de la historia, puede verse que estos dependen de la época en que se enuncien. La “normalidad” se define en cada periodo histórico y en cada cultura particular, de acuerdo a una construcción social establecida en dicho momento (Sampayo, 2005).

Puede decirse entonces que la valoración de salud y enfermedad de un individuo no dependen únicamente de las manifestaciones en su personalidad, sino también de la valoración y prejuicios sociales que se tengan sobre dichas alteraciones (Sampayo, 2005).

Cada sociedad determina sus enfermos, así como también los procesos necesarios para que sanen (Sampayo, 2005).

Hay temas que son atemporales para las sociedades, como la idea de la peligrosidad. Esta es la base del aislamiento institucional de individuos con padecimientos mentales, el confinamiento social junto a la necesidad de control, justificados por el concepto de peligrosidad e irreversibilidad de los trastornos (Sampayo, 2005).

La tradición histórica de aislar al enfermo psiquiátrico comenzó a cuestionarse durante los años 30. Los movimientos de desinstitucionalización y deshospitalización trajeron consigo problemáticas sociales, destacando la importancia de contar con una red apropiada de contención a la hora de reintegrar los pacientes a la comunidad (Saiz y Chévez, 2009).

El proceso de reinserción psicosocial de un individuo que se encuentra hospitalizado, requiere una visualización de los conceptos salud enfermedad desde una visión integral, relacionando las variables biológicas, sociales y psicológicas; por tanto, el reintegrarlo a la comunidad atraviesa cuestiones de índole civil, laboral y cultural, entre otras (Brunetti, 2011).

La internación de un individuo incide en el funcionamiento de su grupo familiar. Produce efectos tanto en el paciente como en su entorno, generando vulnerabilidad y fragilidad, acompañadas frecuentemente de sentimientos de incertidumbre y tristeza (Mejía y Viveros, 2012).

El proceso de hospitalización genera desequilibrio en la estructura familiar, afectando su funcionamiento y dinamismo. Cuestiones como el rol que el individuo afectado ocupe en su sistema familiar, la edad y gravedad del padecimiento, determinarán el modo en que el grupo asuma el tratamiento y cómo ha de producirse la adaptación a esta situación desestabilizante (Mejía y Viveros, 2012).

La incorporación de la familia al tratamiento constituye un factor de gran importancia en pacientes con trastornos mentales, fortaleciendo y favoreciendo la labor profesional (Padilla, Obando y Sarmiento, 2018).

La participación del grupo propiciara la adaptación a la enfermedad, vivenciada por todos sus miembros, así como también ejercerá un rol en el proceso terapéutico del paciente, considerando la adherencia y cumplimiento del mismo (Padilla et. al., 2018).

La recuperación del paciente se verá afectada directamente por las redes familiares de apoyo que puedan generarse durante el proceso de tratamiento (Mejia y Viveros, 2012).

Una familia que participa en el tratamiento, puede vehicular procesos de apoyo y soporte que aminoran el malestar y sufrimiento, generando además un fortalecimiento en los vínculos entre sus miembros (Padilla et. al., 2018).

El trabajo con las familias de pacientes psiquiátricos representa una oportunidad favorable para potenciar los efectos de un proceso terapéutico. El conjunto familiar puede constituirse en una red de apoyo del paciente y su terapia, teniendo en cuenta la influencia que el grupo cercano puede ejercer sobre el individuo (Viveros, Londoño y Ramírez, 2017).

9.2 Población

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), un trastorno mental o comportamental puede definirse como una alteración en las esferas anímica, intelectual o comportamental de un individuo, que no se presenta acorde a las normas de la cultura.

Los trastornos suelen verse asociados a sentimientos de angustia. Asimismo se producen síntomas que afectan las funciones personales del individuo.

Actualmente se considera que las afecciones mentales pueden producirse por múltiples factores interrelacionados desde las esferas: sociales, biológicas y psicológicas (Agrest, 2011).

Uno de los principales obstáculos que presenta la reinserción social de las personas que padecen enfermedades mentales se relaciona con la estigmatización que dicho tipo de padecimientos trae socialmente asociado (Agrest, 2011).

9.3 Reinserción social

En el término de reinserción social pueden encontrarse distintas acepciones:

Siguiendo a Nieto (2001), puede entenderse como la revinculación de un individuo con su entorno, luego de un proceso de aislamiento o crisis (Rodríguez y Nute, 2013).

Ramón (2001) establece que la inserción social se dirige a conseguir autonomía y participación activa en la comunidad, a través de procesos socializadores (Rodríguez y Nute, 2013).

Carbellada (2005) sostiene que la reinserción se relaciona con la continuidad de la estructura social, a través de la posibilidad recuperación de un individuo que en ella se desarrolla. Debido a la crisis de los espacios donde ha de producirse la socialización, prefiere intercambiar el concepto de reinserción por el de reinscripción, considerando de esta manera los aspectos personales y singulares del padecimiento, contextualizado en el espacio comunitario en el cual se desarrolla.

En relación a la reinserción puede mencionarse el concepto de recuperación, que presenta una definición problemática. Puede considerarse la recuperación como un proceso que permite a un individuo con alguna discapacidad, vivir de manera productiva y plena. En otro sentido, la recuperación puede entenderse como la disminución o ausencia de sintomatología. Una conceptualización más subjetiva, producida acorde a las vivencias de las personas aquejadas por algún trastorno, la cura no es indispensable en el proceso, sino que se considera como eje la funcionalidad social (Agest, 2011).

Slade, Amering y Oades (2008) citados por Agrest (2011) establecen dos modelos de recuperación:

- Clínica: asociada a las modificaciones en la sintomatología.
- Personal: asociada a cambios en actitudes y valores, no necesariamente a la disminución de la sintomatología.

Actualmente se percibe la enfermedad mental desde una perspectiva que contempla la posibilidad de rehabilitación de quienes la padecen (Román y Zapata, 2011).

De acuerdo a la OMS (2011) la rehabilitación se concibe como un proceso en el cual personas con discapacidad puedan optimizar sus niveles de operatividad en las distintas esferas de su vida: social, sensorial, física, psicológica e intelectual (Román y Zapata, 2011).

La rehabilitación se inscribe dentro de la reinserción social, produciéndose una articulación de ambos conceptos, ya que el proceso de rehabilitación se enmarca dentro de la esfera social, considerando las necesidades de los pacientes para reincorporarse a la comunidad de la cual formaban parte (Román y Zapata, 2011).

Surge el concepto de rehabilitación psicosocial, enfoque que considera a la persona como individuo único, por lo que se trata de un proceso específico, que se adapta a las necesidades específicas de cada persona, a sus recursos y posibilidades (Román y Zapata, 2011).

La rehabilitación se produce conjuntamente con el entorno, se produce entre el individuo y el medio en el cual se encuentra inserto. Refiere tanto a las posibilidades de participación social del individuo, como a la capacidad de acogida y reintegración por parte del medio social, de la persona marginada (Román y Zapata, 2011).

La rehabilitación psicosocial trata de un proceso continuo que se relaciona directamente con la mejora de la calidad de vida de las personas (Román y Zapata, 2011).

9.4 Taller

Siguiendo las ideas de Ander Egg (1991), se puede decirse que no es sencillo definir al taller como un simple espacio de enseñanza-aprendizaje.

El taller evoca un espacio donde se aprende en conjunto, en grupo, llevándolo a la práctica. Ander Egg (1991) establece características que le son propias a este espacio y que hacen a su particularidad:

Aprender haciendo: Se trata de actuar la problemática, llevar a la práctica concreta. Los sujetos se apropian del conocimiento involucrándose en la ejecución de actividades.

- Metodología participativa: se persigue una participación activa de los sujetos. No se trata de un aprendizaje dado, sino de un aprendizaje que se crea en el hacer conjunto.

- En contraposición a la educación tradicional, el taller propone la pedagogía de la pregunta: se trata de problematizar e interrogarse, no aceptando los conocimientos ya dados como verdades absolutas.

- Se trabaja de manera interdisciplinar.

- La relación entre docente y alumno se establece en la ejecución de una tarea conjunta: El educador coordina las actividades, ejerciendo un rol de estimulador y orientador; mientras que el educando se inserta en el proceso como sujeto activo, constructor de su propio aprendizaje.

- Su práctica posee carácter globalizante: supera las usuales dicotomías de teoría/práctica, conformando una unidad.
- Desarrolla el trabajo grupal: se persigue en conjunto, la realización de logros comunes.

10. Plan de acción

10.1 Actividades

“Proyecto de intervención profesional para familiares y pacientes del Sanatorio Morra próximos a la desinstitucionalización”

El presente taller se elaboro para la población de pacientes del Sanatorio Prof. S. León Morra que se encuentren próximos a su desinstitucionalización.

Para la participación en el mencionado taller, los pacientes acudirán con dos miembros de su familia (o entorno cercano) que se comprometerán a asistir hasta la finalización del mismo.

Se realizaran 6 encuentros semanales, con duraciones entre hora y media y dos horas de duración y media, y se llevaran a cabo en el área de ejercicios físicos y relajación del sanatorio.

En los encuentros se trabajaran aspectos vinculares y personales, en conjunto con pacientes y familiares.

El grupo constara de 12 miembros (4 pacientes con 2 familiares que lo acompañen) y un coordinador.

El objetivo que guía la realización es la reinserción social de los pacientes luego de un periodo de internación, y tiene como pilares sobre los que se va a trabajar en los

encuentros: las redes de contención familiar, los vínculos familiares y sociales, y el fortalecimiento de los sentimientos de autonomía y confianza en sí mismos.

Encuentro N° 1

Tema: Presentación del taller e identificación de redes.

Objetivos del encuentro:

- Presentar el taller, los objetivos que se persiguen y sus principales características.
- Crear un espacio de confianza entre el coordinador y los participantes.
- Identificar la red de contención de cada paciente.

Tiempo estimado del encuentro: 1 hora y 35 minutos.

Participantes: coordinador, pacientes acompañados de dos miembros de su familia.

Para comenzar con el encuentro, el coordinador solicitara a los participantes que se reúnan formando un círculo. Una vez conformada la ronda, el coordinador se presentara a sí mismo, describiendo cual será su función en el taller. Dara la bienvenida a los participantes, solicitando a cada uno que diga su nombre y comentara brevemente como se organizaran los encuentros resaltando la importancia del compromiso durante el desarrollo del taller. Luego se llevara a cabo la primera actividad.

Actividad 1: “En el aire”

Tiempo aproximado: 30 minutos.

Materiales: globos de colores, marcador a prueba de agua, parlante reproductor de música con bluetooth.

Instrucciones para el coordinador:

Se repartirá un globo de distintos colores a cada uno de los participantes, solicitando que los inflen. Cuando todos los globos estén inflados, cada participante deberá escribir su nombre en el.

El coordinador reproducirá música y le indicara al grupo que se desplace por el espacio al sin dejar caer su globo.

Cada participante deberá concentrarse en su globo, mientras caminan por el lugar.

Luego de algunos minutos, el coordinador solicitara que los participantes intercambien los globos con el de alguien más, recordando la importancia de no dejar caer el globo del compañero. Se repetirán el cambio de globos una vez más.

Una vez finalizada la actividad, cada participante deberá reconocer quien tiene su globo.

Se reflexionara sobre el momento en que cada uno tuvo la responsabilidad de no dejar que su propio globo toque el piso y que sucedió cuando se tuvo que cuidar el globo de alguien más.

Actividad 2: “Tela de araña”

Tiempo aproximado: 50 minutos.

Materiales: hojas impresas, círculos de colores en cartulina, goma de pegar.

Instrucciones para el coordinador:

Se solicitará a los participantes que se sienten en círculo en el piso.

El coordinador entregará a cada uno, una hoja impresa con el dibujo de una tela de arañas y en el centro del círculo colocará el resto de los materiales.

Cada participante deberá escribir su nombre y el de las personas significativas en su vida en círculos de colores, pegando cada uno en distintas partes de la tela de araña.

Luego de que todos terminen de pegar los círculos, se solicitará a cada participante que comente brevemente su trabajo, indicando al familiar que lo acompaña en el grupo.

Se reflexionará sobre la importancia de contar con una red de contención al enfrentar situaciones difíciles.

Se dará por finalizado el encuentro.

Actividad	Tiempo
Presentación	15 min
“En el aire”	30 min
“Tela de araña”	50 min
Duración total	95 min

Encuentro N° 2

Tema: Desarmando prejuicios.

Objetivos del encuentro:

- Exponer los pensamientos personales acerca de la enfermedad mental.
- Identificar como afectan los prejuicios y las etiquetas.

Tiempo estimado del encuentro: 1 hora y 50 minutos.

Participantes: coordinador, pacientes acompañados de dos miembros de su familia.

El coordinador dará la bienvenida a los participantes, y comentara brevemente los objetivos del encuentro. Seguidamente dará comienzo a la primera actividad.

Actividad 1: “Etiquetados”

Tiempo aproximado: 60 minutos.

Materiales: cartulina, cinta de papel, marcador, tijeras.

Instrucciones para el coordinador:

Los participantes se sentaran formando un circulo, el coordinador introducirá el concepto de prejuicio, que según la Real Academia Española puede definirse como un “juicio previo o idea preconcebida, por lo general desfavorable”.

Se reflexionara grupalmente sobre los prejuicios y etiquetas sociales. Se elaborara una lista de etiquetas sociales que el coordinador ira anotando en la cartulina.

Una vez finalizada la lista, el coordinador deberá recortar cada etiqueta, solicitara al grupo que se coloque de espaldas, y pegara una en la espalda de cada participante. En caso de que haya más integrantes que etiquetas, pueden repetirse.

Una vez que cada sujeto cuente con una etiqueta, la cual desconoce, el coordinador solicitara a los participantes que se comporten con cada individuo acorde a la etiqueta que lleva en su espalda, realizando conductas o comentarios sobre cómo se relacionaría con la persona etiquetada.

Luego de algunos minutos, el coordinador solicitara que los participantes armen nuevamente la ronda. Cada participante intentara adivinar cuál es la etiqueta que lleva en la espalda.

Se reflexionará grupalmente sobre como las etiquetas influyen en la manera de relacionarnos con otros.

Actividad 2: “Se dice de mi”

Tiempo aproximado: 40 minutos.

Materiales: ninguno.

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador solicitará a los participantes a que respondan las siguientes preguntas: ¿Qué se dice de la enfermedad mental? ¿Qué se dice de un sujeto que estuvo internado en una institución de salud mental?

Se impulsará a cada paciente a que comparta como se etiquetaría a sí mismo, y como siente que lo etiquetan los demás.

Se reflexionará grupalmente sobre como los prejuicios afectan también la imagen de sí mismos y de los demás.

Se dará por finalizado el encuentro.

Actividad	Tiempo
Presentación	10 min
“Etiquetados”	60 min
“Se dice de mi”	40 min
Duración total	110 min

Encuentro N° 3

Tema: Trabajo en equipo.

Objetivos del encuentro:

- Reflexionar sobre la importancia del trabajo en equipo para el logro de objetivos.

- Identificar las posturas que se asumen a la hora de enfrentar un desafío.
- Tomar conciencia sobre la importancia de la comunicación al momento de relacionarnos.

Tiempo estimado del encuentro: 2 horas.

Participantes: coordinador, pacientes acompañados de dos miembros de su familia.

El coordinador saludara al grupo, dándole la bienvenida al nuevo encuentro. Comentara brevemente los objetivos del encuentro, y comenzara con la primera actividad.

Actividad 1: “Laberinto”

Tiempo aproximado: 50 minutos.

Materiales: tablero de cartón previamente confeccionado, pelota.

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador confeccionara previamente al encuentro, un tablero de cartón cuadrado con paredes en su interior, simulando un laberinto. En una de las esquinas colocara la letra S, que representa la salida, y en la esquina contraria realizara un agujero. A su vez, en cada una de las equinas, con una distancia de al menos un metro entre ellas, atara un cordón de 50 cm de largo.

Grafico de tablero: Véase figura 1.

Se solicitará a 4 personas que sostengan cada una con una sola mano, cada esquina del tablero. El coordinador colocará la pelota en la esquina de salida, y les indicará a los participantes el objetivo a seguir, es decir el recorrido que la pelota debe realizar para llegar al agujero.

Si la pelota se cae al piso por los bordes del tablero, se deberá comenzar nuevamente desde el punto de partida. El grupo tendrá 3 intentos, y luego se dará lugar a otros participantes.

Una vez que todos hayan participado, se reflexionará grupalmente sobre el comportamiento de cada participante al trabajar en equipo. El coordinador preguntará que sentimientos surgieron cada vez que la pelota se caía del tablero. Es usual que los participantes den directivas a los demás compañeros durante el juego, por lo que también se podrá reflexionar sobre cómo se corrigen los movimientos de los demás, pero es más difícil corregir los propios.

Actividad 2: “Mensajes amables”

Tiempo aproximado: 60 minutos.

Materiales: afiche, marcador negro, marcador de colores verde, fucsia y celeste.

Instrucciones para el coordinador:

Para dar comienzo a la actividad, el coordinador explicara en qué consisten los buenos mensajes (respetando a los demás, se puede dar a entender los sentimientos e intenciones, logrando una comunicación eficaz).

El coordinador presentara una lista de frases agresivas, que tienden a empobrecer la comunicación, estos mensajes tienen por característica atribuir aspectos negativos, acusando o culpando a los demás. El objetivo es transformar esta manera de comunicar agresiva, en buenos mensajes, entendiendo que se puede comunicar sin agredir al otro.

Lista de mensajes agresivos:

- Me tenés cansado/a.
- Estás loco/a.
- Siempre haces lo mismo.
- Nunca se te ocurre nada bueno.
- Si vas a hacer eso, hazelo solo/a.
- No opines, vos no sabes nada del tema.
- ¿Quién te pansas que sos?
- Solo pansas en vos, nunca en los demás.
- Otra vez con lo mismo, ya no te aguanto.

Los mensajes agresivos estarán escritos en color negro en el afiche. Grupalmente se pensaran otras maneras de comunicar, transformando el listado anterior. Los nuevos mensajes se escribirán en el afiche con marcadores de colores.

Una vez finalizada la lista, se solicitara a dos participantes que actúen alguna de las siguientes situaciones:

- Un amigo te cruza por la calle y no te saluda.
- Un familiar te pide que lo acompañes al supermercado, pero preferís quedarte en casa.
- Le pedís a un familiar que te repita algo que ya te había dicho.

Se realizara la comparación de las situaciones, utilizando inicialmente un mensaje agresivo, y luego un buen mensaje. Grupalmente se analizaran las diferencias que generan los distintos mensajes, y como esto afecta las relaciones.

Se dará fin al encuentro.

Actividad	Tiempo
Presentación	10 min
“Laberinto”	50 min
“Mensajes amables”	60 min
Duración total	120 min

Encuentro N° 4

Tema: Vínculos.

Objetivos del encuentro:

- Reconocer las diferencias y similitudes que pueden encontrarse entre las personas que conforman un vínculo.

- Generar un clima de confianza.
- Mejorar las relaciones entre las personas del grupo.
- Fomentar la escucha del otro.

Tiempo estimado del encuentro: 2 horas.

Participantes: coordinador, pacientes acompañados de dos miembros de su familia.

El coordinador dará la bienvenida al grupo y comentará brevemente los objetivos del encuentro. Solicitará a los participantes que confirmen una ronda y comenzará con la primera actividad.

Actividad 1: “Enredados”

Tiempo aproximado: 40 minutos.

Materiales: ovillo de lana celeste, ovillo de lana fucsia.

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador entregará al azar, dos ovillos de colores celeste y fucsia a dos participantes. La actividad consiste en ir pasando los ovillos, a la vez que en cada pasaje los participantes toman una parte de los mismos, sin soltarlos. Se conformará un entramado de dos colores.

Cada ovillo fucsia deberá pasarse entre miembros que tengan un mismo comportamiento, mientras que el ovillo celeste circula entre miembros con un mismo comportamiento, opuesto al anterior.

Lista de comportamientos:

- Introverso/extroverso.
- Callado/charlatán.
- Serio/sonriente.
- Confiado/desconfiado.
- Responsable/irresponsable.
- Paciente/impaciente.
- Solitario/sociable.
- Pesimista/optimista.
- Decidido/indeciso.

Ejemplo: el coordinador indicara que tomen el ovillo fucsia los participantes decididos, mientras que los participantes indecisos tomaran el ovillo celeste.

Los ovillos circularan entre los participantes, y a medida que el entramado vaya creciendo, se volverá más complejo pasar los ovillos. Los participantes no deberán soltar los hilos.

El coordinador deberá verificar que los participantes tengan al menos un hilo de cada color, en caso de que sea necesario puede agregar otro par de comportamientos.

Una vez finalizado, sin soltar la trama, se reflexionara sobre cómo se fue complejizando el armado de la red a medida que el juego avanzaba. Se puede apreciar como pares contradictorios de actitudes se encuentran formando parte de la misma red, y como al mismo tiempo, todos pueden encontrar un compañero que se expresa de la misma manera. En el entretejido al igual que en las relaciones, encontramos diferencias y similitudes que hacen a la particularidad de cada vínculo.

Actividad 2: “Correo”

Tiempo aproximado: 70 minutos.

Materiales: sobres de carta, hojas, lapiceras.

Instrucciones para el coordinador:

Sentados en círculo, se solicitara a cada participante que cuente durante 3 minutos sobre algo que le preocupe. El coordinador controlara el tiempo, y una vez que todos los integrantes hayan hablado, dividirá el grupo en subgrupos, conformados por el paciente y los acompañantes de su familia.

Ya divididos, entregara sobres, hojas y biromes a cada participante, y solicitara que escriban una pequeña carta a los integrantes de su subgrupo sobre lo que piensa o siente sobre ellos. Una vez finalizadas las cartas, se colocaran en sobres y se entregarán a los destinatarios.

A continuación se abarcaran los problemas expuestos por cada participantes, desde el respeto y la confianza, los miembros de su grupo expondrán su propia opinión al respecto. Luego se dedicaran algunos minutos a leer personalmente las cartas antes escritas.

Finalizado el intercambio de opiniones, se volverá a conformar una ronda con todos los participantes, se reflexionara acerca de la importancia de escuchar al otro, y se compartirán los sentimientos generados por la actividad.

Se despedirá al grupo, y se finalizara el encuentro.

Actividad	Tiempo
Presentación	10 min
“Enredados”	40 min
“Correo”	70 min
Duración total	120 min

Encuentro N° 5

Tema: Aspectos positivos y negativos de la personalidad.

Objetivos del encuentro:

- Reconocer las virtudes en uno mismo.
- Reflexionar sobre las cualidades que se desearía lograr.
- Identificar los aspectos que se desean modificar en uno mismo.
- Aceptar errores, entendiéndolos como posibilidad de cambio.
- Fortalecer la autoestima.

Tiempo estimado del encuentro: 2 horas.

Participantes: coordinador, pacientes acompañados de dos miembros de su familia.

El coordinador dará la bienvenida a los participantes y explicara brevemente los objetivos del encuentro.

Actividad 1: “Aceptándonos”

Tiempo aproximado: 50 minutos.

Materiales: hojas blancas, lapiceras.

Instrucciones para el coordinador:

Sentados en círculo, se entregará a cada participantes una hoja y una lapicera, y se solicitara que confeccione una lista con tres aspectos negativos de si mismo que le molesten y desearían modificar.

Una vez que todos los participantes tengan su lista, se pedirá que voluntariamente compartan alguno de los aspectos negativos mencionados, y porque lo incluyó en su lista.

Se pretende que los participantes tomen conciencia de que los defectos se encuentran en todos las personas por igual.

Grupalmente se reflexionara sobre los defectos, y luego cada participante deberá transformar los aspectos que le molestan de sí mismo en una meta, ya que son aspectos que generan molestia, y por lo tanto es importante mejorar.

Actividad 2: “Valorar-se”

Tiempo aproximado: 60 minutos.

Materiales: afiche blanco, marcador.

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador solicitara al grupo que conforme una ronda en donde el estará incluidos. Luego de sentarse, solicitara a los participantes que mencionen a través de la técnica de “lluvia de ideas” (mencionar todo lo que se viene a la mente), cuales son las cualidades positivas que pueden verse en una persona.

Los participantes deben verbalizar todo lo que se les ocurra, mientras el coordinador va anotando todas las ideas en un afiche.

Una vez finalizado, se solicitara a los participantes a que mencionen alguna cualidad que tengan, de las aparecidas en la lista. Se reflexionara sobre la importancia de reconocer los aspectos positivos en uno mismo, y se pensara también en aquellas virtudes que no se tienen pero si desearían, visualizándolas como logros a alcanzar.

Una vez finalizada la actividad, el coordinador se despedirá a los participantes y finalizara el encuentro.

Actividad	Tiempo
Presentación	10 min
“Aceptándonos”	50 min
“Valorar-se”	60 min
Duración total	120 min

Encuentro N° 6

Tema: Autoestima y confianza.

Objetivos del encuentro:

- Fortalecer la autoestima.
- Fomentar la confianza en uno mismo.
- Realizar el cierre del taller.

Tiempo estimado del encuentro: 2 horas y 20 minutos.

Participantes: coordinador, pacientes acompañados de dos miembros de su familia.

El coordinador saludara a los participantes indicando que es el último encuentro, y comentando brevemente los objetivos del mismo. Luego se armara una ronda grupal.

Actividad 1: “Yo”

Tiempo aproximado: 60 minutos.

Materiales: afiche blanco, marcadores de colores, tijeras, lapiceras, diarios, revistas, goma de pegar, parlante con bluetooth.

Instrucciones para el coordinador:

Se entregará un afiche a cada participante, y en el centro se colocara una caja con los materiales: tijeras, marcadores, lapiceras, diarios y revistas.

Se solicitara a cada participante que confeccione un collage utilizando imágenes, palabras que lo definan, así como también metas, proyectos y sueños. Se propondrá la consiga: quien soy yo y en quien quiero convertirme. Además se solicitara que el collage incluya aspectos positivos que puedan reconocerse en uno mismo.

El coordinador reproducirá música mientras los participantes realizan los collages.

Una vez finalizados, se presentara grupalmente cada trabajo. Los participantes compartirán quienes son, y cuáles son sus metas o proyectos.

Actividad 2: “Acordeón”

Tiempo aproximado: 50 minutos.

Materiales: hojas, lapiceras, parlante con bluetooth.

Instrucciones para el coordinador:

Sentados en ronda, se repartirá una hoja de papel y una lapicera a cada participante, y se solicitará a cada uno que escriba su nombre en la parte superior del papel.

La consigna a seguir es que cada integrante del grupo deberá escribir dos o más características positivas de la persona cuyo nombre figure en el papel. Una vez que las haya escrito, doblará el papel tipo “acordeón” y se lo entregará a la persona ubicada a su derecha. Al doblarse el papel de esta manera, la siguiente persona que lo tome, no podrá leer lo que escribió la anterior.

Una vez que todos hayas completado la ronda, el papel deberá quedar en manos de la persona que anotó su nombre al inicio.

El coordinador reproducirá música con bajo volumen durante la realización de la actividad.

Lista de canciones:

- Say Something – A Great Big World
- Photograph – Ed Sheeran
- I’m with you – Vance Joy.
- Fix you – Coldplay.
- The Scientist – Coldplay.
- Demons – Imagine Dragons.
- Perfect – Ed Sheeran.
- The Only Exception – Paramore.

- In my blood – Shawn Mendes.

Una vez que cada participante tenga su acordeón, se destinarán algunos minutos para que los lean en silencio. Seguidamente se pedirá a cada participante que cuente que le sucedió al leer su papel y que le sorprendió del mismo.

El coordinador mencionará que a veces uno no puede ver ciertas cualidades en sí mismo, que su entorno sí puede apreciar y valorar.

Finalizado el encuentro, se procederá a dar cierre al taller. El coordinador agradecerá al grupo por su participación y compromiso.

Se invitará a los integrantes a contar sus vivencias, así como también su opinión acerca del taller o si cambiarían algo del mismo.

El coordinador contará su propia vivencia como parte del grupo y dará finalización al encuentro.

Actividad	Tiempo
Presentación	10 min
“Yo”	60 min
“Acordeón”	50 min
Cierre del taller	20 min
Duración total	140 min

10.2 Cronograma

Diagrama de Gantt

	MES 1				MES 2		Evaluación
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 10
Encuentro N° 1							
Encuentro N° 2							
Encuentro N° 3							
Encuentro N° 4							
Encuentro N° 5							
Encuentro N° 6							
Encuentro N° 7							

10.3 Recursos

Recursos humanos:

Para el cálculo de los honorarios profesionales, se toma como referencia el valor establecido para la psicoterapia de grupo.

De acuerdo al Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, se establece que el monto ético establecido para Psicoterapia Grupal es de \$285 por participante.

El grupo constara de 12 participantes por encuentro. Al tratarse de 7 encuentros se estima un total de \$23.940.

Recursos físicos

La institución cuenta con áreas espaciosas, adecuadas para la realización del taller.

Recursos materiales

A continuación se enumeran los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller: globos, marcador negro indeleble, parlante, impresiones, cartulinas, goma de pegar, tijeras, tablero de cartón previamente confeccionado (con caja de cartón reciclada), cordón (para la elaboración del tablero), pelotas de ping pong, marcadores, hojas A4, lapiceras, sobres, ovillos, diarios y revistas, papel afiche y cinta de papel.

10.4 Presupuesto

Material	Cantidad	Unidad	Total
Globos	20	\$3	\$60
Marcador negro a prueba de agua	1	\$80	\$80
Parlante con bluetooth	1	\$300	\$300
Hojas impresas	15	\$3	\$45
Cartulina	2	\$30	\$60
Goma de pegar	3	\$40	\$120
Tijeras escolares	3	\$60	\$180
Cordón (confección del tablero)	2,5 m	\$20 m	\$50
Pelota de ping pong	2	\$25	\$50
Marcadores de colores	6	\$30	\$180
Hojas de papel blancas A4	Resma	\$200	\$200
Lapiceras	15	\$20	\$300
Sobres de papel	30	\$3	\$90
Ovillo de lana	2	\$90	\$180
Afiches	20	\$20	\$400
Cinta de papel	1	\$90	\$90
Total	-	-	\$2385

El valor total estimado para la realización del taller, sumando recursos humanos y materiales es de: \$26.325.

10.5 Evaluación

En la semana 10, se procederá a realizar la evaluación de impacto. La misma consistirá en una entrevista grupal, conformada por el paciente y los familiares que lo hubieran acompañando en la realización del taller, en total 3 personas y el coordinador.

Luego de darles la bienvenida nuevamente. Se realizara una pregunta introductoria:

- ¿Cómo se han sentido luego de su participación en el taller?

Luego se le solicitara a cada individuo que complete un cuestionario ad hoc (véase anexos). Finalizado el mismo, se solicitara a cada participante que comparta una reflexión personal sobre los beneficios del taller, y si sugiere alguna modificación o no del mismo.

Se agradecerá la participación, y se dará por finalizada la entrevista.

Categoría de análisis	Indicador	Respuestas (Entrevista individual y grupal)
Vínculos	Fortalecimiento de los vínculos. Se evidencia en una mayor participación e involucramiento de tratamiento del sujeto que padece la enfermedad, por parte de sus familiares o personas allegadas.	
Trabajo en equipo	Los pacientes y sus familiares reconocen la importancia del trabajo conjunto para la consecución de metas y logros.	
Comunicación efectiva	Se reconocen buenos mensajes, que tienen en cuenta a la persona que lo recibe. Se expresan sentimientos y pensamientos de uno mismo, teniendo en cuenta los	

	sentimientos del receptor.	
Confianza en el otro	Los pacientes pueden confiar en sus familias en momentos desestabilizantes de sus vidas. Existe apoyo mutuo.	
Escucha activa del otro	Se permite como grupo familiar, escuchar las problemáticas y vivencias que produce un mismo suceso de manera empática, comprendiendo al otro.	
Autoestima	Se reconoce el sentimiento de estima de la propia persona, que a pesar de sus defectos y virtudes, comprende que es el conjunto de estos los que establecen la particularidad de sí mismo.	
Confianza en sí mismo	Prima el yo puedo. Los pacientes se involucran en nuevas actividades y situaciones.	
Virtudes en si mismo	Los pacientes pueden reconocer características positivas en sí mismos y también identificar aquellas que desean alcanzar.	

11. Resultados esperados

A través de la implementación del taller, se pretende lograr:

- Fortalecimiento de los vínculos del paciente con sus familiares, o personas importantes, con el objetivo de que estas participen del tratamiento, además de involucrarse en el proceso de reinserción social.
- Creación o fortalecimiento de redes vinculares que puedan brindar apoyo, durante el tratamiento, contribuyendo a que el propio paciente se comprometa, así como también en los momentos que se sucedan luego de la desinstitucionalización, previniendo posibles recaídas.
- Aumento de la autoconfianza y autoestima en los pacientes, resaltando la importancia de la autovalía y autoaceptación, con el objeto de re generar la confianza, muchas veces disminuida debido a los estigmas sociales de la enfermedad.

12. Conclusión

El propósito fundamental de la elaboración del presente proyecto, es realizar una contribución al fortalecimiento de las redes vinculares, destacando el papel que estas ejercen en la vida de los individuos, y en este caso en particular, en individuos institucionalizados.

Se cree necesario repensar la mirada que se tiene sobre la enfermedad mental. Si bien actualmente la sociedad presenta mayor apertura, aun abundan los prejuicios. Se considera importante poder identificar como estas etiquetas condicionan la vida de las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad mental o han transitado un proceso de internación, así como también es importante visualizar los propios prejuicios hacia uno mismo, ya que estos pueden limitar las posibilidades y capacidades reales de las personas.

Se considera de vital importancia resaltar y elaborar los prejuicios que puedan surgir en el seno de la familia, ya que es reconocido que la implicancia del grupo familiar al tratamiento del paciente, aumenta la posibilidad de que continúe con el mismo, además de fomentar un ambiente emocional familiar menos estresante y más comprensivo, donde circulen en mayor medida sentimientos positivos.

Garantizar el derecho de los pacientes implica además factores más amplios, que se corresponden con la responsabilidad a nivel local y provincial, de crear espacios

intermedios donde pueda llevarse a cabo un proceso progresivo de reinserción, al ambiente del cual el individuo padeciente, se alejó al producirse su institucionalización.

13. Bibliografía

Agrest, M. y Druetta, I. (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Rev. Arg. de Psiquiat.* Vol 22.

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

Brunetti, M. (2011). El trabajo interdisciplinar a partir de la ley nacional de salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4).

Carballeda A. (2005). Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Vol 39.

Embocar la bola (2019). Recuperado de:
<https://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/trabajo-en-equipo/dinamica-embocar-la-bola/>

Hernández, M. (2017) La rehabilitación psicosocial entra la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev.Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37 (131).

Ley N° 9848. Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina, 20 de Octubre de 2010.

Mejía, A. y Viveros, E. (2013). La afectividad en expresiones de acogida y hospitalidad en familias vinculadas a una clínica psiquiátrica de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4 (1).

Padilla, E., Obando, D., Sarmiento, P. (2018) La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*. Vol 50 (9)

Ramallo, M. (2009) Los procesos de resocialización y de desmanicomialización en el centro de rehabilitación psico social del 'Romero' [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Rodríguez, S. y Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación, una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16, (1).

Saiz, J., y Alejandro Chévez, A. (2009)La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas *Intervención Psicosocial*, 18 (1).

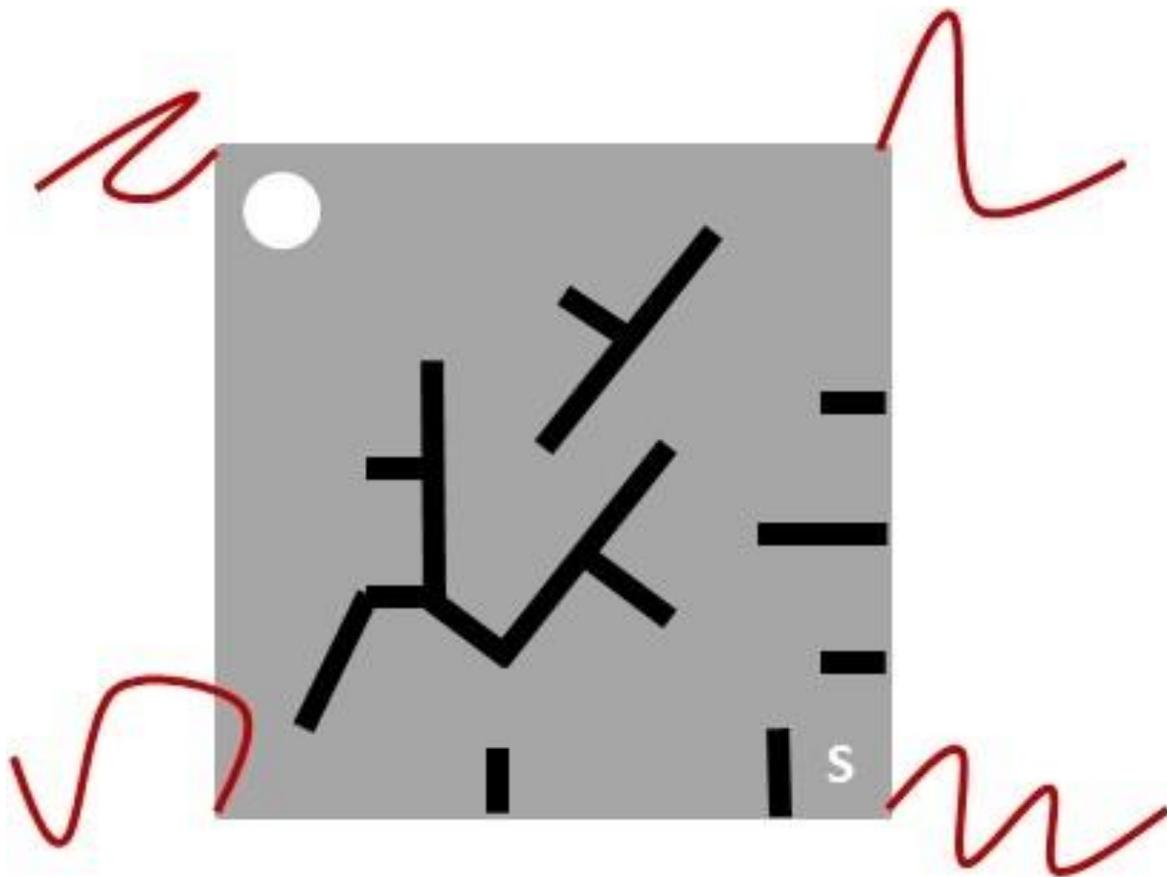
Sampayo, A. (2005) La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Solano, M. y Vasquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad. . . *Rev colomb psiquiat*, 43 (4).

Viveros, E., Londoño, L. y Ramírez, L. (2017) Comunicación en familias que acompañan a pacientes en la clínica psiquiátrica “Nuestra Señora del Sagrado Corazón” (Medellín-Colombia) *Psicología desde el Caribe*, 34 (1).

14. Anexo

Fig 1. Embocar la bola (2019).



*Cuestionario: Evaluación de impacto del taller de reinserción social en
pacientes institucionalizados*

Deberá responder cada pregunta con SI o NO.

1. Siento apoyo en los demás.
2. Puedo brindar apoyo a los demás.
3. Puedo pedir ayuda para realizar mis metas.
4. Muestro apertura para ayudar a los demás.
5. Puedo comunicar pensando en los sentimientos de los demás.
6. Cuando me enfrento a un problema, puedo compartirlo para buscar soluciones.
7. Tengo apertura al escuchar a los demás sin juzgar.
8. Entiendo que mis defectos no definen todo lo que soy, pero si hacen a mi singularidad.
9. Creo que puedo comenzar nuevas actividades, a pesar de que pueda generar temor.
10. Puedo reconocer características positivas en mí mismo.
11. Puedo reconocer características que me gustaría tener.