

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
Déficit de Habilidades Emocionales
Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”
Autor: Laura Silvana, Caminos
Legajo: PSI01271
Director de Tesis: Dr. Rubén M. Pereyra
Ciudad de Córdoba, Argentina.
Junio 2020

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad(Organización Mundial de la Salud, 2013).

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN.....	3
LÍNEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN	5
SÍNTESIS DE LA ORGANIZACIÓN	9
DEFINICION DE LA NECESIDAD O PROBLEMÁTICA DE LA INTERVENCION	18
OBJETIVOS.....	22
JUSTIFICACION.....	23
MARCO TEÓRICO.....	27
Capítulo I: “Injerencia de los vínculos sociales en la salud”	27
Capítulo II: “Deprivación social posible vía de acceso de adicciones- deserción escolar-desarrollo de patología”	29
Capítulo III: “Habilidades emocionales”	32
Capítulo IV: “Taller como herramienta de enseñanza y aprendizaje”	35
PLAN DE ACCION ACTIVIDADES	40
Encuentro 1: “Identificando Emociones”	41
Encuentro 2: “Conectando con las emociones”.....	43
Encuentro 3: “Lo pongo en palabras”	45
Encuentro 4: “Entramados”	47
DIAGRAMA DE GANTT	50
RECURSOS	51
PRESUPUESTO	52
EVALUACIÓN.....	53
RESULTADOS ESPERADOS	54
CONCLUSION	55
REFERENCIAS	57
ANEXOS.....	62
Anexo 1: Globo de las emociones.....	62
Anexo 2: Dado de las emociones para imprimir	63
Anexo 3: Link video disparador.....	63
Anexo 4: Semáforo de emociones.....	64
Anexo 5: Llevado la calma.....	65
Anexo 6: El árbol de las sensaciones	65
Anexo 7: Matriz para evaluación de impacto	66
Anexo 8: Cuestionarios para Niños.....	67
Anexo 9: Cuestionarios para Padres/Tutor.....	69

RESUMEN

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología Orientación Clínica de la Universidad Siglo 21. El origen del mismo fue producto de un profundo análisis realizado en el área de salud mental del Nuevo Hospital de Rio Cuarto San Antonio de Padua. A partir de allí se identificó la necesidad de contribuir con el Sector de Intervención Comunitaria por medio de la generación un plan que promueva la psicoprofilaxis. La intervención fue desarrollada siguiendo los lineamientos de los nuevos paradigmas en salud mental, consto de 4 encuentros y 9 actividades las cuales apuntaron a mitigar el déficit de habilidades emocionales en la población de niños entre 10 y 12 años que concurre a la institución. El desarrollo de herramientas para la vinculación contribuirá a una mejor calidad de vida individual y social, funcionando a largo plazo como un paliativo en el desarrollo de patologías.

Palabras Claves: Déficit de Habilidades Emocionales, Psicoprofilaxis, Intervención, Salud Mental, Intervención Comunitaria.

INTRODUCCION

El cómo nos relacionamos con nuestro entorno y nuestros pares tiene una injerencia directa en nuestra salud (Caballo ,1997). Por lo tanto, se trata de un aspecto clave del desarrollo humano tan importante para la supervivencia básica como el intelecto; pues se relacionan con habilidades socio-cognitivas y emocionales necesarias para enfrentar con eficacia problemas propios de la cotidianidad que se dan en una vinculación permanente con otros (<http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2504>).

En consonancia con lo expuesto en el párrafo anterior el presente Trabajo Final de Grado consistió en la elaboración de un dispositivo de intervención para el Nuevo Hospital de Rio Cuarto San Antonio de Padua. A través del mismo se buscó poder contribuir con la sección Intervención Comunitaria la cual trabaja en el nivel 1 de intervención (profilaxis), la misma cuenta con recursos limitados y un amplio radio de cobertura.

El abordaje tomo las perspectivas de los nuevos paradigmas en salud mental, desde una mirada de sujeto ya no paciente, sino activo, inserto en su propia cotidianeidad y realidad social; no solo receptor, sino también constructor y partícipe de su propia concientización en el plano subjetivo de la salud-enfermedad. Se trata de brindar respuesta sin patologizar o medicalizar, lo cual implica necesariamente un abordaje interdisciplinario, intersectorial y participativo (Stolkiner ,2009).

Por medio de un taller psicoeducativo se promovió la participación activa de los individuos sobre sus propios procesos dinámicos, se buscó dotar a la población de niños entre 10 y 12 años de una mayor cantidad de recursos para que pudieran desenvolverse ante

situaciones de alto grado de estrés, transitando los procesos de salud-enfermedad desde una actitud resiliente (entendiendo el termino resiliente como el desarrollo de un mayor equilibrio emocional que le permita recuperarse frente a la adversidad).

El incremento de manera temprana de aptitudes emocionales mitigara la posibilidad de futuros comportamientos disfuncionales, brindando una retroalimentación apropiada entre individuo-medio. Lo cual facilitara una mayor cohesión social que a su vez funcionará como un factor de protección y contención, dando lugar a la generación de entornos más saludables.

LINEA ESTRATEGICA DE INTERVENCION

Se abordó este trabajo desde la línea estratégica nuevos paradigmas en salud mental. Estos hacen referencia a nuevas miradas sobre: concepción de salud-enfermedad, la importancia de la psicoprofilaxis, la influencia del entorno social y de la cultura en la cual está inserto un individuo (Universidad Siglo 21 <https://siglo21.instructure.com/login/>).

El origen de esta perspectiva fue producto de la convergencia de factores que se sitúan aproximadamente en la segunda mitad del siglo XX, cuando se comenzó a cuestionar el modelo de asistencia en los países llamados “centrales”. Según Alicia Stolkiner (2015) especialista en salud pública, el peso que adquirió la idea de derechos humanos y sociales, el reclamo hacia los estados así como también, el avance de la psicofarmacología que permitió controlar (en el buen y mal sentido de la palabra) los síntomas, y facilitar la vida en comunidad de las personas anteriormente sometidas a reclusión. Produjeron un reordenamiento, una transformación profunda del campo que antes era homogenizado por la “medicina mental”, dando nacimiento a políticas en salud mental (Galende ,1990).

Se reconoció la participación activa de los individuos sobre sus propios procesos dinámicos de salud y enfermedad, y, por otro lado, la importancia de generar acciones que promuevan entornos saludables. Se trata de brindar respuesta sin patologizar o medicalizar, lo cual implica necesariamente un abordaje interdisciplinario, intersectorial y participativo (Stolkiner et al, 2015).

Cobraron relevancia términos como: prevención y promoción de la salud, la interdisciplinariedad, el Estado, la legalidad que regula prácticas en salud, la

intersectoralidad. Nos encontramos, entonces, frente a un modelo de salud de inclusión social. En este, las políticas públicas deben dar respuesta en función de esta nueva mirada del sujeto: un sujeto ya no paciente, sino activo, inserto en su propia cotidianeidad y realidad social; no solo receptor, sino también constructor y partícipe de su propia concientización en el plano subjetivo de la salud-enfermedad(Stolkiner ,2009).

En si para captar lo central desde esta óptica es importante comprender el concepto de concepción participante integral. El mismo es un modelo en continua gestación, una propuesta centrada en la participación que implica reformulaciones teóricas como instrumento de cambio. Plantea rupturas radicales con el positivismo, causalismo y mecanicismo, y es congruente con algunas elaboraciones actuales como los modelos de investigación-acción, con el concepto de transdisciplinariedad y las concepciones de planificación estratégica y programación participante. En donde la salud es la de búsqueda permanente y activa de situaciones de bienestar, en la que se reconoce un rol protagónico al sujeto, que es quien reprocessará las propuestas de los profesionales y técnicos construyéndolas conjuntamente (Universidad Siglo 21 <https://siglo21.instructure.com/login/>).

Para esta línea la construcción del conocimiento se torna inseparable de la acción. No hay un lugar de saber absoluto, puesto que se apunta al cuestionamiento y recreación permanente de los marcos referenciales. Para plantear el reconocimiento y acción sobre las determinaciones, la existencia real de las diferencias en las oportunidades, como modo de proponer el principio de equidad. El psicólogo deja de ser un técnico o profesional para

incorporarse como agente de salud en instituciones no convencionales. (Stolkiner, 2009, <https://goo.gl/JHLNda>).

Desde aquí la psicología abarca más que la práctica individual e institucional, es decir, debe incluir el estudio de grupos, de las instituciones y la comunidad. En este postulado se vislumbra un cambio de paradigma relacionado con la prevención y promoción de la salud, es decir, un pasaje de una propuesta individual asistencial (psicoterapéutico) al modelo comunitario y social (Universidad Siglo 21 <https://siglo21.instructure.com/login/>).

Trabajar desde la promoción de la salud implica seguir la premisa de “No esperar que la gente enferme para recién poder intervenir” (Bleger, 2007, p. 24). A pesar de que esta visión cosmopolita es compartida, una gran mayoría de profesionales de la salud, en la praxis aun la sociedad tiene mucho que hacer en materia de prevención. En este sentido en Argentina se demostró la recepción de la nueva óptica a través la creación de , la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26657 (<http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>) la cual generó una vía posible para poder comenzar a elaborar una respuesta a qué nivel de salud aspiramos.

Actualmente según Stolkiner, existen tres concepciones básicas: liberal (juego de oferta y demanda, donde se considera al sujeto como pasivo, desvincula la enfermedad de sus determinaciones sociales-médico, está centrado en el abordaje de la patología), tecnocrática normativa (el Estado pasa a tener participación activa, asigna importancia a la prevención "normativa", incluye promoción de actividades de salud basadas en la

educación y el saneamiento ambiental, e incorpora equipos multidisciplinares), y el de nuevos paradigmas en salud mental (Universidad Siglo 21 <https://siglo21.instructure.com/login/>).

En este trabajo dentro de las nuevas concepciones que surgieron producto del reordenamiento se adscribió a la de Ferrari (1996) quien nos dice que : “Se puede definir la salud 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). Abandonando la creencia de que la salud es carencia de síntomas y un estado estático. Se comprende que constructos como “Salud y enfermedad no son conceptos absolutos ni se definen por oposición. No son dos caras de la misma moneda. Tal vez nunca se está totalmente sano ni totalmente enfermo. Son términos que mantienen una relación dinámica entre sí” (Ferrari, 1996).

El bienestar mental tiene la injerencia de múltiples aspectos de la vida emocional y social por ello es importante el desarrollo de dispositivos que contribuyan al relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos. Ya que existen crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente, en los que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social. (Ferrari, 1996).

Contrariamente a lo que la humanidad ha creído por años la exclusión de los miembros enfermos de una sociedad nos habla de una sociedad enferma. Winnicott nos advierte que la salud implica tolerar la enfermedad.

SINTESIS DE LA ORGANIZACIÓN

Síntesis de la Institución:

En el año 1948, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto (ubicado al sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486).

El Servicio de Salud Mental, se habilitó a mediados del año 1969, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli. Luego en 1978, durante el gobierno de facto se dispuso transferir a jurisdicción de la provincia de Córdoba. Finalmente en 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.). (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>).

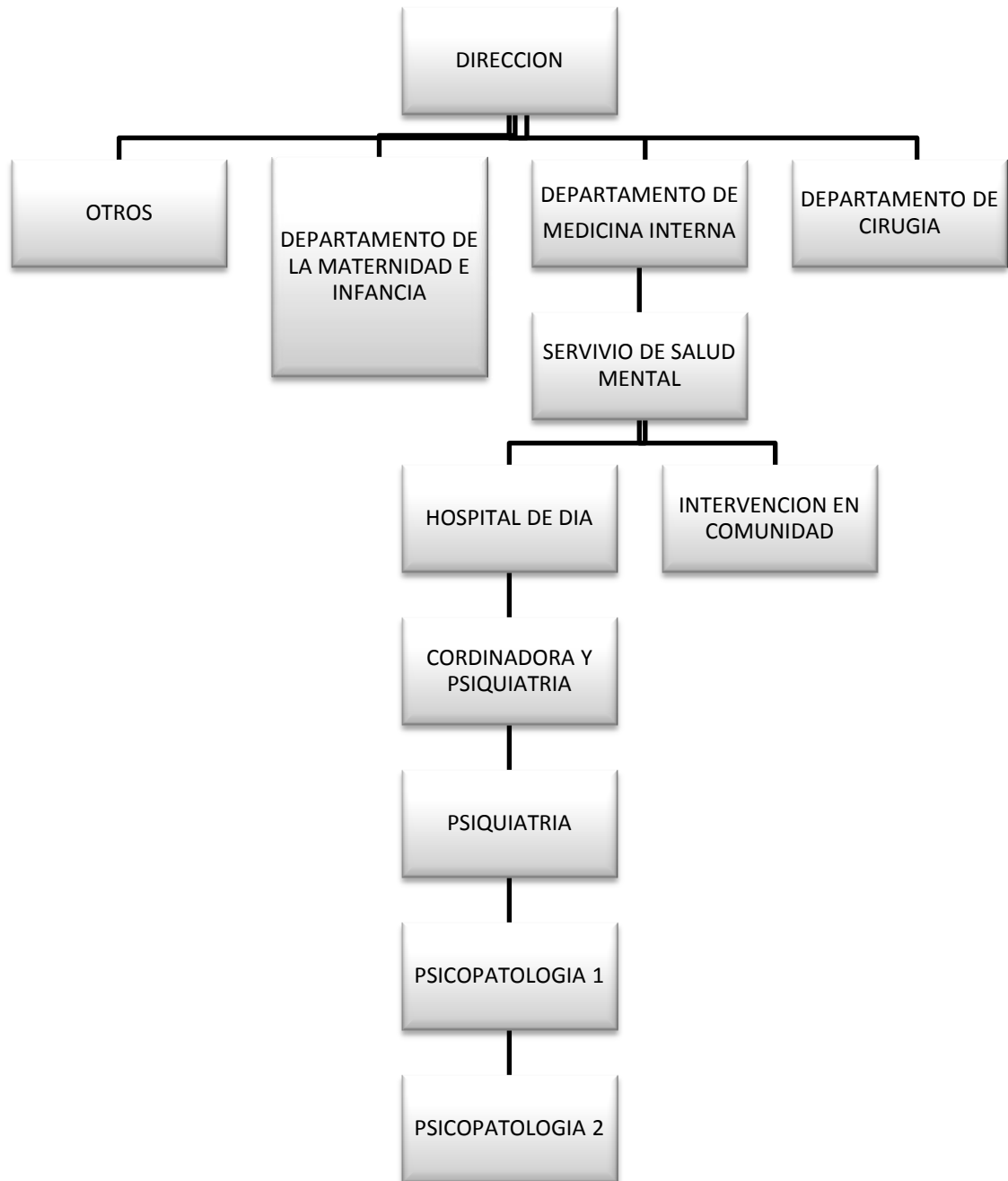
Misión y visión institucional

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

complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal.

En cuanto a la visión, está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>)

Organigrama



Peña, F. (2018). Pág. 25. Referencia Peña, F.

La institución cuenta con financiación estatal. Los fondos se constituyen por tres vías: Presupuesto ordinario asignado por ley, que se renueva y actualiza anualmente (Ley de Presupuesto de la Provincia de Córdoba), Recupero del gasto hospitalario mediante el

sistema de facturación de obras sociales y seguros. Fondos descentralizados de programas nacionales).

El hospital tiene relaciones y vinculaciones institucionales, naturales o implícitas, con las jurisdicciones nacional y municipal, y con instituciones de otros sectores y jurisdicción (instituciones de salud privadas, ONG [organizaciones no gubernamentales], instituciones educativas públicas y privadas), por convenio. (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>)

1. Reseña histórica del Servicio de Salud Mental

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 tenía dependencia nacional. El Servicio de Salud Mental comenzó a funcionar bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica con un perfil multidisciplinario. 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).

El funcionamiento de la comunidad terapéutica fue en sus comienzos de manera independiente.(contaba con un amplio equipo de salud interdisciplinario) y alineada con incipientes política de transformación, que habían comenzado en la Europa de la posguerra, con movimientos que fueron precursores de lo que luego dio en llamarse salud mental como disciplina.(entre otros, el movimiento anti psiquiátrico, la psiquiatría de sector en Francia, la psiquiatría social y comunitaria y las corrientes de psicoterapia institucional).

En el año 1978, paso a tener dependencia provincial, 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(se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas).

La creación de la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba en 1984. Implicó para la institución un importante crecimiento del 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. A partir del año 1987, se contó con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en Enfermería. De este modo, se constituyó el equipo de atención comunitaria.

En 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se trasladó nuevamente hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de esto, cambio su denominación a 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.

El hospital se trasladó en el año 2004 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.

A partir de mayo de 2010, comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas dentro de éste. El servicio se encontraba sólidamente organizado.

En el año 2011, tuvo lugar la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: “Hospital de Día” e “Intervención Comunitaria”.

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, cito en Guardias Nacionales 1027. Dicha mudanza culminó en febrero de 2016. (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>).

2. Funcionamiento actual del servicio de Salud Mental

2.1 Profesionales

El Servicio de Salud Mental funciona dentro NHRC SAP. Cuenta con un staff de 25 miembros de las cuales 15 son formados y 10 están en proceso de formación a través de RISAM. Profesionales Formados: 8 son médicos psiquiatras, 2 son psicopedagogas y 5 son psicólogas. Profesionales en Formación: 1 de psiquiatría, 4 de psicología, 3 de trabajo social y 2 de enfermería. (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>).

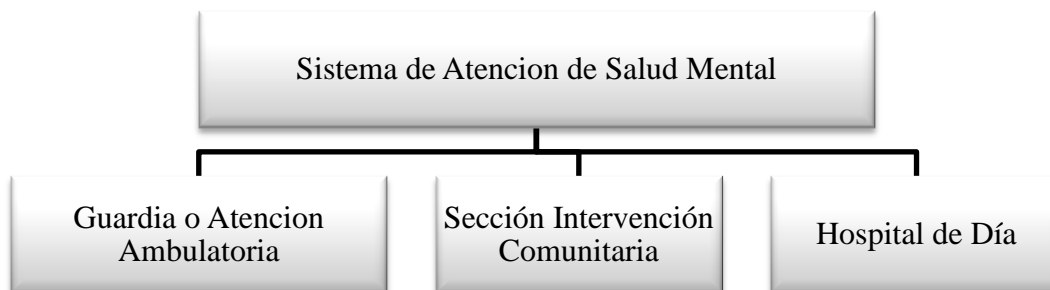
2.2 Foco de atención

Las políticas de la institución tienen como uno de sus ejes principales, en general, el enfoque de derechos para el campo de la salud, y una especial atención a los derechos humanos en lo que refiere a la salud mental.

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento

subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>).

2.3 Sistema de atención de salud mental



2.3.1 Guardia o Atención Ambulatoria

Se puede recibir atención por guardia (funciona todos los días de la semana, las 24 horas) o atención ambulatoria, (comprende la asistencia por consultorio externo y grupo terapéutico). Para concurrir a la consulta, se debe solicitar turno con anticipación.

El recurso de internación se utiliza únicamente ante una crisis aguda o si la persona sufre una descompensación en su cuadro psicopatológico (cuenta con 15 camas).

No hay existencia de programas de reinserción para pacientes internados, pero sí prácticas desarrolladas en los dispositivos alternativos (Hospital de Día e Intervención en Comunidad), (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>).

2.3.2 Sección Intervención Comunitaria

La sección Intervención Comunitaria comenzó a funcionar en el año 2011. Su foco es la promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico, con base en la estrategia general de la atención primaria de la salud (APS).

El modelo comunitario de atención en salud mental tiene tres perfiles de orientación básicos: clínico, social y el epidemiológico.

Su equipo que se compone de 2 profesionales, un médico psiquiatra, coordinador de Intervención Comunitaria, y una psicóloga. Disponen de 7 horas semanales destinadas a las actividades de la sección (no cuentan con dedicación exclusiva solo un porcentaje de su carga horaria). El equipo trabaja mediante el diagnóstico participativo comunitario, siguiendo una metodología de investigación, acción y planificación local participativa, tanto para el diseño como para la aplicación de cada programa

Las estrategias preventivas de acción comunitaria desarrollada han puesto en evidencia la reducción de la demanda hospitalaria, con base en la promoción de otros recursos, como las redes locales.(Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>)

2.3.3 Hospital de Día

El HD comenzó en 2011, con el fin de la generación de un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo evitando la cronificación de los sujetos en una institución de salud mental. Recibe personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba (es importante recalcar no se admiten personas con cuadros psicóticos agudos).Se trata de personas que no requieren permanecer con una internación

total y, sin embargo, no pueden pasar rápidamente a la vida en comunidad, ya que necesitan adquirir progresivamente las destrezas necesarias para auto sostenerse.

Los profesionales del Servicio de Salud Mental que trabajan en HD son 2 psiquiatras y 2 psicólogas. El equipo utiliza principalmente la modalidad de talleres disciplinares, los cuales tienen una finalidad terapéutica.

Además de articular actividades con el área de intervención comunitaria, cuenta con diferentes recursos de comunicación masiva, difusión (página de Facebook Hospital de Día, con una publicación impresa anual, revista La Minga). (Universidad Siglo 21, 2019, recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>)

DEFINICIÓN DE LA NECESIDAD O PROBLEMÁTICA OBJETO DE INTERVENCIÓN

Luego de realizarse una lectura sobre el material proporcionado por la universidad siglo 21 sobre El Nuevo Hospital de Rio Cuarto San Antonio de Padua (su historia, sus valores, sus objetivos, la población a la que brinda asistencia) se decidió presentar una propuesta para trabajar sobre el Déficit en Habilidades Emocionales.

La elección de la temática Habilidades Emocionales se realizó partiendo del conocimiento de que las emociones tienen consecuencias importantes para la salud. En esta línea, existen intervenciones eficaces que entrenan habilidades de regulación emocional para la mejora de la salud, tanto en poblaciones de riesgo como en individuos que ya han sido diagnosticados (Jazaieri, Morrison, Goldin, y Gross, 2015; Quoidbach, Mikolajczak, & Gross, 2015; Zeidner, Matthews, & Roberts, 2012).

Las emociones forman parte de nuestra vida se manifiestan en todo momento por ello el incremento de habilidades emocionales es un factor de prevención. Según la OMS (1993) las habilidades para la vida son “destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria” (citado por Mantilla, 2001). Por tanto, se trata de un aspecto clave del desarrollo humano tan importante para la supervivencia básica como el intelecto; pues se relacionan con habilidades socio-cognitivas y emocionales necesarias para enfrentar con eficacia problemas propios de la cotidianidad (<http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2504>).

En la siguiente tabla se presentan las distintas teorías y principios que sustentan la importancia de la educación en habilidades sociales o habilidades para la vida como también se las denomina:

Tabla 1. Teorías y principios que apoyan la educación sanitaria basada en la preparación para la vida activa.	
Teorías	Implicaciones la educación sanitaria basada en la preparación para la vida activa
Piaget (1972) Desarrollo cognitivo	Oportunidad de practicar nuevas habilidades y desarrollar hábitos saludables.
Gadner (1993) Inteligencias Múltiples	Importancia de implementar variedad de métodos de instrucción.
Bandura (1973) Teoría socio cognitiva	Maestros y padres como actores –modelos.
Resolución de problemas cognitivos	Base sólida para la toma de decisiones.
Teoría de la resiliencia	Comunidad, familia y docentes como facilitadores de procesos de resiliencia.
Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)	La intencionalidad de la conducta, creencias y contextos culturales que inciden en el desarrollo o mantenimiento de hábitos y conductas no saludables.
Modelo de creencia de salud Rosenstock (1966)	
Teoría del cambio Prochaska y DiClemente (1979/1982)	Etapas a considerar para la modificación de hábitos y comportamientos no saludables.
Principios -Derechos humanos	

Fuente: Adaptado de Mangrulkar, VinceWhitman y Posner (2001).

Existen investigaciones en este campo como las de Amaral, Maia y Bezerra (2015) quienes sostienen, que la carencia de estas favorece a la aparición de comportamientos disfuncionales, en los niños en el ámbito familiar y escolar, en los adolescentes puede incidir negativamente en la formación de su identidad, fracaso escolar, delincuencia en la infancia y en la adolescencia. Mientras que la ausencia de habilidades en un adulto puede acarrear múltiples y serios problemas de ajuste psicológicos, entre los más destacados según Ruiz et al. (2012) problemas de aislamiento social, ansiedad social, depresión,

problemas de pareja o dificultad para establecer relaciones íntimas y esquizofrenia, entre otros. (<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13942>)

Otros autores como Vargas, Briñez, Navarro y Nieto (2016) manifiestan, que la mayor parte de las enfermedades están asociadas con el déficit de habilidades sociales, surgen ante una respuesta del mismo sujeto debido a las constantes demandas del mundo, las cuales se convierten en estresores que generan interpretaciones distorsionadas de la realidad (<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13942>)

La propuesta de taller se presentó teniendo en cuenta la importancia de las Habilidades Emocionales , los lineamientos que la institución en cuanto a misión (preservar la salud como condición ineludible), las posibilidades reales del equipo de Intervención Comunitaria , su radio de alcance poblacional.

Desde este dispositivo de intervención se buscó poder contribuir con la sección Intervención Comunitaria que trabaja apuntando a el nivel 1 de intervención (profilaxis) .La sección cuenta con recursos humanos y materiales escasos, sus dos miembros pueden dedicar 7 hs semanales a la formulación de programas, ejecución, finalización para una cobertura de un radio de 450.000 habitantes. La ecuación de la situación nos demuestra una clara necesidad.

Cabe destacar que la situación de este equipo de Intervención Comunitaria es solo una réplica de la situación que viven muchos equipos de esta índole en los diferentes centros de salud en Argentina. Aún nos encontramos como país en un proceso de transición entre el viejo y el nuevo paradigma de salud y si bien éticamente se comparte una visión de

salud centrada en la prevención son pocos los recursos económicos y humanos destinados al mismo.

La realidad por la que estamos atravesamos después de la última pandemia COVID-19 nos demostró y reposiciono la importancia del trabajo en lo comunitario, en psicoprofilaxis, en salud de manera sostenida en el tiempo.

Es por ello que por medio de este dispositivo taller se buscó dotar a la población de la mayor cantidad de recursos para que pudieran desenvolverse ante situaciones de alto grado de estrés, transitando los procesos de salud-enfermedad desde una actitud resiliente (entendiendo el termino resiliente como el desarrollo de un mayor equilibrio emocional).

OBJETIVOS

Objetivo General

-Desarrollar habilidades emocionales en niños entre 10 y 12 años que concurre al "Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua" a través de un taller psicoeducativo

Objetivos Específicos.

- Desarrollar conciencia emocional.
- Aprender conductas asertivas.
- Promover la realización de conductas asertivas.
- Fomentar el bienestar general.

JUSTIFICACIÓN

Se ha comprendido que los procesos de salud –enfermedad (como ya se desarrolló en el apartado línea estratégica de intervención) no se dan de manera individual ni aislados del contexto en que los individuos nos encontramos insertos. En consecuencia, se puede mencionar que “las cuestiones relativas a la salud y enfermedad mental no tienen su origen en datos naturales, es decir que las normas de relación en las cuales se producen estos valores no son normas biológicas sino sociales” (Galende, 1994).

Todo esto lleva a afirmar que es imposible pensar al hombre exento de su aspecto social. El bienestar del individuo incluye tanto su contexto como sus aspectos biológicos. Por lo tanto el cómo nos relacionamos con nuestro entorno y nuestros pares tiene una injerencia directa en nuestra salud. En este sentido si profundizamos un poco más y analizamos detalladamente los problemas por los que las personas acuden a buscar ayuda psicológica, observamos en mayor o en menor medida, frecuentemente se encuentran implicadas las relaciones sociales (Caballo ,1997).

A pesar de que diversas teorías vienen señalando la importancia de las habilidades sociales desde 1972, sin duda la evidencia empírica fue decisiva su validación. Existen investigaciones sobre consecuencias del déficit emocional como las de: Maia y Bezerra (2015) argumentan que favorece a la aparición de comportamientos disfuncionales, en niños, adolescentes y adulto puede acarrear múltiples y serios problemas de ajuste psicológicos.

Ruiz et al. (2012) también señala que un déficit de las mismas genera problemas de aislamiento social, ansiedad social, depresión, problemas de pareja o dificultad para establecer relaciones íntimas y esquizofrenia, entre otros. (<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13942>).

Otra investigación como la de Vargas, Briñez, Navarro y Nieto (2016) nos brindan información sobre la etimología de enfermedades que se enraízan en la carencia de dichas habilidades. Las investigaciones manifiestan, que la mayor parte de las enfermedades están asociadas con el déficit de habilidades emocionales y que surgen ante una respuesta del mismo sujeto debido a las constantes demandas del mundo, las cuales se convierten en estresores que generan interpretaciones distorsionadas de la realidad(<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13942>).

Consecuentemente con estos datos y con las teorías sobre habilidades emocionales esta intervención apunta a mitigar el déficit de habilidades emocionales por medio del desarrollo de conciencia emocional, aprehender conductas asertivas, promover la realización de las mismas para de esta manera fomentar el bienestar general individual y colectivo (Caballo, 1997).

El fin de realizar un taller en niños está relacionado directamente con los aporte de Caballos (1997) quien considera que sin duda la niñez es un periodo crítico para en el desarrollo de habilidades sociales. Tanto la familia como los pares y la enseñanza directa son ejes centrales para el aprendizaje y el desarrollo de dichas destrezas.

El desarrollo de estas aptitudes tempranamente mitigara la posibilidad de futuros comportamientos disfuncionales, posibilitará el incremento de vínculos nutricios en donde la acción pueda ser mediada por la palabra ,brindando una retroalimentación apropiada entre el individuo y el medio desarrollando un alto sentido de pertenencia, lo cual facilitara una mayor cohesión social.

Desde esta intervención se adhiere a la concepción de salud mental propuesta por Ferrari (1996) quien la define como un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos. Con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente, en los que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social.

Teniendo en cuenta todos estos factores e investigaciones sobre la importancia que tiene la vinculación del sujeto con su contexto, de los sectores del área de salud mental fue elegida la sección de Intervención Comunitaria. La misma debe prestar cobertura a un gran radio de habitantes y son escasos los recursos humanos y económicos con los que cuenta para la prevención (una realidad bastante frecuente en nuestro país).

Para la presentación de este plan se tomó en cuentas dos factores que son: las experiencias de la institución sobre el campo de la intervención y la visión institucional alineada con nuevos paradigmas de salud mental(la cual apunta a la calidad de vida de la población).

El dispositivo taller fue preparado considerando que el hospital es subsidiado por la provincia. Es por ello que es de bajo costo, para ser realizado dentro de los espacios

institucionales que brinda el hospital , los materiales utilizados fueron económicos lo cual aseguro su viabilidad.

Esta intervención tomo los lineamientos de un movimiento que se viene gestando hace años en busca de un nuevo paradigma en salud mental el cual propone: la participación activa de los individuos en sus propios procesos dinámicos de salud y la importancia de generar acciones que promuevan entornos saludables.(Stolkiner et al, 2015).Lo cual implica trabajar desde otro ámbito, desde la prevención es decir desde la salud descentalizando la atención de grande urbes y llevándola a cada pueblo ,barrio, comunidad de nuestro país .Aspirando al cuidando psíquica , físico y social de la población tempranamente.

Queda en evidencia en base a lo expuesto que mientras mayor cantidad de recursos y dispositivos se brinden para el desarrollo del individuo en comunidad mejor podrá desenvolverse este ante situaciones de alto grado de estrés .A mayor cohesión social mayor eficacia en el desarrollo políticas sanitarias, lo cual permitirá transitar los procesos de salud-enfermedad con resiliencia a un nivel macro.

MARCO TEORICO

Capítulo I: Injerencia de los vínculos sociales en la salud individual.

Es un axioma bien conocido que los seres humanos somos “animales sociales” y que pasamos gran parte de nuestras vidas en interacciones cara a cara con otras personas y en diferentes escenarios sociales. La mayor parte del tiempo lo pasamos interaccionando socialmente, de una u otra forma (Caballo, 2002).

Winnicott (1967) decía que existe una yuxtaposición tan profunda con lo social que la salud individual depende de la salud social, un ambiente suficientemente bueno es el que favorece positivamente al desarrollo de los miembros de esta. Este pediatra, psiquiatra y psicoanalista consideraba que la vida del hombre se encontraba conformada por tres aspectos centrales: la vida en el mundo, la vida de la realidad psíquica y la vida cultural. Afirmaba que la carencia en cualquiera de estos aspectos deterioraba y vulnera el bienestar del individuo.

Otro erudito en salud mental que destacó la importancia de lo social fue el psiquiatra alemán Jaspers exaltando que las relaciones entre el individuo y el mundo serían de tipo contrastante y que conforman la realidad que se percibe. Sin duda cuando los contrastes con el mundo se dan de manera inadecuada o interpretamos información con patrones que no conectan con la realidad puede tener implicancias negativas para nuestra calidad de vida, a tal punto que en algunos casos puede llevar a la enfermedad mental o somática (Bone Pigna, 2010).

Bleger (1963) por su parte en su libro psicología de la conducta manifiesta que el medio ambiente del ser humano es un ambiente social, del que provienen los estímulos fundamentales para la organización de sus cualidades psicológicas. La consideración del ser humano fuera de su ámbito social es una falacia. Una mente crece a partir de otra mente como nos dijo Bion (Ferro, 2011).

Nuestra identidad se construye en la participación social, todo aquello que interfiera o nos excluya de lo vincular es una potencial amenaza a la existencia del nosotros en una existencia singular, dual y plural –en el amor, en la existencia como “nosotros”— como la existencia completa o auténtica como decía Binswanger (Bone Pigna ,2010).

La persona y lo que vive se relacionarían como el contacto y la reciprocidad entre partes homólogas y no perfectamente distinguidas desde el punto de vista funcional, en la que quien toca y quien es tocado son el mismo y, una realidad sobre todo, están tan separadas entre sí como inseparables son, parafraseando a Giovanni Stanghllini (Bone Pigna ,2010).

Lo social no es un cliché, no es un postulado de una corriente de fanáticos, es una realidad por la cual estamos atravesados. Elaboraciones de importantes referentes de distintos momentos históricos, distintas corrientes, distintas culturas dan cuenta de ello. Invertir en salud social no es hacer demagogia; los vínculos sociales tienen efectos en múltiples aspectos de nuestra vida. Es por ello sumamente sustancial para la salud aspirar al desarrollo de aptitudes que impulsen a un estado de relativa armonía e integración entre el individuo y su entorno (Ferrari, 1996).

El desafío es poder incorporar en nuestra cotidianeidad, en nuestras políticas que ser sujeto es ser autónomo siendo al mismo tiempo dependiente como nos dice Morín.

Capítulo II: Deprivación social posible vía de acceso de adicciones-deserción escolar-desarrollo de patologías.

Ya hemos visto que desde la geografía y otras ciencias se reduda en la importancia de la vulnerabilidad en cuanto conjunto de riesgos hacia personas o poblaciones. Como hemos indicado anteriormente, la vulnerabilidad tiene una estrecha relación con otro grupo de variables que es necesario integrar en su construcción psicosocial y está siempre en relación con alguna forma de amenaza.(<https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>)

Se podría definir la vulnerabilidad psicosocial en el contexto de la salud y las adicciones como el grado de susceptibilidad que tiene una persona hacia los problemas relacionados con la salud y las adicciones (Nichiata, Bertolozzi, Ferreira y Fracolli, 2008).

Otra definición es la que propone Lamas y Murrugarra (2011), como una condición que modula la probabilidad de padecer enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas. (<https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>)

En los últimos años la noción de inclusión social para los sectores más vulnerables ha sido uno de los ejes principales del debate público: los problemas sociales en la Argentina, como también las diferentes políticas sociales que se implementaron durante el ciclo político (Becoña, 2002).

La población que asiste el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP), como se recabo en los datos proporcionados por la universidad siglo 21

pertenece a sectores vulnerables. Los datos difundidos por el INDEC el 30 de septiembre 2019 informaron que en el conglomerado que conforman Río Cuarto, Las Higueras y Holmberg la pobreza afecta al 33,5% de la población. Este porcentaje implicó un incremento de 5,5 puntos en relación al 28% registrado en similar período. Si la comparación se realiza con el segundo semestre del año pasado, la suba fue de 4,2 puntos. Desde el INDEC se aseguró además que la indigencia afecta al 6,8% de los habitantes de Río Cuarto (<https://cordobainteriorinforma.com/2019/09/30/la-pobreza-en-rio-cuarto-afecta-a-335-de-la-poblacion/>).

Teniendo en cuenta este contexto socioeconómico y que la deprivación social y la desorganización comunitaria, son variables que, aun siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo. Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a cronificarse y convertirse en un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial (Becoña, 2002).

Es importante reflexionar sobre las condiciones que tanto el modelo paternalista tradicional como el modelo moderno liberal de justicia y autonomía han forjado, en donde los sectores vulnerables son los más perjudicados. Es aquí en los sectores más débiles de la sociedad donde la introducción de herramientas de afrontamiento sería una de las variables necesarias para poder ampliar opciones en escenarios adversos. Entendiendo el afrontamiento como “un poderoso mediador del resultado de un encuentro estresante”.

La vulnerabilidad implica disminución en la calidad de vida en todos sus aspectos. Si la sociedad no puede tratar de asistir a los sectores más vulnerables genera un ámbito

propicio para la exclusión .Así como lo reprimido vuelve en síntoma como Freud no explico, la exclusión también es un síntomas que afectan al cuerpo social.(me permito realizar este paralelismo pues me parece muy ilustrativo).

Cuando la violencia que trabaja y nos trabaja existencialmente es del orden de la pobreza, la exclusión o la desocupación es esta quien fractura la continuidad existencial, haciendo que lo familiar se vuelva no familiar, provoca una sensación de amenaza o trauma (Melillo. Suarez Ojeda & Rodriguez., 2004).

Paradójicamente los mismos elementos que generan un riesgo, son los que brindan protección frente al desarrollo de adicciones. La familia, los pares y los factores comunitarios pueden prevenir o atentar contra la salud. Todo radicara en la calidad de los mismos, dicha propiedad está determinada por la capacidad de contención y el sentido de pertenecía de los sujetos a estos. Cuando estos factores son pobres o están ausentes constituyen un riesgos posibilitando la generación de conductas agresivas, las cuales se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual y puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente según American Psychiatric Association (Becoña Iglesias, 2010).

Una solución viable para potenciar la calidad de las relaciones entre pares, familia y comunidad es el desarrollo de talleres que proporcionen herramientas de crecimiento en los tres ámbitos. Esta alternativa mitigaría el desarrollo de futuras patologías, exclusión, violencia social. Tratando de brindar la posibilidad de que cada ciudadano se pueda desarrollarse al máximo trascendiendo dificultades y generando alternativas más saludables con el apoyo de su comunidad.

La de búsqueda de alternativas de bienestar debe ser permanente y activa pues la realidad es cambiante y compleja. Lo que siempre debe primar es el reconocimiento del rol protagónico del sujeto, que es quien reprocessará las propuestas de los profesionales y técnicos construyéndolas conjuntamente como dice Stolkiner (Universidad Siglo 21 <https://siglo21.instructure.com/login/>)

Esta intervención para amortiguar las situaciones de carencia elaboró una propuesta la cual apuntó particularmente a los niños. En base a teorizaciones de Caballo (2017) quien explica que estos tienen un mayor riesgo debido a que incorporar pautas erróneas sobre la sociedad y sus posibilidades en ella tempranamente, puede llevar al desarrollo de comportamiento poco adaptativos cayendo en adicciones, marginalidad, enfermedades mentales.

El trabajo sobre las destrezas sociales mejorara el déficit de conductas acordes a su contexto y a la sociedad lo cual implica también una mejor calidad de vida social. Es importante recordar que siempre aprendemos de las conductas que observamos por medio “Retroalimentación interpersonal” (lo que aprendemos mediante el contacto con otros miembros de la sociedad) .Ningún miembro de esta sociedad es invulnerable todo lo contrario nuestra naturaleza es vulnerable, finita es nuestra condición social la que nos permite sortear dificultades (Bone Pigna ,2010).

Capitulo III: Habilidades Emocionales

Las habilidades sociales (HS) son comportamientos de tipo social, disponibles en el repertorio de una persona, que contribuyen a su competencia social, favoreciendo la efectividad de las interacciones que éste establece con los demás (Del Prette y Del Prette,

2008). Si bien se trata de un constructo complejo, existe consenso respecto a considerarlas como comportamientos aprendidos (Monjas Casares, 2002), que favorecen las relaciones positivas (Segriny Taylor, 2007), incrementan la posibilidad de refuerzo social y la resolución de problemas sin agresividad (Reyna y Brussino, 2011). Expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del sujeto de un modo adecuado a la situación (Caballo, 2005). Su desarrollo se inicia con el nacimiento y, tal como plantea Monjas Casares (2002) se configuran progresivamente a lo largo de la vida, dependiendo de la cualidad de la interacción del sujeto con su ambiente. (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6964208>)

Según Gresham (1981), se puede considerar un déficit en HS a aquellos que se configuren por dificultades en la adquisición de comportamientos sociales. Por ejemplo, los comportamientos agresivos pueden surgir, entre otros motivos, por una interferencia en el procesamiento cognitivo de la información social, por una expresividad temperamental inhibida o desinhibida (Caballo, 2005) que condiciona la receptividad social, por la influencia de rasgos de personalidad (como baja estabilidad emocional o alta dureza emocional) (Gil Carvalho y Ferreira Novo, 2013) o por las experiencias de aprendizaje (Argyle, 1969). De modo que las disfunciones en las HS, tales como los comportamientos agresivos, surgirían por condiciones inapropiadas.

El déficit de destrezas de este tipo se encuentra asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación. El trabajo sobre las habilidades sociales mejora el déficit de conductas acordes a su contexto y a la sociedad implica también una mejor calidad de vida social es importante recordar que siempre aprendemos de las conductas que observamos por medio “Retroalimentación interpersonal” (lo que aprendemos mediante el

contacto con otros miembros de la sociedad), lo que otros miembros de la sociedad nos cuentan o lo que nosotros observamos (Caballo, 1997)

Desde la perspectiva cognitiva Caballo (1997) son aquel: “conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas. Los procesos cognitivos producen una función moduladora intermediando entre los sucesos externos y las respuestas internas.

El modelado es una técnica cognitiva la cual propone el desarrollo de habilidades sociales a través de mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales. El modelado parte de los principios básicos del aprendizaje observacional o vicario desarrollado por Bandura (1969). Desde esta perspectiva se formula que el aprendizaje observacional vicario cuyo supuesto de que gran cantidad de conductas se aprenden extinguen mantienen y extinguen durante la observación aunque el observador no diera respuesta imitativa alguna en algún momento, y por lo tanto no sea reforzado por ello. La técnica de modelado cuenta con tres fases: Exposición, Adquisición y Aceptación. (Caballo, 1997).

Por su parte la psicoterapia focal considera que las conductas se encuentran dominadas por las funciones yoicas. Estas últimas son las encargadas de regular el contacto con condiciones de la realidad y el ajuste a las mismas. La profundización del yo en el papel del yo y el intercambio con la realidad lleva consigo un movimiento inevitable del replanteo del ideológico. (Fiorini, 2008).

Esta mirada psicoanalítica al igual que la cognitiva adhiere a que las determinaciones socioculturales pueden obstaculizar un desarrollo de este aspecto afectando el desarrollo de dichas funciones inhibiciones represivas y distorsiones de la capa intelectual, la falta de una indagación más profunda de la realidad y de sus conexiones dinámicos, tratándose de un área potencial de autonomía del individuo (Fiorini, 2008).

La sistémica a su vez concibe al hombre inserto en un medio en un intercambio constante. Desde esta teoría las habilidades emocionales o fortalezas vitales se ven reflejadas en el desarrollo de resiliencia. Boris Cyrulnik uno de sus referentes especifica que los pilares de la resiliencia :Autoestima consciente, independencia, capacidad de relacionarse,, sentido del humor, moralidad , creatividad, iniciativa y capacidad de pensamiento crítico se constituyen en un momento dado con los recursos afectivos presentes en el medio ecológico social, la falta de estos recursos pueden hacer que el sujeto sucumba, pero si existe aunque sea un punto de apoyo, la construcción del proceso resiliente puede darse.(Cyrulnik,2001)

Independientemente de la línea a la cual se adhiera es indudable la importancia de un apropiado desarrollo de estas habilidades y de su nexo social.

Capítulo IV: Taller como herramienta de enseñanza y aprendizaje

Seguendo a Ander-Egg el taller desde un punto de vista pedagógico, indica un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado a la pedagogía: se trata de una forma de enseñar y, aprender, mediante la realización de algo, que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo (Ander -Egg ,1991).

Los conocimientos se adquieren en una práctica concreta que implica la inserción en un campo de actuación directamente vinculado con el futuro que hacer profesional de los estudiantes. Este aprender haciendo o aprender por descubrimiento implica:

- Una superación de la división entre formación teórica y práctica mediante una integración de ambas a través de la realización de un proyecto de trabajo.
- Una alternativa a una enseñanza centrada en los contenidos ya elaborados, otorgando prioridad a la apropiación del saber.
- Los conocimientos se adquieren haciendo algo y no mediante la entrega de contenidos.
- La superación de la clase magistral y el protagonismo docente por la formación a través de la acción/ reflexión sobre un trabajo realizado en común, en el que predomina el aprendizaje sobre la enseñanza.
- Nunca se presenta como respuestas definitivas, ni como algo acabado, e incuestionable, sino como algo que se está haciendo, no ajeno al sujeto/observador.
- El taller reemplaza el hablar repetitivo por un hacer productivo en el que se aprende haciendo.

Se aprende a participar participando y esto implica desarrollar actitudes y comportamientos participativos y formarse para saber participar. Esto es, adquirir el conocimiento de un tema desde múltiples perspectivas. Al mismo tiempo que se establecen relaciones con algunos de los nuevos conocimientos adquiridos, se van integrando nuevos conocimientos “significativos” (Ander-Egg ,1991)

Esta modalidad promueven la generación de un pensamiento sistémico en el sentido que : Abordan la realidad con un enfoque holístico, Brindan la capacidad de entender las interacciones o interrelaciones de los problemas ; Tienen un enfoque globalizador y se utiliza para elaborar planes y estrategias; Busca n un marco de referencia común por medio de similitudes a partir de los fenómenos considerados desde y en diferentes ciencias o disciplinas mediante una forma de abordaje común (Ander Egg).

Crea las condiciones para desarrollar, no solo la unidad del enseñar y el aprender, sino también para superar las disociaciones y dicotomías que suelen darse entre: la teoría y la práctica, la educación y la vida, los procesos intelectuales y los procesos afectivos, el conocer y el hacer, el pensamiento y la realidad, implica y exige de un trabajo grupal (Ander-Egg E, 1991)

En un solo proceso tres instancias se integran: la docencia, la investigación y la práctica. Las relaciones pedagógicas que aquí se dan distan como ya se mencionó de la pedagogía tradicional atiende casi exclusivamente la relación docente/ alumnos (dicotómicas verticalistas, jerarquizadas y autoritarias, y en el mejor de los casos, son relaciones paternalistas o maternalitas).Este formato presenta una tridimensionalidad en las relaciones docente-alumno, alumno-alumno y docente-docente. Cada una de las dimensiones del dispositivo tiene una particularidad específica:

- Dimensión docente-alumno: se enmarcan dentro de una pedagógica activa, realizada mediante el trabajo grupal. El docente no existe como el único que sabe y enseña, ni los alumnos como los que no saben y tienen q aprender. Docentes y alumnos se encuentran confrontados ante una tarea en común en la q hay q resolver problemas. Ello no implica que el

docente también aprenda de los alumnos y de la práctica. En el acto de enseñar, la responsabilidad principal es del docente y ello implica y exige competencia profesional. Y la responsabilidad de aprender es un proceso personal q debe asumir cada alumno.

- Dimensión docente-docente: no son relaciones circunstanciales. El trabajo los enriquece científica, pedagógica y humanamente, a condición q haya un mínimo de espíritu de equipo
- Dimensión alumno-alumno: forman un grupo de trabajo, llevando a cabo un proceso de aprendizaje en equipo. De este modo los saberes, capacidades y habilidades de cada uno son tenidos en cuenta en la dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje. El conocimiento de cada uno y de todos confluye en el trabajo colectivo. Ya no tienen q repetir textos, sino hacerse responsables de su propio aprendizaje.

Desde una la visión del sujeto se busca promover un espacio donde se pueda:

- Desarrollar la personalidad (aprender a ser) y ejercicio responsable de la libertad, asumiendo su implicación en su propio proceso de enseñanza-aprendizaje
 - Adquirir la capacidad de “aprender a aprender”.
 - Aprendizaje por descubrimiento personal y/o grupal, y la aplicación de lo q se conoce (aprender a hacer)
 - Asumir una participación activa y responsable, con tendencia a trabajar en equipo

- Tener una actitud de libertad, de no sumisión, pero sí de respeto hacia los profesores; una actitud de colaboración, libre, reflexiva y crítica

Existen diferentes tipos de talleres en este caso particular se brindó un taller horizontal porque permite incluir diferentes edades y las integrados para realizar un proyecto en común. Los objetivos del taller, son adquirir destrezas y habilidades. En este caso en particular:

- Desarrollar conciencia emocional.
- Aprender conductas asertivas.
- Promover la realización de conductas asertivas.
- Fomentar el bienestar general

PLAN DE ACCIÓN ACTIVIDADES

En el siguiente cuadro esquemático se puede observar las actividades que se elaboraron teniendo en cuenta línea estratégica, necesidades, objetivos generales y objetivos específicos. El esquema de actividades se pensó como un desarrollo escalonado de habilidades sociales en el cual cada taller habilita el desarrollo del siguiente.

Línea estratégica de intervención	Necesidad objeto de la intervención	Objetivo General	Objetivos específicos	Encuentros	Actividades
Nuevos paradigmas en Salud Mental	Déficit en habilidades emocionales	Desarrollar habilidades emocionales en niños entre 10 y 12 años que concurre al "Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua" a través de un taller	Desarrollar conciencia emocional	1-Identificando mis emociones	1- Presentación me gusta-no me gusta
					2-Globo de las emociones
					3-Dado de las emociones
			Aprender conductas asertivas	2-Conectando con las Emociones	1-El enojo
					2-Conexión
			Promover la realización de conductas asertivas.	3-Lo pongo en palabras	1-Dibujando pensamientos.
					2-Desarrollando estrategias
			Fomentar el bienestar general	4-Entramados	1-Llevando la calma
2-El árbol de las sensaciones					

Plan de actividades, fuente: elaboración propia

Taller de Habilidades Sociales

Taller educativo: el taller fue bosquejado para desarrollarse a lo largo de 4 encuentros, un encuentro por semana con una duración entre una hora, y una hora y media, hasta completarlos. Está planteado para abarcar entre 8 y 12 participantes con la presencia de 1 coordinador.

Duración: 4 encuentros.

Encuentro 1: Identificando mis emociones.

Objetivo:

-Presentación del grupo. Identificar las emociones, conocer su función, integrarlas como partes de la persona.

Tipo de estrategia:

- Presentación grupal, dinámica grupal

Participantes:

- De 8 a 12 participantes.

Duración:

- 1,3 hora aproximadamente.

Materiales:

- 1 Cartulina negra para dado de las emociones (el sobrante de la cartulina guardar para la próxima actividad).

-1 Boligoma.

- Marcador

- Tijera

-6 Globos

Desarrollo:

-Primera Actividad: Presentación me gusta-no me gusta. El coordinador se presentará dará la bienvenida a los participantes y pedirá que se forme una ronda. Luego solicitará que cada integrante se presente diciendo su nombre y una cosa que le guste y una que no le guste, lo que ellos quieran compartir. El coordinador comenzará primero a modo de ejemplo: Soy Andrea me gusta el helado de dulce leche, no me gusta cuando me dejó el paraguas y llueve. Luego indicara que comience el niño que tiene a su izquierda y así sucesivamente hasta que concluya la ronda.

-Segunda Actividad: Globo de las emociones (ver anexo I). El coordinador comenzara por indagar sobre las concepciones que los niños tienen sobre las emociones ¿Alguien sabe que son las emociones? ¿Para qué piensan que sirven?, receptará los comentarios de todos los participantes .Posteriormente brindará información en la cual explicará : existen diferentes emociones, que todas conviven en nosotros y la función de las emociones es brindarnos información de cómo nos sentimos con respecto a una situación. Después de esta introducción el coordinador presentará 6 emociones (amor, rabia, calma, tristeza, miedo, alegría) en globos para que se puedan diferenciarlas e identificarlas. Acto seguido preguntara a los participantes sobre donde ellos sienten las emociones y sus sensaciones corporales Ej. ¿Dónde sienten la alegría, el enojo, calma, etc.? El fin es que los niños tengan un registro corporal.

-Tercera actividad: Dado de las emociones. El coordinador les presentará en la ronda un dado que en cual en cada cara contiene una emoción (ver anexo II). Se le brindara la consigna en donde: indicará a cada participante que arroje el dado , de acuerdo a la emoción que salga en la cara superior del dado pedirá que cuente una situación de su vida en la cual experimentó la emoción que (ej. Cara de alegría, el niño contará una vivencia personal donde sintió alegría), el coordinador tratará de profundizar en las sensaciones corporales que le generó la emoción mediante preguntas. Finalizará el taller señalando que las emociones nos brindan información sobre diferente experiencias no son buenas ni malas.

Encuentro 2: Conectando con las Emociones

Objetivo:

-Poder identificar consecuencia de las conductas. Desarrollo de la conexión con la emoción. Desarrollar comunicación asertiva.

Tipo de estrategia:

- Video disparador, grupo de reflexión, meditación.

Participantes:

- De 8 a 12 participantes.

Duración:

- 1,3 hora aproximadamente

Materiales:

-Video disparador

-Proyector

-4 Cartulinas, amarilla, verde, roja, negra (sobrante actividad del dado)

- 1Bolígrafo

-1 marcador

Desarrollo:

-Primera actividad: El enojo. El coordinador proyectará un video (ver anexo III) cadena del enojo, luego de la proyección se reflexionará sobre posibles maneras de poder accionar sobre situaciones similares buscando alternativas y reconociendo emociones y conductas. Se busca poder ampliar el repertorio de conductas ante situaciones de estrés.

-Segunda actividad: Conexión. El coordinador propondrá una actividad en donde le explicara una técnica de mindfulness “meditación zumbido abeja” ;esta técnica es una estrategia para focalizar la atención en el aquí y el ahora .Consigna: nos tapamos los oídos con el dedo con nuestro dedo índice uno en cada oído y zumbamos como las abejas , el coordinador enseña cómo se hace luego anima al grupo a que lo realice con él(esta técnica permite centrarse con el aquí y el ahora permite reflexionar sobre la emoción y poder pensar ella).Explicara que es una técnica que nos puede ayudar cuando estamos muy enojados y no sabemos porque así podremos pensar sobre por qué nos sentimos así. También expondrá otra técnica llamada los tres pasos del semáforo (ver anexo VI),

realizara una analogía que permita a los niños reflexionar. Consigna: podemos imaginarnos que somos como un semáforo pero de emociones (mostrará el semáforo que se encuentra en el anexo) en un momento de enojo que algo nos molesta hay que activar el color rojo “stop”, nos detenemos quedamos congelado, “respiramos” nos ponemos en amarillo, mientras respiramos reflexionamos. Luego de reflexionar y ver porque nos sentimos así (pensamos que vamos hacer, como lo vamos hacer, que puede ocurrir), elegimos nuestra conducta. En seguida de elegir nuestra conducta nos ponemos en verde y “actuamos” .Para finalizar se hará una conclusión en donde remarcará la importancia de mirar sobre qué es lo que sentimos y cómo poder comunicarlo a los otros lo que nos ocurre.

Encuentro 3: Lo pongo en palabras

Objetivo:

- Poder gestionar emociones a través de la palabra.

Tipo de estrategia:

- Dinámica grupal y grupo de reflexión.

Participantes:

- De 8 a 12 participantes

Duración:

- 1,3 hora aproximadamente.

Materiales:

-2 Hojas Papel

-2 Fibras

-1 Marcador

- 1 Afiche

Desarrollo

-Primera actividad: Dibujando pensamientos. El coordinador solicitará que se formen dos equipos de igual número de miembros. Cada equipo debe formar una fila. El coordinador dará la consigna: dibujare en la espalda del último integrante de cada fila una palabra y este a su vez la dibujara a su vez en la espalda del compañero de adelante hasta llegar al primero de la fila que tiene una hoja y un papel deberá dibujarlo ahí lo que el percibió que se dibujó en su espalda (una especie de teléfono descompuesto).

-Segunda actividad: Desarrollando estrategias comunicacionales. Se realizará una puesta en común reflexionando sobre la actividad dibujando pensamientos. Consigna: el coordinador preguntará ¿Existieron situaciones en donde ha ocurrido interpretar algo que no es? Por ejemplo creer que alguien estaba triste pero en realidad estaba preocupado. Luego se solicitará que los niños/as elaboren posibles frases para poner en palabras las emociones propias y para poder preguntar al otro. El coordinador señalará que siempre es importante preguntar sobre porque actúa así una persona ¿como esta? y a su vez transmitir como uno se encuentra ya que nadie puede adivinar lo que nos ocurre. La finalidad es que el niño/a pueda obtener información de su entorno y brindarla al mismo tiempo para mejorar la comunicación y en consecuencia generar una interacción apropiada.

Encuentro 4: Entramados

Objetivo:

-Fomentar el bienestar general-auto concepto-interdependencia

Tipo de estrategia:

-Dinámica grupal y grupo de reflexión.

Participantes:

-De 8 a 12 participantes

Duración:

-1,3 hora aproximadamente.

Materiales:

-2 Pelotas de goma

-1 Caño pvc de 3 metros

-Cronómetro para tomar el tiempo

-1 Cesto

-1 Tiza

-1 Afiche

-1 Marcador

-1 Cartulina marrón

-3 block de posticks

-12 fibras (depende cantidad de participantes)

Desarrollo

-Primera actividad: Llevando la calma (ver anexo V) .El coordinador invitará a realizar una actividad “Llevando la calma”. La actividad consiste en que el grupo se divida en dos equipos , cada equipo trasladara la emoción de la calma (pelota de goma con cara de calma) hasta un cesto con la ayuda de dos mitades de caño pvc que funcionará como una canaleta móvil(a través de este la pelota debe pasar sin caer en el piso) . Para ello cada equipo debe coordinar con sus miembros para ponerse de acuerdo como equipo en cómo llevar el ritmo. Colocar un cesto entre el extremo del salón Consigna: Cada equipo debe formar con los tubos pvc un puente flotante para llevar la calma hasta el cesto con tranquilidad sin dejarla caer, así que deben hablar entre ustedes para poder lograrlo si la pelota cae se debe volver a comenzar. Les daré unos minutos para que se organicen (5min) y luego le pedirá al grupo que comience cronometrando el tiempo .El equipo que llegue más rápido habrá cumplido el objetivo. El fin de esto es el trabajo en equipo, la interacción.

-Segunda Actividad: Él árbol de las sensaciones (ver anexo VI). El coordinador invitara al grupo a sentarse en círculos realizará la meditación de la abeja (explicada en encuentro dos) 5 minutos (con el fin de poder conectar con sus emociones). Posteriormente el coordinador traerá un árbol dibujado en un afiche y lo colocara en el centro del círculo. Seguido de esto le entregará a cada niño una tarjeta y una fibra, se les solicitara a cada uno debe escribir algo que le agrada de su compañero (una cualidad). Consigna: debemos

escribir algo que nos agrade de nuestro compañero por ejemplo su sonrisa, sus orejas, sus manos, su simpatía, su energía (les daré un momento para que escriban). Para finalizar se pedirá que cada niño/a diga la cualidad que le agrada de su compañero y solicitará a todos agradezcan al compañero, luego se pegara la tarjeta en el árbol de las sensaciones. El fin de esta actividad es reforzar la, el reconocimiento y el registro del otro. A modo de cierre se le agradecerá a los niños por participar.

DIAGRAMA DE GANTT

El diagrama de Gantt es una herramienta grafica que permite visualizar la planificación de actividades en un periodo determinado (horas, días, semanas, meses). A continuación se muestra en el grafico la planificación estimada en semanas de los talleres de habilidades sociales.

Semana Taller	1	2	3	4	5
Identificando mis emociones	■	■	■	■	■
Conectando con las emociones	■	■	■	■	■
Lo Pongo en palabras	■	■	■	■	■
Entramados	■	■	■	■	■

Diagrama de Gantt, fuente: elaboración propia.

RECURSOS

En la siguiente tabla se da un listado detallado de los recursos utilizados para llevar adelante los talleres.

Cantidad	Recursos
2	Afiches
3	Blocks de posticks
1	Caño PVC
6	Cartulinas
2	Cesto
6	Globos
16	Fibras
1	Marcador
1	Pc
2	Pelotas de Goma
1	Proyector
1	Reloj
1	Sala
1	Tiza
1	Terapeuta
12	Asistentes

PRESUPUESTO

La siguiente tabla detalla los costos de los materiales necesarios para los talleres teniendo.

	Cantidad	Recursos	Costo
	2	Afiches	77,08
	3	Blocks de posticks	839
	1	Block hojas a 4	224,81
	1	Boligoma	145,31
	1	Caño PVC	65
	6	Cartulinas	106,50
	2	Cesto	520
	6	Globos	35
	16	Fibras	100
	1	Marcador	40
	2	Pelotas de Goma	144
	1	Proyector	1800
	1	Cronometro	250
	1	Tijera	100
	1	Tiza	10
	1	Terapeuta honorarios(12 asistentes x cuatro encuentros)	19680 (*)
Total			4456,7

(*)Los honorarios del terapeuta se realizaron teniendo en cuenta los valores dictaminados por el Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba en (junio 2020) estipulando un costo de 410 \$ por persona.

EVALUACIÓN

Para poder verificar la eficacia y el resultado de los talleres se elaboró una matriz para la evaluación de impacto (ver anexo VII) la cual detalla los comportamientos y los indicadores a tener en cuenta tanto para la admisión al taller como para observar evolución en sus participantes. Partiendo de esta matriz se confeccionaron cuestionarios tanto para los niños (ver anexo VIII) como para los padres o adultos a cargos (ver anexo IX).

Utilizando el método pre-test y post-test que permite identificar si el taller generó cambios o no en el individuo, se solicitó a padres/tutor y a los niños en una entrevista previa de admisión completar el cuestionario con el fin de conocer cómo se encontraban sus habilidades (en caso de ser necesario tener consideraciones particulares que se requiriera). Al finalizar el taller se solicitó a ambos completen una encuesta similar a la primera. Este instrumento permitió observar el impacto de los talleres en los niños, en su calidad de vida y ponderar la eficacia de las actividades seleccionadas.

RESULTADOS ESPERADOS

A partir de la implementación del taller psicoeducativo para disminuir el déficit de habilidades emocionales se buscó brindar un espacio posibilitador de reflexión, contención y desarrollo sobre las emociones y el manejo de las mismas en una población de niños entre 10 y 12 años

Los objetivos específicos fueron desglosados en actividades las cuales por medio de prácticas lúdicas y reflexivas fomentaban el desarrollo de aptitudes en los participantes .La modalidad grupal para llevarlas adelante fue considerada la más apropiadas pues en implicaba un crecimiento con otros permitiendo utilizar a el grupo como un campo de contención , catalizador de cambios e intercambios.

Respecto a los beneficios esperados se pretendió fortalecer en los tallerista: capacidades de auto-registro emocional, comunicación asertiva, vinculación, tolerancia, intercambio con la realidad, estrategias de resolución de conflictos, autoestima y funciones yoicas.

CONCLUSION

Las emociones forman parte de nuestra vida se manifiestan en todo momento por ello el incremento de habilidades emocionales es un factor de prevención .Mientras mayor cantidad de recursos y dispositivos se brinden para el desarrollo del individuo en comunidad mejor podrá desenvolverse este ante situaciones de alto grado de estrés .A mayor cohesión social mayor eficacia en el desarrollo políticas sanitarias, lo cual permitirá transitar los procesos de salud-enfermedad con resiliencia a un nivel macro.

En este trabajo particularmente se buscó desarrollar habilidades emocionales en niños entre 10 y 12 años que concurren al "Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua" a través de un taller psicoeducativo en el Sector de Intervención Comunitaria. Fueron centrales para su desarrollo dos aspectos: la selección de actividades y la modalidad grupo. Las primeras porque por medio de prácticas lúdicas y reflexivas fomentaban el desarrollo de aptitudes en los participantes encuentro a encuentro .Con respecto al segundo aspecto la riqueza de su aporte radico en que por su naturaleza misma implico un crecimiento con otros permitiendo utilizar a el grupo como un campo de contención, catalizando cambios e intercambios.

Durante el proceso de elaboración del dispositivo la selección de las actividades fue la que mayor dificultad me genero puesto que la recopilación de datos se realizó por terceros así que desconocía el interés de los destinatarios. La experiencia de obtener los datos de primera mano es si bien ardua muy rica pues aporta una información más acabada del contexto la institución, la población, sus intereses.

Todo el trabajo se enmarco desde la mirada de los nuevos paradigmas en salud mental, particularmente desde el ámbito de la prevención es decir desde la salud. Los vínculos entre los individuos y su contexto interno y externo fueron con considerados en todo momento pues como Winnicott (1967) decía, existe una yuxtaposición tan profunda con lo social que la salud individual depende de la salud social .Nuestra identidad se construye en la participación social, todo aquello que interfiera o nos excluya de lo vincular es una potencial amenaza a la existencia del nosotros en una existencia singular, dual y plural –en el amor, en la existencia como “nosotros”— como la existencia completa o auténtica (Bone Pigna ,2010).

Para concluir y reforzando lo ya expuesto a lo largo de este trabajo los vínculos sociales tienen la injerencia en múltiples aspectos de nuestra vida, un buen desarrollo de los mismos evita en muchos casos la manifestación de patologías. Es por ello sumamente importante para la salud aspirar al desarrollo de aptitudes que fomenten el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos (Ferrari, 1996).

Se recomienda extender el programa a los adultos a cargo y familia pues los resultados serán más eficaces en un contexto facilitador. Por otra parte la utilización de un dispositivo de grupo terapéutico pensado a largo plazo sería riquísimo ya que el mismo funcionaria como una red de contención ampliando estrategias de afrontamiento.

REFERENCIAS

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

Bleger, J. (2007). El Psicólogo en la Comunidad. En Autor, Psicohigiene y psicología Institucional. Buenos aires, AR: Paidós.

Boné Pigna, I. (2010). Vulnerabilidad y Enfermedad Mental. Madrid, España: Universidad de Comillas, 3

Cueva Rey, A. Freire Procel, K. (2019). Plan de intervención para adultos con déficit de habilidades sociales desde la terapia racional emotiva Recuperado de (<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13942>)

Carrillo Sierra, S. (2018) Habilidades para la vida como elementos en la promoción y educación para la salud en los adolescentes y jóvenes Recuperado de (<http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2504>).

Caballero, S. Contionzalez, N. Lacunza, A .Coronel, P (2018).Habilidades sociales, comportamiento agresivo y contexto socioeconómico. Un estudio comparativo con adolescentes de Tucumán (Argentina) Recuperado de (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6964208>).

Cyrulnik ,B (2001). La maravilla del dolor, Barcelona, Granica.

Fiorini, H. (2008). Teoría y Técnica de Psicoterapias Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

Ferrari, H.(1996). Salud Mental en Medicina. Buenos Aires, AR: Libreros López.

Galende.E (1990).Psicoanálisis y Salud Mental . Buenos Aires, Editorial Paidós.

Gracia del Castillo, J (2015) Concepto de Vulnerabilidad Psicosocial en el Ámbito de la Salud y las Adicciones. Recuperado <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>

Becoña Iglesias et al (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia, España: Socidrogaalcohol

Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Peña, F. (2018). Inclusión social en pacientes de hospital de día en vinculación con sus familiares (Bachelor's thesis).

Melillo,A. Suarez Ojeda,N .Rodriguez,D.(2004).Realidad social, psicoanálisis y resiliencia.
Buenos Aires, Editorial Paidós.

Rovere, M., Stolkiner, A., Gollan, G., Kreplak, N., Kaski Fullone, F., Balaña de Caro,...
Tesler, L. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la
salud comunitaria. En Autores, ¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la
soberanía sanitaria .Buenos Aires, Arg.: Colihue.

Tonarelli, S. (30 de Septiembre de 2019). La Pobreza en Rio Cuarto Afecta a 33,5% de la
Población. Córdoba Interior Informa002ERecuperado 14 de 05 de 2020 de
<https://cordobainteriorinforma.com/2019/09/30/la-pobreza-en-rio-cuarto-afecta-a-335-de-la-poblacion/>

Stolkiner, A. (2009). Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en
ellas. Recuperado de<http://textosdepsicologia.blogspot.com.ar/2009/11/stolkiner-distintos-paradigmas-de-salud.html>

Ley N.º 26.657. (2010)). Ley Nacional de Salud Mental: Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recuperada de <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>

Universidad Siglo 21. (2019). Recuperado el 09 de 04 de 2020, de Material de estudio de la plataforma Canvas: <https://siglo21.instructure.com/login/>

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

Winnicott, D. (1967, Marzo). El concepto de individuo sano. Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico y Psicología, 8 de Marzo 1967. Recuperado el 10 de 05 de 2020 <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/indsan.htm>.

ANEXOS

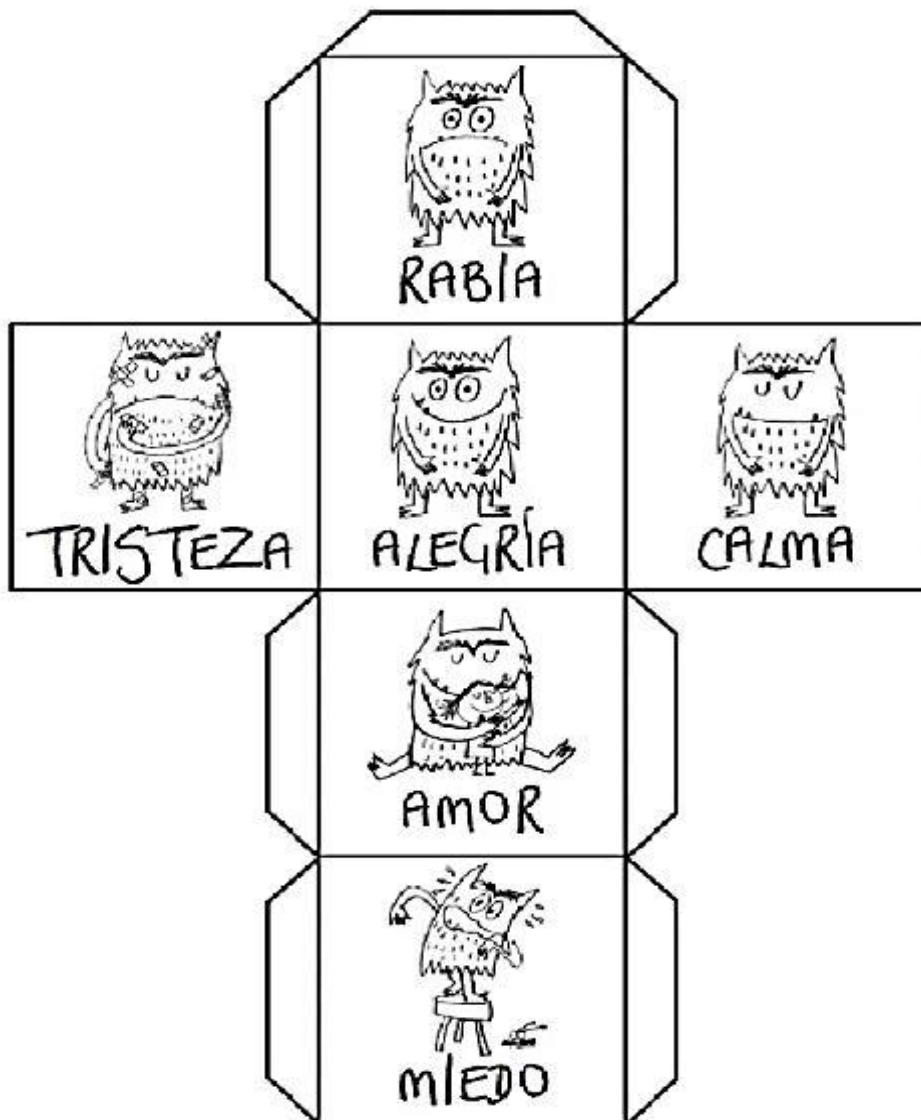
Anexo I

Globos de las emociones



Anexo II

Dado de las emociones para imprimir.



Anexo III

Link de Video disparador <https://youtu.be/QBR1kYcRbi>

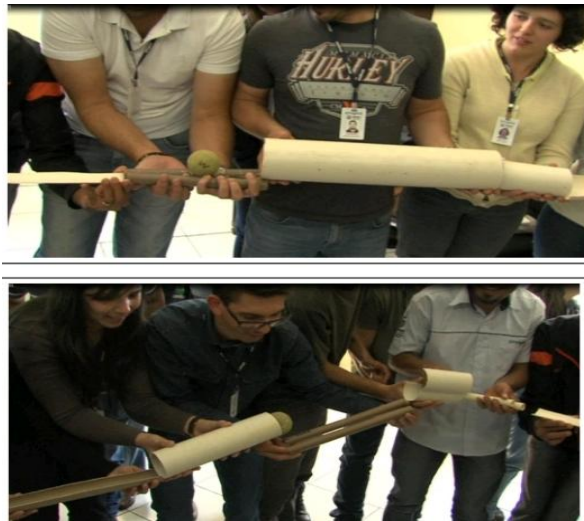
Anexo VI

Semáforo de emociones.



Anexo V

Llevando la calma (foto ilustrativa de la dinámica).



Anexo VI

El árbol de las sensaciones.



Anexo VII

Matriz para evaluación de impacto.

CATEGORIA DE ANALISIS	INDICADOR	RESPUESTAS
Hace pequeños favores a otros niños.	Ayuda a otros niños	
Participa activamente de las actividades.	Se muestra interesado	
Se puede concentrar actividades	Puede realizar la actividades planteadas	
Sonríe y responde cuando es oportuno.	Es correcto a la hora de responder	
Teme hablarle a la gente	No habla salvo q el coordinador se dirija puntualmente a el	
Suele mostrar sus sentimientos	Puede expresar cómo se siente	
Piensa que ganar es todo	Solo quiere ganar en las actividades, hace trampa o se disgusta con sus compañeros de equipo	
Protagoniza fuertes peleas	Se envuelve constantemente en peleas	
Comparte sus materiales	Puede compartir los materiales y trabajar en equipo	
Se burla de sus compañeros	Se burla y hace sentir mal a sus compañeros constantemente	
Se irrita con facilidad	Cualquier minino comentario , gesto, lo saca de quicio	
Dice gracias	Se muestra agradecido con sus pares ante colaboraciones	
Puede realizar actividades en grupo	Lleva adelante las actividades de grupo de manera armoniosa	
Demanda constantemente atención	No puede esperar su turno para responder, molesta continuamente, no deja hablar a su coordinador ni a sus compañeros	
Tolera la frustración	Hace grandes berrinches cuando no se hace lo que el quiere o deja de prestar atención	

Anexo VIII

Cuestionarios para Niños

Apellido y Nombre:.....

Edad: Sexo:.....

Por favor rodea con un círculo el número que más te represente, teniendo en cuenta que 1 representa pocas veces y 4 muchas. No existe respuesta correcta. Este cuestionario es para conocer sobre tus intereses.

Se ruega contestar en relación a siguientes equivalencias:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre

Preguntas	Respuestas			
Pregunto si puedo ayudar	1	2	3	4
Participo de los juegos con otros niños	1	2	3	4
Me es fácil recordar las consignas de las	1	2	3	4

tareas del cole.

Me rio de chistes e historias divertidas 1 2 3 4

Me gusta hablar con las personas 1 2 3 4

Muestro mis sentimientos 1 2 3 4

Ganar es lo más importante para mi 1 2 3 4

Suelo molestar a mis compañeros para 1 2 3 4

divertirme.

Comparto lo que tengo con otros 1 2 3 4

Doy las gracias cuando alguien me dice 1 2 3 4

algo lindo o me ayuda.

Interrumpo a los demás cuando están 1 2 3 4

hablando

Hago ruidos que molestan a otros 1 2 3 4

Me enojo con facilidad 1 2 3 4

Anexo IX

Cuestionarios para Padres/Tutor.

Apellido y Nombre:.....

Edad: Sexo:.....

Por favor rodea con un círculo de manera precisa escogiendo el valor de la escala que más se aproxime a su percepción del comportamiento ACTUAL del niño, teniendo en cuenta su conducta actual y evitando posibles interpretaciones.

Se ruega contestar en relación a siguientes equivalencias:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre

Preguntas	Respuestas			
Pregunta si puede colaborar	1	2	3	4
Participa de los juegos con otros niños	1	2	3	4
Recuerda las consignas que se le dan en la escuela	1	2	3	4
Se ríe de chistes e historias divertidas	1	2	3	4

Cuando está en presencia de otros se muestra tímido	1	2	3	4
Habla de sus sentimientos	1	2	3	4
Solo le interesa ganar	1	2	3	4
Molesta a sus compañeros	1	2	3	4
Le cuesta compartir sus cosas con otros	1	2	3	4
Da las gracias cuando se colabora con el	1	2	3	4
Interrumpe continuamente para que se le preste atención	1	2	3	4
Interrumpe continuamente para que se le preste atención	1	2	3	4
Se enfurece con facilidad	1	2	3	4