

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Reinserción Social y Comunitaria en pacientes externados”
Nuevo Hospital San Antonio de Padua
Lucas Simone
Legajo PSI03198
Tutor: Dr. y Lic. Rubén M. Pereyra
Río Cuarto, Junio 2020

➤ Índice

Resumen	pág. 5
Introducción.....	pág. 6
Línea estratégica de intervención	pág. 8
Presentación de la institución	pág. 11
Organigrama institucional	pág. 16
Delimitación del problema/necesidad objeto de intervención.....	pág. 17
Objetivos.....	pág. 20
Justificación	pág. 21
Marco teórico.....	pág. 26
Capítulo 1	pág. 26
Capítulo 2	pág. 29
Capítulo 3	pág. 31
Capítulo 4	pág. 37
Plan de acción del plan de intervención	pág. 42
Actividades	pág. 44
Encuentro N°1.....	pág. 44
Encuentro N°2.....	pág. 48
Encuentro N°3.....	pág. 52
Encuentro N°4.....	pág. 55
Encuentro N°5.....	pág. 59
Encuentro N°6.....	pág. 62
Encuentro N°7.....	pág. 65
Encuentro N°8.....	pág. 67

Diagrama de Gantt.....	pág. 71
Recursos	pág. 72
Presupuesto.....	pág. 73
Evaluación	pág. 75
Resultados esperados.....	pág. 76
Conclusión.....	pág. 77
Referencias	pág. 80
Anexos.....	pág. 90
1	pág. 90
2 Lenguaje formal/informal.....	pág. 92
3 Tarjetas de juego.....	pág. 95
4	pág. 97
5 Cómo formular una petición adecuadamente para reclamar mis derechos	pág. 99
6 Derechos y Normas Sociales	pág. 101
7 Tarjetas de escrúpulos	pág. 103
8 La red de la Araña Corteza de Darwin	pág. 104
9 Planificación y procedimientos administrativos.....	pág. 106
10	pág. 108
11 Mapa de redes.....	pág. 109
12 Tarjetas de situaciones cotidianas	pág. 110
13 Sobre la gestión de las emociones	pág. 111
14 Tarjeta de situaciones según emociones para role playing.....	pág. 117
15 Tarjeta de emociones	pág. 121
16 Matriz de evaluación de impacto.....	pág. 122

17 Cuestionario previo y posterior al taller	pág. 124
18 Cuestionario posterior a dos meses de la realización del taller	pág. 127

➤ **Resumen**

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21.

Luego de haber realizado un análisis exhaustivo de la institución Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, se delimitó la necesidad de abordar la problemática de reinserción social y comunitaria de pacientes externados del Servicio de Salud Mental de manera integral, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad como forma de abordaje y sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico, acorde a los planteamientos de las orientaciones emergentes en salud mental y a las normativas nacionales y provinciales vigentes.

Se propone, a través de un dispositivo de taller psicoeducativo, la promoción de redes de contención vincular, el fortalecimiento de lazos sociales, el desarrollo de autonomía personal y de habilidades adaptativas, como así también aquellos aspectos sociales y comunitarios vinculados con la reinserción sociocomunitaria de personas mayores a dieciocho (18) años de edad.

Para dicho fin se ha planificado un total de 8 encuentros, con una frecuencia de uno por semana, desarrollando, en forma pautada, diferentes actividades que contribuyan a generar un espacio en donde diferentes emergentes puedan desplegarse a través de técnicas de dinámicas de grupos, de reflexión, debate, entre otras.

Al final del taller se realizará una evaluación de impacto con la finalidad de valorar los logros obtenidos y efectuar las recomendaciones futuras en dicha institución.

Palabras claves: Reinserción Social y Comunitaria – Taller psicoeducativo – Hospital “San Antonio de Padua”.

➤ **Introducción**

Las prácticas de prevención y promoción de salud mental con base en la comunidad, es uno de los objetivos perseguidos por los paradigmas emergentes y por las políticas vigentes en Salud Mental en el mundo y en nuestro país. (Bang, 2014).

Así la reinserción social y comunitaria de pacientes que han sido externados de servicios de salud mental ha sido una de las problemáticas principales que diferentes estados, organismos e instituciones, han pretendido resolver desde mediados del siglo pasado.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2001), propone políticas internacionales en salud mental que se dirigen hacia una atención de los padecimientos mentales en comunidad.

Asimismo, la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991), propone ciertos Principios para la protección de los enfermos mentales expresando que todo paciente tendrá derecho a recibir atención sanitaria y social, y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible correspondiente a sus necesidades de salud.

Por su parte, en la Argentina, la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, a partir de año 2010, ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad, reconociendo a la salud mental como un proceso determinado por diversos factores cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Desde esta perspectiva, el abordaje integral de aquellas cuestiones relacionadas a la salud mental desde la vida en sociedad, es una vía posible de operativizar acciones tendientes a resaltar la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria, posibilitando un abanico de oportunidades para

favorecer el proceso de reinserción sociocomunitaria de la población que transita esta particular situación. Dichas acciones incluyen, como asuntos centrales, la temática de las redes vinculares y aquellos aspectos intervinientes en los procesos de socialización como autonomía personal y habilidades adaptativas.

Este Trabajo Final de Graduación consiste en un Plan de Intervención en el Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, que a través del dispositivo de taller psicoeducativo, tendrá como objetivo favorecer la reinserción social y comunitaria de pacientes externados del servicio de Salud Mental, a partir del desarrollo de herramientas entre los integrantes destinatarios, que faciliten la promoción de la salud mental con base en la comunidad.

Entre los beneficios que se espera lograr con este Plan de Intervención, se cuenta el refuerzo de las acciones que se vienen realizando, mancomunadamente y a destajo, entre los dispositivos alternativos de Hospital de Día e Intervención Comunitaria, pertenecientes a la institución para donde fue pensado este proyecto. También se pretende atender a una problemática concreta como es el déficit en el seguimiento de los procesos de externación de pacientes debido a la escasez de profesionales en el servicio.

Por este motivo, se considera riesgosa la imposibilidad de llevarse a cabo dicha propuesta, ya que no se desarrollarían prácticas necesarias de prevención y promoción que favorezcan la reinserción social. En consecuencia no se evitarían posibles reincidencias, no se colaboraría para que las desestabilizaciones de los pacientes sean menores en cantidad y que se disminuya el tiempo de permanencia en la internación, y no se lograría una mejoría en la condición de vida de los pacientes.

➤ **Línea estratégica de intervención**

Para llevar adelante la realización del plan de intervención, la línea estratégica de intervención elegida es “Nuevos Paradigmas en Salud Mental”. Dicho enfoque contempla nuevos modelos explicativos en Salud Mental, permitiendo dar cuenta de la complejidad de la naturaleza humana, en todas sus formas de expresión. (Universidad Siglo 21, 2020).

Se parte de la consideración de que la realidad es constitutivamente compleja en sus manifestaciones. Dadas las propiedades irreducibles de dicha complejidad en sus diversos aspectos y dimensiones no solo psíquicas, sino también físicas, sociales, culturales, económicas y políticas, así como las interrelaciones e interconexiones que entran en juego en la constitución de los diferentes fenómenos y eventos de la realidad humana, ha de sugerirse una nueva manera de abordar el padecimiento humano, desde un análisis integral acorde a los planteamientos de las orientaciones emergentes en Salud Mental. Se resalta así, la necesidad de evitar la frecuente simplificación en la que se incurre con la aportación de explicaciones lineales del sufrimiento humano desde modelos simplistas y reduccionistas.

En este sentido Morin (2001), plantea que la conciencia de la complejidad hace comprender que no se podrá escapar jamás a la incertidumbre y que jamás se podrá tener un saber total y completo. Además, el mismo autor agrega que la conciencia de la multidimensionalidad lleva a la idea de que toda visión unidimensional, especializada, o parcial, resulta pobre e insuficiente.

En nuestro país, los nuevos marcos normativos en Salud Mental se realizaron a partir de modificaciones en diversas legislaciones que consideraban a las personas como "objetos de tutela" para comenzar a pensarlos como "sujetos de Derechos". Un ejemplo de esta normativa es la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual:

“...tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional...”

(Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. 1).

Para tal fin la normativa promueve la atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario ya que considera a los seres humanos como seres complejos atravesados por múltiples dimensiones de diversa índole. Además, promueve la transformación de los dispositivos de encierro en otros alternativos que no restrinjan los Derechos Humanos de los usuarios del Sistema de Salud. La normativa también refiere a las condiciones de internación, las cuales deben promover que las personas internadas puedan decidir acerca de la misma, garantizándoles la continuidad de los vínculos significativos para cada sujeto y que el proceso de internación sea lo más breve posible, pudiéndose llevar a cabo solamente cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Asimismo manifiesta la promoción de redes y de recursos sociales y culturales, incluyendo el protagonismo de los familiares y allegados de los pacientes a la hora de abordar los tratamientos de las personas con padecimiento mental.

A su vez, el artículo 3° de la misma Ley 26.657 expresa que:

“... se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

(Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. 3).

La misma ley en el artículo 7° (2010), declara que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental ciertos derechos, dentro de los cuales el primero es el

derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

Por su parte, Stolkiner (2003), expresa que las políticas emergentes en Salud Mental en la Argentina tratan de suprimir la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta es evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos. Así, la autora concluye que se trata de materializar interdisciplinariamente una nueva relación entre la sociedad y la problemática de las enfermedades mentales.

En otro de sus escritos, la misma autora junto con Solitario (2007), reconocen que la complejidad del padecimiento humano y las diferentes problemáticas que debe enfrentar la Salud Mental implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

A partir de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental otorgados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991), el Principio 8 “Normas de la atención”, expresa que todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud. Asimismo, el Principio 9 “Tratamiento” manifiesta que todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible correspondiente a sus necesidades de salud.

➤ **Presentación de la institución**

A modo de presentación de la institución seleccionada, a saber, el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, se realizará un recorrido histórico cronológico con algunos de los momentos más importantes de su creación y desarrollo. Se detallarán algunas características generales de dicho hospital para dar un marco contextual a uno de los servicios que funcionan dentro del mismo, el Servicio de Salud Mental, sobre el cual se profundizará en su descripción.

En el año 1948, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto, con dependencia nacional, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. Al mismo tiempo, como parte de las políticas del momento, se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos. (Universidad Siglo 21, 2020).

El hospital de Río Cuarto, desde su fundación, estuvo ubicado al sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. Comenzó a funcionar como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad. Inicialmente, contaba con 4 especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Con el transcurso del tiempo, y en función de la demanda no solo local, sino regional, se fueron incorporando otras especialidades. Así es como, en el año 1969, por iniciativa del entonces Instituto Nacional de Salud Mental se habilitó el Servicio de Salud Mental bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica con un perfil multidisciplinario. A pesar de encontrarse en el mismo predio del hospital, tuvo independencia administrativa y técnica. (Universidad Siglo 21, 2020).

Cabe destacar que las unidades efectoras de salud mental formaban parte de una incipiente política de transformación, que había comenzado con la Europa de posguerra, con movimientos como el antipsiquiatrismo, la psiquiatría social y comunitaria y las

corrientes de psicoterapia institucional. La inspiración provenía de una política de transformación que ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Sin embargo, no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial. (Universidad Siglo 21, 2020).

Luego, en 1978, durante el gobierno de facto, se dispuso transferir la mayoría de los hospitales nacionales a los estados provinciales. De este modo, el hospital general pasó a la jurisdicción provincial. En el marco de las legislaciones del proceso militar, se produjo el traslado de los elementos, recursos humanos y pacientes del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua, dejando de funcionar la Comunidad Terapéutica de Salud Mental como entidad independiente. Así, comenzó a ser un servicio del Hospital. (Universidad Siglo 21, 2020).

En el año 1984 se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, que junto con la apertura democrática significaron un importante crecimiento para el servicio, planteando la atención comunitaria y el área de Rehabilitación desde estrategias terapéuticas no tradicionales que incluían teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etcétera. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo. (Universidad Siglo 21, 2020).

En el año 2004 las diferentes áreas y servicios del Hospital se trasladaron al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua situado en el sector oeste de la ciudad con dirección en calle Guardias Nacionales 1027. El Servicio de Salud Mental quedó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital general. (Universidad Siglo 21, 2020).

En el curso del año 2010, ante un cambio de gestión en el servicio, se comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas. En ese entonces el servicio se encontraba organizado en un área asistencial, tanto en prácticas ambulatorias, servicio de internación y un sistema de atención por guardia. Además se realizaba capacitación en servicio, (programas de capacitación y formación desarrollados dentro de la institución), capacitación de posgrado (práctica en la formación de alumnos de carreras de posgrado, como la especialidad en Psicología Clínica), la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental y la Residencia de Psiquiatría, de acuerdo con las disposiciones vigentes. (Universidad Siglo 21, 2020).

En el año 2011, se crearon dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. Para ello, se realizaron reuniones informales con los agentes que componen el servicio y en función de los intereses propios de los profesionales, se planteó una distribución interna de estas actividades. (Universidad Siglo 21, 2020).

En septiembre de 2014 se ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental al edificio central donde conserva su ubicación en la actualidad. Dicho traslado se realizó de manera programada y progresiva. Uno de los objetivos que motivó este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N° 9848 “Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba”, como nacional N° 26657 “Ley Nacional de Salud Mental”. (Universidad Siglo 21, 2020).

A nivel organizacional, el Servicio de Salud Mental depende del Nuevo Hospital de Río Cuarto y de la Dirección Provincial de Salud Mental. Está compuesto por una Jefatura del Servicio y dos Jefaturas de Sección (Hospital de Día e Intervención

Comunitaria) de las que se desprenden diferentes cargos operativos. Actualmente, en dicho servicio, trabajan 15 profesionales de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. (Universidad Siglo 21, 2020).

Las modalidades de atención son propuestas en dos ejes de acción: por un lado la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos, y por otro, la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar asistiendo a equipos médicos de otras áreas de clínica médica. (Universidad Siglo 21, 2020).

El sistema de atención abarca un sistema de internación para pacientes agudos mayores de 18 años que consta de 15 camas; un sistema de atención ambulatoria (asistencia por consultorio externo y grupo terapéutico) y una guardia de 24 horas para casos de emergencias. Además cuenta con una sección Infanto Juvenil, la cual atiende la salud mental del niño desde su nacimiento hasta los 18 años. (Universidad Siglo 21, 2020).

La tendencia en los últimos años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. En ese sentido, se observa un cambio de estatus del recurso internación, que pasa de ser un fin en sí mismo, una medida correctiva o represiva, a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. Dicho perfil responde a un marco político de atención en salud mental, que tiene como uno de sus ejes principales el enfoque de derechos para el campo de la salud, con especial atención a los derechos humanos. De este modo, se desalientan prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial. (Universidad Siglo 21, 2020).

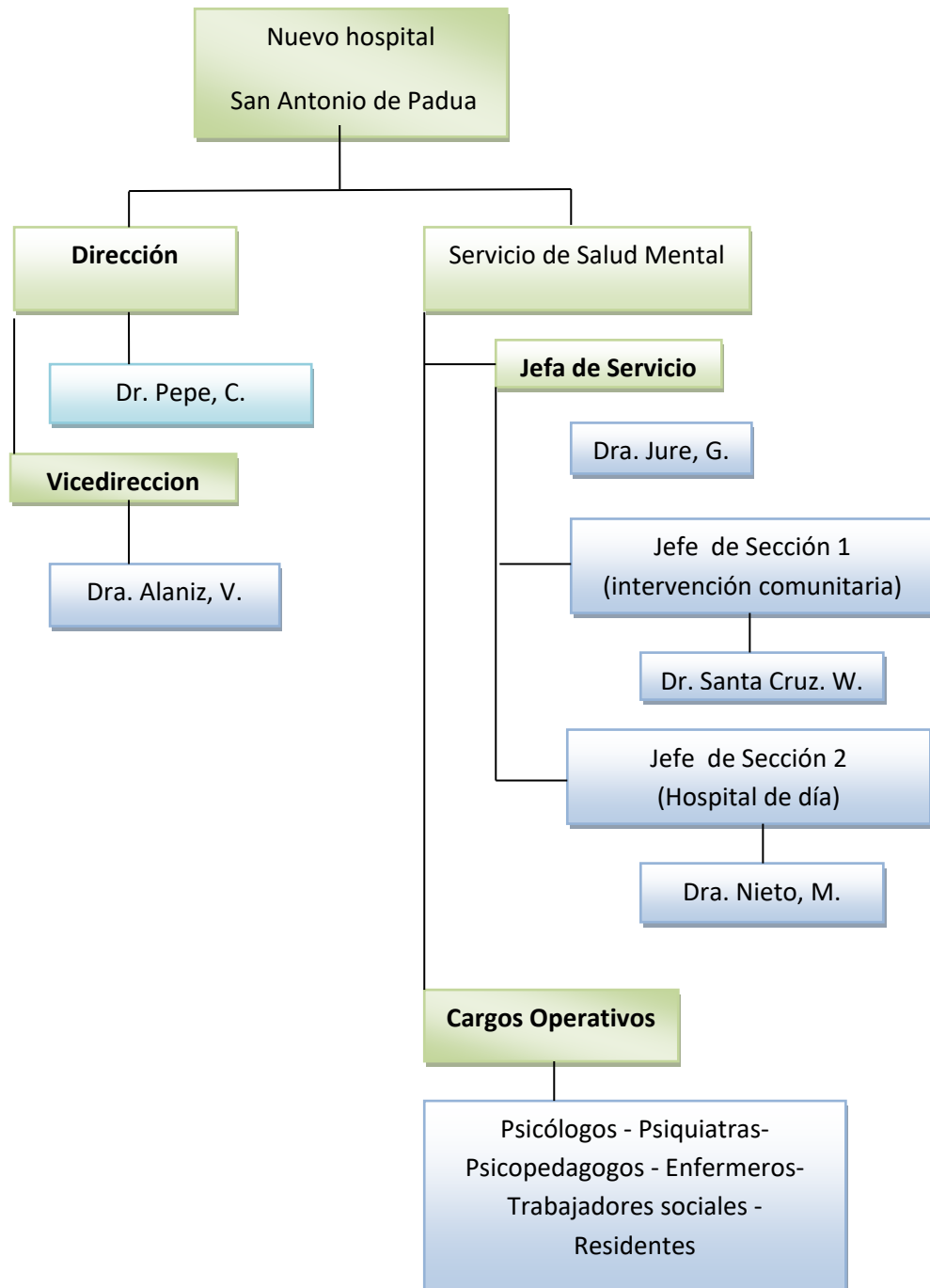
Consecuentemente, el abordaje de la problemática psicopatológica, presenta un carácter holístico, integral e integrador ya que entiende que el ámbito social y cultural,

de pertenencia del paciente, es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por este motivo, en el modelo de abordaje integral, se incluyen todos los referentes sociales del paciente, incluida la familia. (Universidad Siglo 21, 2020).

La misión de la institución es poder atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir sus objetivos, 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, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal. (Universidad Siglo 21, 2020).

En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. (Universidad Siglo 21, 2020).

➤ **Organigrama Institucional**



➤ **Delimitación del problema o necesidad objeto de intervención**

Se ha podido constatar, luego de haber realizado una revisión bibliográfica del material a disposición en la plataforma Canvas Siglo 21 del presente año, referente al Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, que una de las problemáticas existentes en dicha institución es la reinserción social y comunitaria de pacientes externados del Servicio de Salud Mental.

Si bien, al momento de la fecha, no existen programas de reinserción para pacientes internados, sí se desarrollan prácticas en los dispositivos alternativos (Hospital de Día e Intervención Comunitaria) que tienen como uno de sus principales objetivos la rehabilitación y reinserción sociocomunitaria de los sujetos. (Universidad Siglo 21, 2020). Además, prácticamente no se hallan resultados estadísticamente significativos sobre intervenciones en el seguimiento de pacientes externados en la sección Intervención Comunitaria. A raíz de esto, se considera pertinente reforzar las acciones que se vienen realizando en esta área para poder contribuir al proceso de externación de los pacientes.

El proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental es un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio. Esto adquiere particular importancia en el caso de personas con patologías que impactan en el lazo social, como es el caso de algunos trastornos psicóticos, entre otros, que impiden revincularse y sostenerse en el medio social. (Universidad Siglo 21, 2020, pp. 26-27).

A su vez, ciertas patologías que implican la ruptura de lazos sociales impactan en forma directa en la producción de este problema, ya que aquel sujeto que ha sido externado y no ha desarrollado un vínculo con su contexto, es posible de

estigmatización. Además, probablemente su dinámica familiar y sus redes vinculares pueden no haber mejorado e incluso empeorado. Así, el enfoque puesto sobre la enfermedad y el déficit, sumado a la inexistencia de programas de seguimiento posterior a la externación, dificultan afrontar el proceso. (Universidad Siglo 21, 2020).

En el capítulo V correspondiente a “modalidad de abordaje” de la Ley 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental” (2010), se exponen dos artículos que podrán contar como antecedentes de la problemática a abordar: por un lado, siguiendo al Artículo 9º de dicha Ley, se manifiesta que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario, basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientándose hacia el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales de las personas que padezcan enfermedades mentales.

Por su parte, el artículo 11º expresa:

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

(Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010, Art. 11º).

A su vez, el artículo 5º “Plan Provincial de Salud Mental” de la Ley 9848 “Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba” (2010), refiere los fundamentos, objetivos, políticas, lineamientos en salud mental para el

ámbito provincial y manifiesta que se deberá priorizar, como objetivo estratégico, la transformación del sistema provincial de salud mediante la planificación de acciones que favorezcan los procesos de inclusión social a través de la integración de las personas con padecimiento mental en su red de vínculos familiares y comunitarios.

Siguiendo a Stolkiner y Solitario (2007), las autoras plantean que la Atención Primaria de la Salud, como un primer nivel esencial de atención, debe enfocar su propuesta en hacer recaer en las unidades familiares, e indirectamente en las comunidades, una buena parte de las acciones en el proceso de externación de los pacientes psiquiátricos.

A su vez, se sostiene que, a partir de una concepción de la complejidad en salud que dé lugar a los diferentes niveles de atención y tome en cuenta los escenarios históricos, actuales y potenciales para la construcción de salud, se puede pensar una externación eficaz que tenga en cuenta tanto los niveles de lo colectivo y lo singular. (Díaz, Jure y Pérez, 2007).

Por lo expuesto hasta el momento, y en virtud de que en la actualidad hay un escaso seguimiento en la reinserción social y comunitaria de pacientes externados del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, es que se considera necesario abordar integral y, holísticamente, aquellas cuestiones relacionadas al acompañamiento comunitario y familiar de pacientes externados del servicio o que presenten dificultades para su externación y reinserción sociocomunitaria. (Universidad Siglo 21, 2020).

Además de ir en consonancia con la *misión* y *visión* del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, la reinserción social y comunitaria de pacientes externados del Servicio de Salud Mental se sustenta en la perspectiva de los nuevos enfoques en Salud Mental y desde la perspectiva del Paradigma de la Complejidad.

➤ **Objetivos**

- **Objetivos generales**
- Favorecer la reinserción social y comunitaria de pacientes externados del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” a través de un taller psicoeducativo.

- **Objetivos específicos**
- Promover las redes de contención vincular de los pacientes.
- Fortalecer los lazos sociales.
- Fomentar la capacidad de autonomía personal.
- Propiciar el desarrollo de habilidades adaptativas para la vida cotidiana.

➤ **Justificación**

La intervención tendrá como propósito principal favorecer la reinserción social y comunitaria de pacientes externados del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” a través de un dispositivo grupal en la modalidad de taller psicoeducativo.

Tal propuesta resulta pertinente, ya que se propone continuar trabajando en diferentes ejes ya contemplados por los dispositivos de dicho servicio, entre los cuales uno de ellos es el acompañamiento de pacientes externados que presentan dificultades luego de su externación en relación a su reinserción sociocomunitaria. (Universidad Siglo 21, 2020).

La propuesta se fundamenta en la necesidad de impulsar un taller focalizado en la relevancia de aspectos sociales y comunitarios para la promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico, con base en la estrategia general de los nuevos paradigmas de salud mental vigentes en nuestro país. Esta propuesta responde a uno de los objetivos principales de las normativas nacionales y provinciales en salud mental, que consisten en promover una mirada e intervención integral sobre el sujeto y brindar una respuesta inclusiva en lo social a quien padece problemáticas de orden psíquico. (Universidad Siglo 21, 2020).

Desde esta mirada, se trabaja con una concepción de sujeto de derecho, haciendo hincapié en la posibilidad de que la persona pueda incorporarse en diferentes espacios sociales, reconociendo que tiene un padecimiento psíquico con capacidades y potencialidades que pueden ser desarrolladas. Se piensa desde la inclusión social y no desde la exclusión. (Universidad Siglo 21, 2020).

Desde este dispositivo de abordaje, se concibe al sujeto ubicado entre procesos de salud y enfermedad, inmerso en situaciones donde sus realidades sociales y

comunitarias se vinculan estrechamente con su contexto de emergencia. (Universidad Siglo 21, 2020).

Se realizaría así, un abordaje desde la salud y no desde la enfermedad, centrándose en los aspectos saludables del paciente, acompañándolo en el descubrimiento de sus recursos personales, sus potencialidades y fomentando la confianza en sus propias capacidades. Estas acciones posibilitarían fomentar la capacidad de autonomía e independencia personal de los pacientes. La idea es que estos sujetos puedan asumir un rol y actitud activa ante sus propias dificultades.

La realización de este tipo de intervención, se fundamentaría en las mismas bases por las cuales, hace casi diez años, se creó la Sección Intervención Comunitaria, con el objetivo de cambiar el perfil prestacional del Servicio de Salud Mental del Hospital, hasta ese momento exclusivamente asistencial, de abordaje ambulatorio y de intervención en crisis. (Universidad Siglo 21, 2020). Asimismo, la propuesta iría en la misma dirección que el objetivo perseguido por dicha unidad, a saber, la promoción de acciones tendientes a lograr una atención participativa accesible que permitiera realizar tareas de prevención con compromiso comunitario. Todo ello, priorizando el cuidado y resguardo de la integridad personal de los pacientes, con vistas a la integración e inclusión social. (Universidad Siglo 21, 2020).

También justificaría esta propuesta, el hecho que las estrategias preventivas de acción comunitaria evidencian un lugar relevante en la reducción de la demanda hospitalaria, en base a la promoción de otros recursos como las redes de contención social. (Universidad Siglo 21, 2020).

En este sentido, Galende (2002), sostiene que la subjetividad del individuo se genera en el vínculo con el otro y el entorno que los rodea, es decir, en los grupos

sociales de pertenencia, debido a que este nace en el seno de una familia y comunidad determinada, en una sociedad en particular. Esto es lo que aporta a la construcción de identidad social. Es por esto, que son de importancia los procesos de externación que dan lugar a la integración socio comunitaria del individuo. Además, el autor agrega que el proceso de subjetivación es a la vez el proceso de socialización del individuo.

A su vez, Ares Lavalle et al. (2016), sostienen que la inclusión de personas con trastorno mental en actividades de la vida cotidiana les posibilita fortalecer sus redes sociales y a su vez, enriquecer a los demás integrantes de la comunidad, en tanto les permite ampliar sus redes sociales y les da la oportunidad de vivenciar y practicar la convivencia con la diferencia como parte fundamental de la vida en sociedad.

Cabe mencionar que se considera necesario un seguimiento de los sujetos en su proceso de revinculación con el medio sociocomunitario, con el objetivo de obtener una mayor integración del paciente en forma activa en los diferentes espacios comunitarios y la redefinición de su rol en el contexto social. (Universidad Siglo 21, 2020).

Con la propuesta planteada, se busca generar avances en las interacciones sociales de los pacientes, provocar una mejora en sus vínculos familiares, favorecer el establecimiento de nuevos lazos sociales, desarrollar la capacidad de autonomía e independencia personal e incorporar hábitos de la vida cotidiana. Así, a partir del desarrollo de procesos de socialización, integración e inclusión, se trata de crear un sentido de pertenencia en los pacientes, que favorezca la reinserción sociocomunitaria.

Por medio de las actividades grupales, se espera que se internalicen modelos de interacción saludables y se establezcan vínculos. Se trabaja en la construcción y mantenimiento de lazos sociales con la finalidad de trasladar los modelos de interacción ofrecidos desde los dispositivos del hospital (Hospital de Día y Sección Intervención en

Comunidad) hacia el afuera de la institución. De este modo, la propuesta del taller se ofrece como elemento facilitador para ese propósito. (Universidad Siglo 21, 2020).

La dinámica de trabajo del taller propuesto, buscará por un lado, aprender o recuperar habilidades específicas que permita a los pacientes, lograr autonomía e independencia, y por otro lado, respecto a la parte afectiva, brindar la posibilidad de establecer vínculos, donde cobran protagonismo los lazos sociales, los cuales se convierten en su sostén diario.

Por último, algunos datos que avalarían la pertinencia de la intervención, son los resultados observados en los diferentes talleres que se hicieron en los dispositivos del Hospital, entre los cuales se destacan algunos puntos como la incorporación de nuevos modos de vinculación por parte de los pacientes, que permitieron mejoras en sus vínculos familiares; y la construcción de vínculos a partir de aspectos más saludables, que posibilitaron brindar contención y acompañamiento entre los mismos pacientes, en diferentes situaciones de su vida. (Universidad Siglo 21, 2020). Además, los profesionales observaron que los pacientes pudieron compartir experiencias y experimentar sensaciones que no habían tenido anteriormente, logrando una vida social más activa. Asimismo, estos últimos, descubrieron capacidades y desarrollaron potencialidades que hasta el momento no habían tenido en cuenta, mejoraron las interacciones y la capacidad de comunicarse con el entorno a partir del desarrollo de habilidades comunicativas, y comenzaron a tomar sus propias decisiones referentes al funcionamiento del dispositivo, recurriendo al consenso grupal. (Universidad Siglo 21, 2020).

Cabe mencionar, en cuanto a las internaciones, que desde el inicio de talleres realizados en hospital de día, del total de ingresos, sólo pocas personas necesitaron

internación, y se observó que algunos pacientes debieron ser internados en algún momento por una descompensación en su cuadro psicopatológico. (Universidad Siglo 21, 2020). Con este tipo de propuesta, se pretende reforzar este aspecto y colaborar a que las desestabilizaciones de los pacientes sean menores en cantidad y que se disminuya el tiempo de permanencia en la internación. Es decir, que haya menos desestabilizaciones y que el período de internación que requieran también sea menor.

➤ **Marco teórico**

• Capítulo 1: Contexto general de la problemática

Las prácticas de prevención y promoción de salud mental desde la comunidad, es uno de los objetivos perseguidos por los paradigmas emergentes y por las políticas vigentes en Salud Mental en el mundo y en nuestro país. (Bang, 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), desde la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de políticas internacionales en salud mental propone la transformación del sistema manicomial, hasta ese momento en auge, hacia una atención de los padecimientos mentales en comunidad.

A principios del siglo XX comenzaron los cuestionamientos al asilo con el higienismo mental, pero sin lograr modificar los principios de privación de derechos o el modelo de reclusión. Luego, con la segunda guerra mundial confluyeron distintos factores que dieron lugar al comienzo de transformaciones en los modelos asistenciales. Estos factores permitieron el nacimiento de las políticas en salud mental que tratan de suprimir la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social y comunitario de la persona, resguardando sus derechos. (Stolkiner, 2003).

Así, en 1953 la Organización Mundial de la Salud recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando un modelo propuesto por Inglaterra. Simultáneamente se desarrollan experiencias alternativas en diferentes países. (Stolkiner, 2003).

Sobre este proceso, Galende (1990), expresa que en los años cincuenta se fue definiendo un nuevo reordenamiento de la salud mental en el mundo. En Estados

Unidos aparece una nueva patología por el confinamiento. Para contrarrestar la situación, crece en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Así llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria. Por su parte, en Francia, se promulga la reforma sanitaria y la creación de nuevas políticas en Salud Mental. En Italia, se reconstruye la organización de la salud y se instalan las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental.

Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental (Galende, 1990, p.146).

Según Stolkiner (2003), en los finales del siglo XIX, Domingo Cabred, se inspira en las experiencias inglesas para importar el sistema de puertas abiertas y funda la Colonia Nacional de Alienados Open Door. En ella se promueven las actividades productivas al aire libre. Su amplitud de espacio a campo abierto y sin muros visibles estaba destinada a crear una “ilusión de libertad”, según palabras de su fundador, y favorecer la recuperación por contacto con el trabajo y la naturaleza.

La misma autora continúa expresando que así como había sucedido con el modelo asilar y el alienismo, estas tendencias se manifestaron en la Argentina. La ley que crea el Servicio Nacional de Salud Mental en la Inglaterra laborista es el modelo para la creación, en 1957, del Instituto Nacional de Salud Mental en nuestro país. Por su parte, la reforma contenida en el plan Kennedy es retomada por Mauricio

Goldemberg en la dirección del Servicio de Salud Mental del Hospital de Lanús, que extiende su asistencia a las prácticas comunitarias. (Stolkiner, 2003).

Por su parte, Bang (2014), expresa que en Argentina, la nueva Ley Nacional de Salud Mental, promulgada a fines del año 2010, ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria.

Las reformas proponen que las internaciones deben ser necesariamente breves y consideradas una herramienta más de la intervención en la crisis. Debe ampliarse la oferta de formas de internación parcial, como los hospitales de día, y brindarse respuestas a las necesidades de reinserción social a los pacientes externados. (Stolkiner, 2003).

Son significativas las prácticas comunitarias que abordan problemáticas de salud mental desde una perspectiva de prevención y promoción integral en el sistema de salud. Las problemáticas abordadas son principalmente la labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria. Así, desde esta mirada, es posible impulsar prácticas en salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo. (Bang, 2014).

Según Morin (2001), la concepción de sujeto debe ser compleja y en cada persona, el egocentrismo individual se halla englobado en una subjetividad comunitaria más amplia. En este sentido, Najmanovich (2017), menciona que el sujeto se torna complejo ya que es un ser vivo y afectivo en activo intercambio con su medio ambiente que incluye tanto la cultura humana como el ecosistema en su aspecto más amplio.

Así, resulta necesario pensar en modelos de abordajes en salud mental que incorporen una mirada diferente sobre el sujeto y sobre las condiciones de salud y enfermedad. Las nociones de historia y vínculos son los basamentos fundamentales para la construcción de una nueva perspectiva que contemple la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión, capaz de realizar resignificaciones y transformaciones en los modos de pensar, sentir, actuar y vivir en el mundo. (Najmanovich, 2001).

- Capítulo 2: Población

El Servicio de Salud Mental propone un modelo de abordaje focalizado en la relevancia de la comunidad para la promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico. (Universidad Siglo 21, 2020).

Un trastorno mental, también llamado enfermedad mental o enfermedad psíquica, es una alteración en el equilibrio psíquico de una persona, habitualmente vivido como un factor limitante y disfuncional para el normal funcionamiento del individuo en su vida diaria. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Hay dos sistemas establecidos para la clasificación de los trastornos mentales, a saber, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) creado por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) instituido por la Asociación Psiquiátrica Americana. Ambas clasificaciones de los trastornos son distintas, pero presentan puntos de convergencia en sus códigos en las revisiones recientes, de modo que los manuales son comparables en términos generales. Por esto, dichas clasificaciones son ampliamente usadas a nivel mundial. (Murray, Hill y McGuffin, 1997).

De acuerdo con estos sistemas, el trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Tal como señala la misma organización, existe una gran variedad de trastornos mentales, los cuales presentan manifestaciones diversas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre los trastornos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Por su parte, Ezama Coto et al. (2010), plantean que el uso del término trastorno mental tiene, sin duda, mayor trascendencia que el de paciente, ya que es el concepto más utilizado por los profesionales en la práctica, y el oficialmente aceptado por la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud a través del DSM y la CIE respectivamente.

De acuerdo con Valencia Collazos (2007), se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente un tercio de ellas sufren depresión, entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas, de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia, 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse.

Los costos sociales para las personas con trastornos mentales pueden ser significativos en términos de rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades. Además los familiares deben lidiar con varios aspectos como la carga emocional del cuidado del enfermo, el apoyo económico ante la ausencia de trabajo, la cobertura de costos de los tratamientos, así también como gastos de consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos y transporte. (Valencia Collazos, 2007).

Por su parte, Stolkiner (2008), expresa que el padecimiento mental constituye un problema en incremento y que las personas que padecen problemas tradicionalmente abordados por la psiquiatría son víctimas de exclusión y de falta de garantía de derechos.

- Capítulo 3: Reinserción Social y Comunitaria

Se considera que, siendo este concepto uno de los ejes principales del presente escrito, los desarrollos teóricos realizados con anterioridad en diferentes apartados, contienen e incluyen, de alguna manera, las diversas concepciones y nociones que resultan inherentes al constructo reinserción social y comunitaria. Asimismo, se agregará a lo expuesto y mencionado algunas consideraciones adicionales.

Ahumada Alvarado y Grandón Fernández (2015), expresan que el término de reinserción social tiene distintas acepciones ligadas a quien lo utilice y al público al que vaya dirigido. Además, enuncian que el proceso de reinserción social tiene un carácter bidireccional en el cual el sujeto se integra a la sociedad, la cual, a su vez, entrega las facilidades para llevar a cabo este retorno.

Generalmente hablamos de reinserción social en el ámbito penitenciario. Pero no solo se reinsertan en sociedad personas que hayan sido condenadas penalmente, sino también todo aquel que haya sido privado de libertad por algún motivo, como los

ingresados en un hospital psiquiátrico. Estas personas, pueden necesitar de un proceso de reinserción social. (Menéndez Vega y García Gutiérrez, 2018).

Así, se entiende por reinserción social al proceso mediante el cual un individuo, que por algún motivo ha abandonado o sido privado de libertad y de vinculación y participación para con la sociedad, intenta volver a formar parte de la comunidad. (González, 2010).

Se trata de un proceso sistemático que busca transformar aquellos elementos que contribuyeron a que se genere dicha pérdida de libertad, y así impedir y prevenir su recurrencia. (González, 2010).

En los programas de reinserción social se suelen plantear diferentes tipos de talleres, programas de terapia para problemáticas psiquiátricas o para prevenir comportamientos antisociales, orientación laboral y acompañamiento. También pueden incluirse intervenciones familiares, suministro de información y formaciones para preparar al sujeto para la vida cotidiana, y para la asociación y vinculación con recursos comunitarios. Además, el entrenamiento en habilidades sociales es habitual. (Menéndez Vega y García Gutiérrez, 2018).

Reinsertarse en sociedad es complejo, especialmente en aquellas personas que han sido privadas de libertad durante mucho tiempo o que tienen dificultades de ajuste psicosocial. Sin embargo, existen factores que pueden facilitar el proceso como la voluntad y concienciación de la necesidad de cambio, y la presencia de motivaciones personales y metas vitales como la recuperación de relaciones familiares o conseguir trabajo y estabilidad. Además, otros factores predictores de éxito son el apoyo social, la ausencia de conflictos con la familia, y la presencia de una pareja. (Menéndez Vega y García Gutiérrez, 2018).

En relación a los sujetos con trastornos mentales, el éxito de la reinserción social puede ser muy variable dependiendo de cada caso. Esto dependerá de las acciones realizadas, por un lado, de los actores de la salud involucrados en el proceso de reinserción y por otro, de los propios sujetos para alcanzar tal propósito. (Menéndez Vega y García Gutiérrez, 2018).

Redes de contención vincular

La red vincular es una herramienta de transformación social que posibilita el encuentro de aprendizajes y saberes para accionar alternativas a partir de un proceso de construcción que hace visible recursos y potencialidades del contexto para lograr cambios, devolviéndole al individuo y comunidad su rol activo (Goncalves de Freitas y Montero, 2006).

Por lo tanto, según Perilla y Zapata (2009), es necesario descubrir, visibilizar, activar y fortalecer las redes sociales desde un ejercicio de familiarización y vinculación en torno a intereses, necesidades, voluntades y emociones que surgen en el contexto.

Del mismo modo los autores expresan que “las redes sociales son un potencial de empoderamiento individual, pues, al propiciar un espacio conversacional y dialógico, la consecuencia directa es la reflexión sobre las propias prácticas, las de los otros y la interacción de unas y otras.” (Perilla y Zapata, 2009, p.154). Así, se permitiría el reconocimiento del disenso, la búsqueda de consensos y del hacer con otros. En este sentido, el propósito de las redes, es construir una realidad incluyente, en donde coexistan y convivan las diferencias, en la búsqueda de un bienestar integral a partir de vínculos afectivos y relacionales. (Perilla y Zapata, 2009).

La conceptualización del término red se usa generalmente para designar situaciones donde se visualizan acciones e interacciones de individuos y de grupos que

permitan, a las personas involucradas, a hacer frente común a problemas de la vida diaria. Se considera que los soportes sociales son beneficiosos para la contención de la salud de los individuos. Poder contar con los otros es un valor en sí mismo y una forma más eficiente para construir salud. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.).

Según Martínez Nogueira, en Aruguete (2001), una red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre personas que deciden asociar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación cuyas características dominantes son la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

Por su parte, Dabas (2003), expresa que la configuración red social implica un proceso de transformación tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y asincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, que a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo posibilita la potenciación de los recursos que poseen y permite la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

La salud de una comunidad requiere de la participación confluyente de múltiples actores, no basta sólo con los equipos de salud. La participación de los integrantes de la comunidad, y el aporte de otros sectores son imprescindibles para aunar esfuerzos y complementar acciones en pos de la construcción de la salud comunitaria. En este marco, el aporte del funcionamiento en red se constituye en un soporte para dar

respuestas evocando nociones como las de sostén en las caídas o de contención. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.).

Lazos sociales

Freud (1976), define el estatuto del sujeto social a partir de los efectos que se producen en el sujeto por su inclusión en una masa psicológica, inclusión que se caracteriza por el tipo de lazos libidinales e identificatorios que lo estructura. Además, señala que la psicología estudia al ser humano y los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales, pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo.

Las prácticas y acciones de promoción de salud mental comunitaria propician, por un lado, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y por otro, la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades. De este modo se generan las condiciones propicias para la toma de decisiones autónomas y conjuntas sobre el propio proceso de salud. (Bang, 2014).

Autonomía personal

La moderna idea de autonomía individual se atribuye a I. Kant, quien en varias formulaciones caracteriza la autonomía como auto-legislación, pensando que somos autónomos en el sentido de que nosotros mismos legislamos la ley moral. (Sieckmann, 2008).

Por su parte, Martínez Muñoz (2007), expresa que Kant formula explícitamente la autonomía diciendo que la autonomía de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes conformes a ellas.

Siendo un concepto originado en la filosofía, la autonomía es la capacidad de darse normas a uno mismo para poder regular la propia conducta. De este modo se considera autónoma a aquella persona que pueda decidir conscientemente las reglas que van a guiar su comportamiento. Se llega a ser autónomo a partir del ejercicio de la razón que nos permite dirigir los propios actos según los datos que se tiene a disposición, y a partir de ello hacer uso de la propia conciencia moral. (Martínez Muñoz, 2007).

Asimismo Sarabia Arce (2001), define la autonomía como la facultad para gobernarse a sí mismo, es decir la acción de autogobernarse, la cual emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que se considera bueno.

En la autonomía se sigue una regla, un principio, o ley que es interna a la propia conciencia de la persona, que la ha interiorizado mediante un proceso de construcción progresivo y autónomo. La regla es el resultado de una decisión libre, y digna de respeto en la medida que hay un consentimiento mutuo. (Sepúlveda Ramírez, 2003).

Por su parte Morin (2001), menciona que la noción de autonomía humana es compleja porque depende de condiciones culturales y sociales. Para ser uno mismo, hace falta un lenguaje, una cultura, un saber, y que esa misma cultura sea suficientemente variada como para que se pueda realizar, por cuenta propia, la elección dentro del surtido de ideas existentes y así poder reflexionar de manera autónoma. De este modo, la autonomía se nutre de dependencia de una educación, de una sociedad, de un cerebro, y también de los propios genes.

Habilidades adaptativas

Broyna et al. (2006), define a las habilidades adaptativas como las capacidades, conductas y destrezas que una persona adquiere para desempeñarse con mayor o menor éxito, en sus entornos habituales y en sus grupos de referencia. La persona en relación consigo misma y el entorno se proporcionará los apoyos necesarios y desarrollará o fortalecerá habilidades que le permitirán una mejor calidad de vida.

Dichas habilidades adaptativas pueden ser sociales, como la responsabilidad, la vinculación interpersonal, etc; conceptuales, dentro de las cuales se encuentra el lenguaje, el manejo del dinero y de conceptos monetarios; y práctica, como actividades de la vida diaria, habilidades ocupacionales, entre otras. (Broyna et al., 2006).

- Capítulo 4: Taller Psicoeducativo

Ander-Egg (1991), define al taller como un sistema de enseñanza y aprendizaje, que indica un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado, es decir, es un aprender haciendo en grupo, que implica una metodología participativa. En dicha modalidad los objetivos se basan en fomentar la adquisición de destrezas y habilidades que podrán ser aplicadas posteriormente en la práctica.

Continuando con los aportes del autor, la dinámica del taller posee la particularidad de que los participantes se acostumbran a reflexionar y a actuar en grupo. Así, las actividades que se lleven a cabo deben estar vinculadas a la solución de problemas reales o relacionadas a conocimientos, capacidades y habilidades que han de adquirir. De este modo, la función de los participantes será la de asumir una participación activa y responsable con tendencia a trabajar en equipo y la función

principal del coordinador será una actitud de respeto esencial para el desarrollo de relaciones interpersonales positivas. (Ander-Egg, 1991).

La estrategia de intervención, ante la necesidad de implementar acciones que promuevan la reinserción social y comunitaria de los pacientes externados del Servicio de Salud Mental, es la aplicación de un taller psicoeducativo. Este último, conforma un dispositivo grupal, el cual según Del Cueto y Fernández (1968), hace referencia a un agrupamiento que, a partir de un tiempo, un espacio, un número de personas y un objetivo en común, crea las condiciones de posibilidad para que se constituya un grupo.

Por su parte, el taller psicoeducativo que se podría llevar a cabo, debe involucrar una estrategia pedagógica que contenga objetivos y métodos factibles de realizar, a través de un proyecto, comenzando por actividades de menor a mayor dificultad (Ander-Egg, 1991). Para ello, es necesario que se propicie una participación activa de todos los asistentes, eliminando las jerarquías con los coordinadores para abordar una tarea conjunta, donde se haga énfasis en la cooperación y el trabajo en equipo. Asimismo, el taller debe tener una mirada interdisciplinar y un enfoque sistémico (Ander-Egg, 1991).

Los talleres psicoeducativos resultan un dispositivo preventivo por excelencia, ya que apuntan a la transmisión y elaboración de información intentando influenciar un proceso de cambio. Por medio de los mismos se busca potenciar las capacidades y recursos propios de las personas, a favor de su salud y su bienestar. Los talleres representan un dispositivo eficiente para la prevención y promoción de la salud. (Miracco et al., 2012).

A lo largo de los años, los psicólogos han realizado múltiples experiencias de trabajo grupal en prevención en salud mental, bajo la estructura de talleres, en los cuales

se han abordado temáticas relevantes para la prevención, como la autoestima, las habilidades sociales, las relaciones familiares, entre otras. (Herrera, 2003).

Tradicionalmente la denominación taller ha sido utilizada para una diversidad de actividades en el ámbito de la educación no formal. Desde ahí se extendió su utilización a diversos contextos, como los talleres de prevención en salud mental en Centros Comunitarios de Salud Mental, ya que se concibe por “no formal” la posibilidad de trabajar con diversos grupos de la población de forma intencionada, diferenciada y específica, con objetivos explícitos de enseñanza-aprendizaje. Así, su objetivo sería fortalecer habilidades, actitudes y estrategias en los participantes. (Herrera, 2003).

A partir de estas experiencias y de los conceptos que vienen de la educación no formal, donde se sitúan los talleres psicoeducativos, se entiende la palabra taller como un lugar de trabajo y aprendizaje, una opción pedagógica alternativa a un curso o seminario, como una modalidad opuesta a una enseñanza de tipo expositiva o memorística. (Herrera, 2003).

Es así como un taller es definido como una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, a partir de la participación activa de los integrantes en el proceso de aprendizaje que allí se produce. De esta forma el proceso de conocimiento es asumido por el grupo que cuenta con una coordinación de carácter cooperativo. Este aprendizaje se relaciona con la posibilidad de vivir una situación de enseñanza-aprendizaje que prioriza el aprendizaje de actitudes, valores, habilidades, conductas y destrezas relevantes para el desarrollo psicosocial de las personas a partir de un proceso que lleva a las personas a inquirir, indagar e investigar la realidad. (Herrera, 2003).

De este modo, el taller se convierte en un espacio de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación, un camino con alternativas metodológicas diversas, que estimula el aprendizaje, las intersubjetividades y la creatividad. Es un lugar para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. (Herrera, 2003).

Una característica básica de los talleres es que responden a uno o más objetivos que le otorgan sentido y dirigen su proceso. Además, en general, lo constituyen grupos pequeños (6 –20 participantes), conducidos por un líder que ejerce el rol de facilitador del grupo, quien es el responsable de velar para que se logren los objetivos por los cuales el grupo se ha conformado. En los grupos pequeños resulta posible que las relaciones interpersonales sean personalizadas, del tipo “cara a cara” y se observa una mayor cohesión e interacción entre los integrantes, mayor consenso y más oportunidades y tiempo para intervenir. (Herrera, 2003).

Por lo tanto, en definitiva un taller psicoeducativo puede ser definido como un tipo específico de intervención psicoeducativa, que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones a partir de lo que la gente sabe, vive y siente, lo cual constituye temas a desarrollar durante el mismo, permitiendo socializar el conocimiento individual, enriqueciéndolo y potenciando el conocimiento colectivo. (Herrera, 2003).

El trabajo grupal en el abordaje comunitario posibilita, en sus participantes, la reflexión sobre lo cotidiano, incorporando la posibilidad del cuestionamiento crítico. Esto está dado por la posibilidad de encontrarse con otros para pensar, pensarse y

construir futuros posibles conjuntamente, conformando un lazo basado en la solidaridad y el compromiso con el otro, y con la tarea. (Bang, 2014).

De acuerdo a lo expuesto con anterioridad, la creatividad, la escucha y la disponibilidad son herramientas fundamentales para poder tejer alternativas a las problemáticas de salud planteadas. (Bang, 2014).

Así, la misma autora expresa que, siguiendo esta forma de entender la salud mental, las prácticas requieren de estrategias de intervención múltiples como los talleres y otros dispositivos participativos, en donde las acciones se vayan tejiendo de acuerdo a las necesidades, recursos y características de cada población. (Bang, 2014).

➤ **Plan de acción del plan de intervención**

El taller propuesto tiene como destinatarios a personas mayores de dieciocho (18) años, que han sido dados de “alta” del proceso de internación en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua” y que, teniendo la condición de “externados” de dicho servicio, quieran y/o puedan acudir y participar del taller planteado.

Considerando que la cantidad de pacientes externados del Servicio de Salud Mental puede tener variaciones significativas en cuanto a su número, se propone realizar una inscripción previa al taller, la cual tiene condición de libre y gratuita. De este modo, en base al número de inscriptos, se decidirá la cantidad de grupos a conformar. El promedio de asistentes por cada grupo será de quince (15) personas, hombres y mujeres, ya que de acuerdo al autor Ander-Egg (1991), el taller deberá tener un número máximo de participantes. Se considera que esta es una cantidad óptima ya que permite la participación activa y el intercambio mutuo entre todos los asistentes. En el caso que el número de inscriptos supere los quince (15) participantes, se conformará un segundo grupo, hasta un máximo de treinta (30) participantes que dará la posibilidad de conformar dos grupos con la máxima cantidad de integrantes cada uno. En este caso, se planteará la realización del mismo encuentro con las mismas dinámicas por cada actividad propuesta para ambos grupos, en días diferentes de la misma semana.

En caso de que el número de inscriptos supere la cantidad de treinta (30) personas, se tendrá en cuenta como indicador para la extensión del taller en el futuro, contando con mayores recursos, tanto materiales como humanos.

A continuación se detallarán las actividades, los recursos, y el presupuesto para el caso de la conformación de un solo grupo.

Vistos los objetivos propuestos en el plan de intervención, se espera desarrollar los encuentros a razón de uno por semana, durante el lapso de dos meses, hasta completar la cantidad de ocho encuentros. Cada encuentro contará de actividades, que totalizarán un número final de 16 dinámicas. Las mismas tendrán una duración de 40/50 minutos cada una aproximadamente, comprendiendo un total de dieciséis (16) horas. Este se considera un tiempo módico por cada actividad, ya que favorece la concentración plena en la tarea, a la vez que disminuye la fatiga y la dispersión de los participantes que, por sus condiciones y padecimientos subjetivos, ven entorpecida la capacidad de estar abocados durante tiempos prolongados en una misma actividad.

El espacio que se utilizará para llevar a cabo los encuentros será una sala amplia y luminosa, la cual posea: un armario donde puedan guardarse las producciones de los participantes realizadas durante las actividades, un (1) mesón, un (1) escritorio, un (1) pizarrón, dieciséis (16) sillas, un (1) ventilador y un (1) calefactor.

➤ **Actividades**

Encuentro n° 1

En los primeros cuatro encuentros se buscará promover las redes de contención vincular de los pacientes y de este modo fortalecer sus lazos sociales. Para este primer encuentro se ha dispuesto llevar a cabo tres (3) dinámicas.

Tema: presentación; concepto de Reinserción Social y Comunitaria; concepto de Red.

Objetivo general del encuentro: presentar los miembros del grupo e introducir los conceptos de Reinserción Social y Comunitaria, y de Red.

Actividad 1: “Sobre mí”

Materiales: fibrón negro, hojas A4, alfileres.

Tipo de estrategia: presentación grupal a través de una dinámica de presentación cruzada.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- El coordinador dará la bienvenida al taller. Seguido, formará parejas (en caso de ser impares un grupo quedará formado por tres integrantes).
- Cada pareja deberá separarse lo más posible para que no se superpongan las conversaciones y puedan dialogar de manera tranquila.
- Cada pareja tendrá unos cinco minutos aproximadamente para intercambiar información y presentarse mutuamente.

- Deberán compartir los datos que deseen, por ejemplo: nombre, estado civil, edad, hobby, música favorita, etc.
- El coordinador no proporcionará ninguna pauta al respecto, cada persona podrá presentarse como lo desee. Se aclarará que además de presentarse, cada integrante deberá decir a su compañero cuál es la expectativa que tiene en relación a la participación en el taller de Reinserción Social y Comunitaria.
- Se especificará que en el momento de la presentación mutua no se pueden hacer preguntas. Cada uno elegirá cómo presentarse y qué decir.
- Luego, cada miembro de la pareja presentará a su compañero/a ante todo el grupo con los datos que se proporcionaron.
- Una vez realizada la actividad, cada participante recibirá una tarjeta donde podrá escribir su nombre y sujetarlo con un alfiler a modo identificadorio. El coordinador también hará lo propio.

Actividad 2: ¿Con quienes cuento?

Materiales: 20 metros de hilo o lana, un candado con su llave, o bien otro par de objetos que permitan similar complementariedad.

Tipo de estrategia: presentación grupal, puesta en común.

Tiempo estimado: 25 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Es importante que antes de comenzar esta actividad se ubiquen las sillas formando un círculo.

- Se lanzará un ovillo entre los distintos integrantes del grupo quedándose cada uno con un extremo de manera tal que a medida que se desplaza se forme una red.
- Cada persona que reciba el ovillo, dirá una característica positiva suya que crea que puede ofrecer al grupo en este taller.
- Una vez que todo el grupo ha conseguido un extremo del hilo se conformará una red y se preguntará a los participantes: ¿Qué es esto que hemos formado? (red, malla, tejido) ¿Cómo estábamos antes de hacer este juego? (separados). Se dejará un tiempo prudente para que se generen algunas respuestas y comentarios.
- Luego se pondrá en los extremos de la sala un candado y una llave (uno en cada extremo).
- Se le pedirá al grupo que en conjunto, sin soltar el hilo que cada uno sostiene en la mano y sin cambiar sus posiciones, se intente abrir el candado. (la idea es que las personas de los extremos de la sala tomen candado y llave, y los hagan circular hasta que algún participante junte ambos objetos y cumpla la tarea de abrir el candado).
- Por último, se le preguntará al grupo ¿Qué ventajas nos permitió estar en una red? ¿Qué hubiese ocurrido si no hubiésemos estado vinculados? Se abrirá el espacio para que los participantes opinen sobre las ventajas de estar en relación con otros, y luego de unos minutos se cerrará la actividad.

Actividad 3: “Ruido en el mensaje”

Materiales: -

Tipo de estrategia: lúdica, comunicativa, reflexiva.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador solicitará a los participantes que formen una ronda.
- Luego, comentará que quiere hacer llegar un mensaje a todos los participantes.
- Se acercará al primer participante de la derecha y le dirá una frase al oído.
- Se le indicará que pase el comunicado, también al oído, a su compañero más cercano y así sucesivamente.
- Cuando el mensaje llega al último participante, se le pedirá que repita en voz alta lo que escuchó. Inmediatamente, se solicitará al participante que le dimos la consigna al oído, que le comunique a los demás cuál era el mensaje inicial. Ejemplos de mensajes para utilizar: •Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de Salud Pública • Las redes sociales son fundamentales para nuestras vidas • Poder vivir en sociedad y respetar al otro es sinónimo de salud.
- El coordinador trabajará con la distorsión en la comunicación, ya que el mensaje final suele ser muy diferente al enunciado en un principio.
- Esta dinámica sirve para introducir una breve reflexión sobre la importancia de escucharnos, de cara al desarrollo del taller. Resulta de utilidad como puerta de entrada a la temática del taller, ya que permite discutir y comentar el significado de la frase que inició el ejercicio.

Encuentro N° 2

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) dinámicas.

Tema: imagen personal; formas de expresarse.

Objetivo general del encuentro: distinguir la importancia de la presentación personal y trabajar los prejuicios y supuestos en relación al concepto de “estigmatización social”.

Actividad 4: “Que proyecta mi imagen”

Materiales: fibrón negro para pizarra, lápices negros, lápices de colores, hojas A4, hoja para actividad (ver anexo 1).

Tipo de estrategia: gráfica, reflexiva.

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Se introducirá el tema de la actividad comentando la relevancia de la presentación personal y la imagen que proyectamos a través de ésta.
- Es importante destacar que a la hora de presentarse se tengan en cuenta ciertos aspectos personales propios como nombre, apellido, ocupación en caso de tenerla, de donde se proviene, etc, por delante de la presentación de la enfermedad que estigmatiza y la cual cumple, en muchas oportunidades, la función de rótulo, dejando por detrás la subjetividad. De todos modos, se podrá hacer mención a la enfermedad que se tiene, pero como un aspecto más entre muchos otros del propio sujeto.

- Se entregará a cada participante una hoja en blanco y se solicitará que dibujen elementos que son importantes para su presentación personal ante una situación de entrevista de trabajo que se daría al día siguiente. El coordinador tendrá a disposición material que le servirá de apoyo para el desarrollo de la actividad. (Ver Anexo 1).
- Los participantes dispondrán de 20 minutos para realizar el dibujo individual.
- Luego se le pedirá a los participantes que formen grupos de 4 personas y comparen sus dibujos y se realizarán las siguientes preguntas: ¿Hay cosas importantes que usted olvidó y que el compañero destacó? Cada grupo deberá construir un solo listado con los elementos más importantes.
- Se pedirá a los grupos que compartan el listado construido. El coordinador deberá ir enfatizando la importancia de los elementos apuntados e ir generando discusiones en función, por ejemplo, de lo que podría pasar si olvido algún elemento. Por ejemplo: ¿Qué impresión puedo dar si llegara a la entrevista sin lápiz ni papel y no tuviera dónde apuntar un dato importante como una fecha para una próxima entrevista? ¿Qué impresión puedo dar si llegara a la entrevista con vestimenta informal? (impresión: persona desordenada, olvidadiza, poco interesada en el trabajo, etc.). Se tomarán en cuenta ciertos aspectos como: vestimenta acorde al contexto, aseo personal, orden en los documentos, etc.
- El coordinador motivará al grupo para que se establezcan reflexiones respecto del ejercicio planteado, centrándose en cómo se puede mejorar la presentación personal y en cuáles son los elementos que podrían intervenir en la generación de prejuicios por parte de los otros.

- Se anotarán en el pizarrón las conclusiones obtenidas y se hará una conclusión grupal puntualizando la importancia de la presentación personal que considere a la persona por delante de aspectos que estigmatizan.

Actividad 5: ¿Formal o informal?

Materiales: recorte de noticias de prensa, hoja para actividad (ver anexo 2).

Tipo de estrategia: lectura de noticias, comunicativa, puesta en común.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Para dicha actividad el coordinador deberá recopilar con anticipación recortes de noticias que puedan resultar de interés para los participantes.
- El coordinador planteará una introducción al grupo acerca del uso de lenguajes formales e informales. Ejemplo: “existen temas sobre los cuales podríamos hablar con desconocidos: preguntar la hora, comentar el tiempo, conversar de actualidad. Otros temas los compartimos sólo con gente que conocemos. Hay cosas que no comunicamos a un nuevo conocido, pero sí a un amigo. Hay cosas que hablamos sólo con amigos íntimos. Esta manera de comunicarnos con otros está relacionada con dos tipos de lenguaje, el formal y el informal. El primero alude a un cuerpo organizado de palabras, que utilizamos en contextos donde no existe intimidad ni cercanía con el otro y el informal apunta a una comunicación más coloquial.”

- Luego de esta breve introducción, se dividirá al grupo en pares y se les repartirá a cada pareja una noticia de prensa para que discutan en un lenguaje informal. (En caso de ser impares un grupo quedará formado por tres integrantes).
- Transcurridos 10 minutos, se les interrumpirá y se planteará que continúen con la conversación, pero esta vez utilizando un lenguaje formal, durante 10 minutos más.
- Luego, el coordinador pedirá a cuatro participantes, quienes trabajarán de a pares, que voluntariamente representen el ejercicio de conversación informal. A medida que desarrollan el diálogo, el coordinador pedirá aleatoriamente al resto de los integrantes que traduzcan algunas frases informales a un lenguaje formal.
- Es importante que el coordinador pueda sugerir conductas y lenguajes formales a partir del ejercicio, indicando en cada caso alternativas que aportan a formalizar la comunicación. Se podrá usar, para este fin, los contenidos de la hoja “Lenguaje formal/informal” (ver anexo 2) como una guía.
- Para finalizar la actividad, se realiza una puesta en común en torno a ciertos interrogantes: ¿Con qué tipo de lenguaje se sintió más incómodo, por qué cree que le costó más? ¿Qué información se entregó a través del lenguaje informal? ¿Qué tipo de información entregó a través del lenguaje formal? ¿Qué elementos debe observar para saber cuál tipo de lenguaje debe escoger? ¿Qué factores facilitan o inhiben un tipo de lenguaje? ¿Qué hechos favorecen o inhiben un adecuado proceso comunicativo?
- Por último, el coordinador concluirá la actividad recordando la importancia de distinguir entre los contextos formales e informales para comunicarse con otros, y explicar la importancia del uso del lenguaje en diferentes contextos como medio fundamental en el proceso de socialización.

Encuentro N° 3

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) dinámicas.

Tema: Normas sociales; Derechos Humanos

Objetivo general del encuentro: reconocer las normas sociales para respetar los propios derechos y los de terceros.

Actividad 6: ¿Reclamo mis derechos?

Materiales: lapiceras negras, tarjetas de juego para la actividad (ver anexo 3, 4 y 5).

Tipo de estrategia: lúdica.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador iniciará el encuentro comentando brevemente la importancia de hacer valer los propios derechos, enfatizando la importancia de la asertividad a la hora de reclamar un derecho (ver anexo 4).
- El coordinador aclarará que la idea de esta actividad es poder discutir sobre las opiniones que realmente tenemos, a fin de evitar que los beneficiarios respondan por deseabilidad social.
- Luego, se dividirá a los participantes en grupos de 4 personas. Cada grupo recibe una tarjeta de juego (ver anexo 3) que describe una situación de vulneración de derechos. Frente a esto, se invita a los participantes a debatir para decidir si reclaman su derecho, dejan pasar la situación porque es mejor evitarse un lío, o asumen una discusión acalorada para expresar su molestia.

- El coordinador deberá favorecer que los participantes se animen a compartir la reacción natural que tendrían en estas situaciones, más allá de la deseabilidad social.
- Cada grupo representará la situación en un role playing y justificará su decisión frente a todos los participantes. El coordinador podrá sugerir conductas y alentar a que el grupo pueda proponer correcciones o alternativas a las conductas observadas de los actores.
- Luego, el coordinador hará un análisis de las 4 situaciones haciendo notar que siempre es posible buscar una forma adecuada para hacer valer los derechos, y en la posibilidad de hacer peticiones en lugar de quejas, recordando algunas claves que resulten importantes de considerar (ver anexo 4).
- A continuación se le pedirá a uno de los grupos que reformule su respuesta en base a las claves para formular una petición (ver anexo 4).
- Pida al resto de los participantes que ayuden a construir una petición clara y asertiva que ayude a demandar el respeto por sus derechos.
- El coordinador solicitará a los participantes que completen una hoja (ver anexo 5: “Cómo formular adecuadamente una petición para reclamar mis derechos”).
- Por último el coordinador recogerá comentarios sobre lo aprendido en dicha actividad.

Actividad 7: “El escrúpulo de los derechos”

Materiales: tarjetas para actividades (ver anexo 6 y 7).

Tipo de estrategia: comunicativa.

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Siguiendo con la temática de la actividad anterior, el coordinador hará un breve comentario al tema de los derechos, explicando su utilidad y haciendo énfasis en que estas garantías mínimas, aunque parecen demasiado generales, se ponen en práctica cotidianamente en distintas situaciones en las que nos relacionamos con otros. Se leerá la hoja de “Derechos y Normas Sociales” (ver anexo 6).
- El coordinador recogerá comentarios de los participantes respecto del tema.
- Se entregarán las “Tarjetas de escrúpulos” (ver anexo 7), que exponen una situación cotidiana que involucra vulneraciones de derechos de terceros. El coordinador deberá repartir una tarjeta a cada uno de los participantes y pedirles que la lean en silencio.
- A continuación, el coordinador pedirá, por turnos, que cada participante escoja a otro integrante del grupo para hacer que se imagine enfrentando una de las situaciones descritas en la “tarjeta de escrúpulos”. Leerá la tarjeta en voz alta y preguntará al compañero elegido ¿Qué harías tú si...? El participante interpelado explica a todos su reacción y el grupo evalúa ¿Le cree o no le cree? ¿Qué haría usted en su lugar?
- Luego el coordinador pregunta en voz alta ¿Qué derecho fue vulnerado? ¿Cuál sería la norma social que regula esa situación? ¿Qué pasaría si me hicieran lo mismo a mí? Finalmente destaca algunas claves de comportamiento.
- Por último el coordinador y el grupo revisan los aprendizajes del encuentro, centrando la conversación en la importancia del respeto cotidiano por los derechos de tercero.

Encuentro N° 4

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) dinámicas.

Tema: redes vinculares.

Objetivo general del encuentro: reconocer la importancia de establecer vínculos con otros, (personas o instituciones) para la consecución de los distintos desafíos asociados a la reinserción en la comunidad.

Actividad 8: La telaraña colectiva

Materiales: lapiceras negras, fibrón negro para pizarra, tarjetas de papel, hojas A4, cinta adhesiva tipo scotch, hoja para la actividad (ver anexo 8).

Tipo de estrategia: puesta en común, reflexiva.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Previo a que los integrantes del taller lleguen, el coordinador deberá dibujar en todo el pizarrón una telaraña.
- El coordinador iniciará la actividad realizando una analogía entre las redes que tejen las arañas y las redes sociales comentando un hallazgo científico: “La red de la Araña Corteza de Darwin” (ver anexo 8).
- A continuación se repartirán tarjetas de papel en blanco a los participantes y se les solicitará que escriban en ellas, una institución o grupo que conformen parte de la red de apoyo que podría serle útil en su proceso de retorno a la comunidad.

- Luego, se le solicitará a cada persona que pase adelante y comente a los participantes la institución o el grupo que han escogido y por qué lo han elegido. Los participantes van explicando sus papeles y pegándolos en la telaraña dibujada.
- Para evitar que se repitan las instituciones, el coordinador puede preguntar, una vez terminada la presentación de un participante, quién más escogió ese grupo/institución y por qué lo hizo.
- Es necesario dejar que los participantes vayan pegando todas las tarjetas, inclusive aquellas que representen grupos que no necesariamente resulten un aporte que se considere positivo para el retorno a la comunidad, como por ejemplo, grupos de pares drogadictos. Si los actores de influencia negativa no aparecen en el discurso del grupo, el coordinador puede preguntar por ellos abierta y directamente a los participantes, una vez que todos han comentado sus instituciones seleccionadas.
- Una vez armada la telaraña colectiva, el coordinador solicitará a los participantes que observen la red e introducirá una reflexión en torno a las siguientes preguntas: ¿Es una red fuerte? ¿Es una red flexible? ¿Qué necesidades satisface? ¿Qué grupos/instituciones podrían brindar un apoyo más inmediato? ¿Cuáles brindarían un apoyo más a largo plazo? ¿Es una red funcional? ¿Funcional a qué?
- En este punto es importante revisar la existencia de grupos que podrían representar riesgos para su propia persona o que sean negativas para generar redes de vinculación funcionales a la reinserción social. ¿Qué grupos podrían hacer peligrar con su presencia toda la red de la telaraña? ¿Por qué?

- El coordinador invita a completar una hoja, utilizando como referencia la información que ha quedado plasmada en la telaraña, seleccionando sólo aquellas instituciones o grupos que sirven a la reinserción social de cada participante, e incluyendo otros grupos o actores particulares de cada sujeto. Se invita a revisar la información completada en función de las siguientes preguntas: ¿Qué necesidades me ayudan a resolver las instituciones que identifiqué? ¿Estoy cubriendo las necesidades más importantes? ¿Con cuál de las instituciones/grupos identificados será prioritario tomar contacto?
- Finalmente, el coordinador solicitará a cada participante buscar información acerca de cada institución y completar en la misma hoja, algunos datos importantes de dicha institución (número de teléfono, dirección, etc.) para tener en caso de necesidad.

Actividad 9: “Planificando un trámite”

Materiales: lapiceras negras, hojas A4, hojas para la actividad (ver anexo 9 y 10).

Tipo de estrategia: debate.

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador iniciará la actividad preguntando a los integrantes ¿Qué experiencias negativas han tenido en el momento de realizar algún trámite?
- Luego, dará la palabra a los voluntarios que quieran compartir su experiencia con el grupo y propondrá un breve debate respecto de la necesidad de preparar la realización de trámites para evitar experiencias negativas.

- A continuación se introducirá el tema de la planificación explicando que, así como es necesario planificar para poder realizar actividades colectivas, la relación con las distintas instituciones que pueden favorecer la reinserción a la comunidad, también debe planificarse. Se leerá la hoja de “Planificación y procedimientos administrativos” (ver anexo 9).
- A continuación se solicitará a los participantes que seleccionen una institución o programa social que conozcan y que respondan a las siguientes preguntas: ¿Qué voy a obtener de esa institución/programa social? ¿Cuál es mi meta? ¿Qué es lo que debo hacer para lograr la meta? Si no tengo claro cómo realizar el trámite ¿Cómo puedo obtener información al respecto? ¿A quién podría preguntarle cómo hacerlo? ¿Cuándo podría preguntarle? ¿Qué necesito para realizar dicho trámite? Quien lo requiera, podrá escribir las respuestas en una hoja para luego ser compartidas.
- El coordinador comentará algunas cuestiones a tener presentes para favorecer la realización de un trámite (ver anexo 10).
- Por último se realizará una síntesis acerca de la importancia de planificar los trámites para acceder a los beneficios disponibles en la comunidad, recordando que al tratarse de procedimientos administrativos, el acceso a estos beneficios no necesariamente serán inmediatos. Se concluye la sesión rescatando comentarios voluntarios sobre lo trabajado.

Encuentro N° 5

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) dinámicas.

Tema: autoconocimiento; autoestima.

Objetivo general del encuentro: identificar las diferencias que existen entre lo que se cree que se es, y cómo me perciben los demás.

Actividad 10: “¿Cómo soy realmente?”

Materiales: lapiceras negras, hojas A4.

Tipo de estrategia: reflexiva, debate.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Instrucciones para el Coordinador:

- Se entregará a cada participante tres hojas en blanco, y se les otorgará unos minutos para que cada uno escriba en una de ellas 10 características que creen poseer.
- Luego se les pedirá que escriban, en otra hoja, cuáles son las características que las otras personas consideran que poseen (en lo posible 10).
- La tercera hoja deberá ser completada por el resto de los integrantes. En la misma podrán escribir características del dueño o dueña de la hoja.
- Cuando termine la dinámica, cada persona deberá tener 3 hojas completas con características acerca de tres aspectos: cómo soy, cómo creo que me perciben y cómo me perciben.

- Luego se pasa a una etapa de reflexión y debate, en donde los participantes puedan visualizar las diferencias acerca de cómo creen que son, cómo creen que los perciben y cómo son percibidos.
- Algunas preguntas para tener en cuenta en el debate son: ¿Los perciben como creen que son o hay diferencias? ¿Si hay diferencias, por qué creen que es? ¿Puede ser que la mirada de los demás es parcial? ¿Qué opinan acerca de cómo somos, de acuerdo a un espacio y tiempo determinado? ¿Nos comportamos igual en este espacio que en nuestra casa?

Actividad 11: “Mirando-nos”

Materiales: un espejo grande.

Tipo de estrategia: reflexiva, comunicativa.

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador expresará la consigna: “En esta actividad cada uno de los participantes se pondrá frente al espejo e intentará responder algunas de las preguntas que se realizarán”.
- El espejo deberá situarse en un sitio que sea cómodo e ir haciendo preguntas del tipo: ¿Qué ves en el espejo? ¿Lo conoces? ¿Qué cosas buenas tiene esa persona? ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona? ¿Cambiarías algo de la persona del espejo?

- El coordinador tendrá que poner énfasis en los aspectos positivos que observa la persona en el espejo.
- Luego, cada integrante compartirá con los demás miembros del grupo lo que se quiera mencionar, a modo de propiciar un intercambio de información para saber si los demás están de acuerdo con lo mencionado por su compañero, qué cosas ven los otros en él que no haya dicho, etc.
- En caso de que no surja ninguna cualidad positiva, los demás participantes tendrán que enunciar los aspectos que ellos consideran positivos.
- Al final de la actividad se reflexionará sobre las diferentes inquietudes que emergieron de las actividades teniendo en cuenta algunos interrogantes: ¿Cuáles fueron los aspectos más significativos? ¿Los positivos o los negativos? ¿Cuáles de ellos son más fáciles de identificar?

Encuentro N° 6

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) dinámicas.

Tema: formas de ayudarse.

Objetivo general del encuentro: identificar recursos (personas, estrategias, alternativas) que ayuden a enfrentar diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Actividad 12: “Mapa de redes”

Materiales: lápices negros, gomas de borrar, hojas A4, hoja para la actividad (ver anexo 11).

Tipo de estrategia: puesta en común.

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Se hará entrega a cada participante de una hoja denominada “Mapa de redes” (ver anexo 11).
- A continuación, se solicitará a los integrantes que ubiquen en el círculo central de dicha hoja su nombre.
- Alrededor del círculo deberán ser colocadas aquellas personas que conformen su red explicitando el nombre y la relación que tiene con cada una. Mientras más cercana es esa relación, se deberá ubicar el nombre más cerca del centro y cuanto más lejana, lo ubicará en la periferia.
- Luego, se le pedirá a los participantes que compartan con el resto de sus compañeros una breve descripción de sus redes. Además deberán relatar por qué

esas personas son importantes en su vida cotidiana y cómo podrían ayudarlo en su proceso de integración social. Es posible que en algunos casos algunas figuras significativas no contribuyan a la integración social. Es importante identificar a aquellos que podrían facilitar un retorno a la comunidad.

- Se pedirá a los integrantes que elijan a dos personas de la red que hayan dibujado en su mapa. Preferentemente deberá elegirse a aquellos con quienes tiene una relación cercana y que podrían ser figuras positivas para acompañarlo en su proceso de reinserción en la vida cotidiana y se harán las siguientes preguntas ¿Cómo puede apoyarlo esta persona en su vida cotidiana? ¿Qué puede ofrecer usted a esa persona? ¿A quienes le gustaría integrar a su red?
- Finalmente se hará un cierre de la actividad con una reflexión en torno al tema trabajado, teniendo en cuenta algunas consideraciones tales como: las personas viven en interacción con otros; cada uno cuenta con una red personal; las redes nos ayudan a sentirnos integrados, ya que formamos parte, y son espacios para dar y recibir ayuda; nuestras redes están compuestas por familiares, amigos y otras personas significativas, y pueden ser espacios de solidaridad ante las dificultades y tensiones que enfrentamos.

Actividad 13: “Situaciones cotidianas”

Materiales: fibrón negro para pizarra, lapiceras negras, hojas A4, tarjetas para la actividad (ver anexo 12).

Tipo de estrategia: lectura, puesta en común.

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Se iniciará la actividad formando 5 grupos, repartiendo a cada grupo una “Tarjeta de situaciones cotidianas” (ver anexo 12). Además se entregarán, a cada grupo, hojas en blanco.
- Se leerán las tarjetas y se pedirá que comenten, dentro de cada grupo, opiniones sobre las diferentes situaciones. Seguido a eso, escribirán lo comentado en las hojas, anotando también acciones o actividades que pudiesen permitirles disminuir situaciones de riesgo para su bienestar.
- Mientras tanto, el coordinador escribirá dos columnas en el pizarrón. Una columna corresponderá a “situaciones para las que requiero ayuda de otros” y la otra a “situaciones que puedo resolver solo”.
- Luego de haber escrito la hoja, se realizará una puesta en común y pasarán, por turnos, un integrante por cada grupo a escribir las situaciones en la columna del pizarrón que se crea correspondiente.
- Una vez ubicadas todas las situaciones en el pizarrón, en aquellas que se requieren de otros, se deberá establecer qué tipo de ayuda y a quién se podrá solicitar dicha ayuda. En el caso de situaciones que pueden resolverse autónomamente, se reconocerán los caminos de acción para conseguir reducir la tensión.
- Se concluirá realizando un comentario sobre la importancia de anticiparnos a situaciones que representan un riesgo y de distinguir si requieren o no del apoyo de otros para enfrentarlas. Se retomará, además, la importancia de identificar acciones que permitan enfrentar situaciones y reducir el estrés.

Encuentro N° 7

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo una (1) dinámica.

Tema: emociones.

Objetivo general del encuentro: discriminar las emociones que generalmente se experimentan en la interacción con otros y ejercitar formas adecuadas de gestionarlas.

Actividad 14: “Leyendo las emociones”

Materiales: fibrón negro para pizarra, tarjetas para la actividad (ver anexo 13 y 14).

Tipo de estrategia: reflexiva, puesta en común, actuación.

Tiempo estimado: 120 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador dará la bienvenida y entregará la palabra para que voluntariamente los participantes realicen comentarios respecto a sus conocimientos sobre las emociones, animándolos a participar.
- Se escribirán en el pizarrón algunas emociones comentándolas brevemente y se leerá, a modo de introducción la hoja “sobre la gestión de las emociones” (ver anexo 13).
- Los participantes seleccionarán colectivamente por votación, tres de las emociones, eligiendo entre las emociones leídas, que consideran más importantes de aprender a gestionar.
- Luego se invitará voluntariamente a participar en un role playing para representar las emociones seleccionadas. Las situaciones para la actuación se

sacarán de las “tarjetas de situaciones según emociones para role playing” (ver anexo 14).

- En un primer momento se realizará el role playing de cada una de las emociones elegidas.
- Luego se realizará un segundo role playing, pero esta vez teniendo en cuenta las acciones sugeridas para cada emoción.
- Una vez realizados ambos role playing, se analizan los cambios experimentados, centrándose en cómo se sintieron, qué diferencias notaron, y cómo fue su lectura de la emoción. Además se preguntará a los participantes si se les ocurre otras formas distintas de las sugeridas, de gestionar las emociones.
- Se realizará una reflexión acerca de cómo gestionar las emociones. Se deberá tener presente que si bien se trabajó sobre sugerencias de acciones para cada emoción, cada persona puede encontrar otros modos que también son válidos y que responder a ellas adecuadamente puede ayudar a resolver conflictos.
- Finalizando, se solicitará a cada integrante que identifique una de las emociones que recurrentemente le cuesta gestionar y se invitará a imaginar una situación personal, pensando que hizo con esa emoción y cómo podría haberlo hecho mejor.
- Por último se harán algunos comentarios sobre el punto anterior y se cerrará de este modo la actividad.

Encuentro N° 8

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) dinámicas.

Tema: empatía; reflexiones finales y cierre del taller.

Objetivo general del encuentro: reconocer emociones en otros, haciendo énfasis en la empatía; y reflexionar respecto a lo aprendido en el taller.

Actividad 15: “Esculpiendo emociones”

Materiales: tarjetas para la actividad (ver anexo 15).

Tipo de estrategia: corporal, reflexiva.

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Se pedirá a los participantes que se organicen en pares y se sienten formando un círculo.
- Los participantes irán pasando alternadamente al centro del círculo. Uno de los integrantes deberá asumir el papel de escultura y el otro de escultor.
- El escultor tomará la “Tarjeta de emociones” (ver anexo 15), las leerá en silencio, seleccionará una y devolverá la tarjeta al coordinador.
- El escultor deberá hacer una escultura “utilizando” el cuerpo de su compañero. La escultura deberá representar la emoción que ha leído en su tarjeta.
- Se le pedirá al escultor que se centre en la expresión facial de su escultura, en los gestos y la postura del cuerpo para hacerla más ilustrativa. También podrá hacer breves comentarios referidos a su emoción, sin mencionar alguna palabra que

aluda directamente a dicha emoción. Por ejemplo, si se toma la emoción entusiasmo, se podría mencionar “¡Qué lindo mármol para trabajar!”.

- Luego, se pedirá a la escultura mantener la posición asumida, un tiempo breve una vez que el escultor haya terminado su trabajo.
- Observando el resultado del trabajo realizado, el coordinador invitará al grupo a identificar la emoción representada. El grupo puede hacer comentarios y opinar para modificar la forma de la escultura.
- El coordinador terminará la actividad comentando la importancia de reconocer las emociones a través de la observación de los gestos del cuerpo y de la atención puesta sobre algunas expresiones verbales.
- Finalizando, el coordinador pedirá a los integrantes que piensen en las últimas veces en que han estado con alguna persona significativa y que trate de recordar: ¿Cuál era la expresión física que tenía esa persona? ¿Qué emociones creen que se podían reconocer?
- Se destinarán algunos minutos para quienes quieran comentar lo recordado.
- Por último, se cerrará la actividad haciendo referencia a la importancia de ser empático con las emociones de los demás como herramienta para lograr un mejor vínculo.

Actividad 16: “Exposición de aprendizajes”

Materiales: cañon proyector de imágenes, lápiceras negras, lápices de colores, afiches, tarjetas de distintos colores, fibrón negro, fibrones de colores, cinta adhesiva tipo scotch.

Tipo de estrategia: reflexiva, debate.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador:

- Antes del inicio de la actividad, se pegarán, rápidamente en las paredes de la sala, 16 afiches correspondientes a cada una de las actividades desarrolladas en el taller.
- En la parte superior de los afiches se pondrán los nombres de cada una de las actividades. Los afiches deberán ser organizadas asemejando un espacio similar a una muestra artística. Se podrán agregar fotos de los diferentes encuentros, alguna producción realizada en alguna actividad, u otra cosa que permita al participante recordar alguna experiencia. Cada afiche deberá tener un espacio suficiente para que los participantes peguen una tarjeta.
- Se iniciará la actividad mencionando que es la última del taller “Reinserción Socio Comunitaria”. Seguido, se indicará al grupo que ésta es una exposición. Así como los artistas muestran sus obras y creaciones, en esta oportunidad, este grupo estará exponiendo sus resultados.
- Como todos forman parte de esta “creación” deberán poner sus aportes antes de que esta exposición se abra al público general. Para ello se pedirá a cada integrante que pase por las 16 “obras”, las observe y trate de recordar lo aprendido en cada una. Podrán conversar con el resto de sus compañeros y ayudarse a recordar.
- Se entregará una tarjeta a cada participante y, a partir de lo recordado, se solicitará completarla con alguna frase, comentario, recuerdo, etc, relacionado con alguna actividad o momento transcurrido durante el taller.

- Se pedirá firmar las tarjetas con los respectivos nombres, así como todo artista lo hace.
- El coordinador indicará al grupo que, quien desee, podrá compartir el contenido de su tarjeta. Una vez que el participante la lee, la pega en el afiche que corresponda al encuentro en donde surgió dicho recuerdo. Aquellos que no deseen leerlas, también pegarán sus tarjetas.
- A continuación, el coordinador solicitará a los participantes que se sienten disponiendo sus sillas en un círculo.
- Luego invitará al grupo a reflexionar en torno a los siguientes interrogantes, compartiendo sus experiencias. ¿Qué he aprendido en este taller? ¿Qué fue lo que más disfruté de este taller? ¿Qué es lo que no me gustó? ¿Qué he dado y qué he recibido durante mi participación en este taller? ¿Cuál es mi mayor desafío en la vida en sociedad?
- Por último, se realizará una presentación de power point con momentos y fotos de los diferentes encuentros del taller. Se dejará unos minutos finales para el saludo de despedida.

➤ **Diagrama de Gantt**

Actividades	Duración	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
Nº 1	40 min.								
Nº 2	25 min.								
Nº 3	45 min.								
Nº 4	50 min.								
Nº 5	60 min.								
Nº 6	60 min.								
Nº 7	50 min.								
Nº 8	60 min.								
Nº 9	50 min.								
Nº 10	45 min.								
Nº 11	45 min.								
Nº 12	50 min.								
Nº 13	50 min.								
Nº 14	120 min.								
Nº 15	50 min.								
Nº 16	60 min.								

➤ **Recursos**

La institución cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura hospitalaria. A continuación, se detallarán aquellos que estarán disponibles para la realización de los encuentros del taller:

Salón amplio e iluminado equipado con:

- un armario
- un mesón
- un escritorio
- un pizarrón para fibrones
- sillas para dieciséis personas
- un ventilador
- un calefactor.
- cañon proyector de imágenes
- un espejo grande

➤ **Presupuesto**

Entre los materiales no provistos por la institución será necesario adquirir los siguientes:

Materiales	Cantidades	Costo estimado
Lápices negros	20	\$350
Lápices de colores	20	\$300
Lapiceras negras	20	\$400
Fibrón negro	2	\$40
Fibrones de colores	5	\$250
Fibrón negro para pizarra	2	\$80
Resma de papel A4 70 gramos	1	\$300
Afiches de colores	16	\$480
Cinta adhesiva tipo Scotch	1	\$35
Alfileres	25	\$50
Ovillo de hilo o lana (x 20 metros)	1	\$80
Tijeras	1	\$100
Gomas de borrar	3	\$75
Candado chico con llave	1	\$230
Total		\$2.270

En cuanto a los recursos humanos, deberá contarse con un coordinador (Lic. En Psicología) cuyas funciones son: la planificación del proyecto, la realización del plan de acción y la evaluación de las actividades.

Teniendo en cuenta la modalidad de taller psicoeducativo adoptada para llevar a cabo el presente plan de intervención, será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales, el valor fijado para la conducción o coordinación de espacios de formación.

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno N°008/19 que el honorario mínimo ético profesional para la conducción o coordinación de espacios de formación es igual a: \$1570 - mil quinientos setenta pesos.

➤ **Evaluación**

Con el objetivo de conocer el impacto y los resultados obtenidos a partir de la realización del taller de Reinserción Socio Comunitaria para pacientes externados del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, se han diseñado una serie de evaluaciones cuyas respuestas permitirán tener noción de la efectividad o no del mismo, y que aspectos han de mejorarse.

La metodología seleccionada para llevar a cabo la evaluación de resultados será Pre-Post test, a través de la administración de un cuestionario a cada integrante del taller al inicio del proceso y otra al final del mismo. Luego se colocarán los datos obtenidos en cada test en una matriz y se compararán los resultados. Para la administración de los cuestionarios, se destinará el tiempo necesario antes de la primera actividad. Se efectuará un procedimiento similar en el último encuentro.

Además, se realizará un seguimiento a partir de la realización de una nueva evaluación de impacto a los dos meses de la finalización del taller, para cotejar si se evidenciaron cambios significativos en los datos recabados, en relación al proceso de reinserción social y comunitaria de los integrantes del taller.

En anexos se incluye la Matriz de Evaluación de Impacto (ver anexo 16)

En anexos se adjunta el cuestionario que se realizará previa y posteriormente al taller, cuya posibilidad de respuesta es “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “casi siempre”, y “siempre” para tener una noción del proceso de reinserción social y comunitaria de la población seleccionada (ver anexo 17).

Además, se adjunta en anexos, el cuestionario para ser respondido una vez superado los dos meses de la realización del taller, en donde se deberá responder por “sí” o “no” en relación a los enunciados (ver anexo 18).

➤ **Resultados esperados**

Con el presente plan de intervención se pretende contribuir a favorecer la reinserción social y comunitaria de los pacientes que asistieron al servicio de Salud Mental del Hospital San Antonio de Padua, tratando de fortalecer lazos sociales, los cuales la mayoría de las veces se presentan lábiles e insuficientes, y de ese modo poder incrementar la revinculación y el sostenimiento de la salud mental en el medio social.

Así, podría generarse un impacto positivo, tanto en la reducción de desestabilizaciones de los pacientes y en la disminución del tiempo de permanencia en la internación, favoreciendo el aumento de la calidad de vida de las personas al disminuir las recaídas y/o reingresos.

A partir de las dinámicas de trabajo planteadas en el plan de acción, se trabajarán ciertas nociones con el objetivo de aprender o recuperar habilidades específicas que permita a los pacientes lograr autonomía e independencia y fomentar la conexión con los otros y consigo mismos.

En definitiva, lo que se pretende es que todos los participantes incorporen herramientas para incrementar sus posibilidades de relacionarse interpersonalmente y brindar la oportunidad de establecer vínculos, los cuales se convierten en un sostén diario.

➤ **Conclusión**

Se advierte que sobre la elaboración del plan de intervención es posible realizar un análisis crítico, teniendo en cuenta ciertos aspectos como limitaciones, fortalezas, recomendaciones, ajustes y mejoras de la propuesta planteada.

Se considera que una de las limitaciones presentadas, es que el taller se dirige hacia pacientes mayores de dieciocho (18) años. Visto que la problemática engloba a diferentes franjas etáreas, sería pertinente la realización de una propuesta para pacientes menores de la edad contemplada.

Por otro lado, la imposibilidad de haber tenido acceso a la institución, planteó una limitación metodológica de la propuesta, ya que, de haberse podido concurrir al Hospital, podría haberse obtenido mayor riqueza en los datos.

Por su parte, en relación a las fortalezas, la perspectiva de la Salud Mental desde la cual se abordó el Proyecto de Intervención, posibilita un modo diferente de comprender el padecimiento psíquico, reconociendo los diferentes factores que emergen en la complejidad del ser humano y que posibilitan intervenciones a partir de un abordaje integral y comunitario, acordes a la problemática planteada. Además, las normativas nacionales y provinciales vigentes en Salud Mental, respaldarían el plan propuesto permitiendo dar garantías y un marco legal.

Haber podido lograr cierta coherencia y pertinencia en la delimitación del problema de intervención, como en el desarrollo del plan de acción, es considerada una fortaleza del presente proyecto. No obstante, este proyecto de aplicación puede ser mejorado en cuanto a la matriz de evaluación de impacto. En este sentido, podría establecerse una evaluación posterior a la duración del taller, con algún tipo de escala que valore algunos aspectos psicológicos como por ejemplo habilidades sociales,

autoestima y/o conducta asertiva, entre otras; con el fin de establecer si la intervención afecta positivamente la calidad de vida del paciente.

A su vez, un posible ajuste de mejora en el desarrollo del taller, sería extender el mismo a un plazo de tiempo más prolongado, es decir, proponer mayor cantidad de encuentros para que los pacientes cuenten con más tiempo para la incorporación de recursos y herramientas.

Por otro lado, quedará pendiente para futuras investigaciones, determinar si se producen cambios estadísticamente significativos en la institución en cuestión, que puedan dar cuenta de una disminución en la demanda de los servicios hospitalarios mediante intervenciones de este tipo.

Entre las recomendaciones, sería efectivo que en un futuro el proyecto pueda aplicarse en otras instituciones de Salud Mental, como dispensarios municipales, organizaciones como Philippe Pinel, entre otras, para fomentar e incrementar las redes vinculares de aquellos pacientes que padecen la misma problemática. Además, se considera importante hacer partícipe a los diversos actores de la Salud Mental del sistema público de salud, ya que de este modo se puede potenciar la concienciación de la problemática trabajada y podría plantearse un trabajo de interrelación con las instituciones comprometidas en este sector.

Se pretende que la realización de las actividades pueda llevarse a cabo a través de otros dispositivos alternativos además de un taller psicoeducativo. Así, las actividades programadas podrían ser rediseñadas y readaptadas según los intereses y necesidades de los profesionales que intenten atender los padecimientos subjetivos desde múltiples aristas y con base en la comunidad.

Finalmente, si bien esta problemática se identificó en esta institución en particular, se advierte que se trata de una problemática acuciante de la realidad social cotidiana, por ello, en la búsqueda de soluciones para su abordaje, se necesita del compromiso y participación activa de diferentes actores sanitarios y sociales de todos los órdenes.

➤ **Referencias**

Ahumada Alvarado, H., Grandón Fernández, P. (2015). Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario. *Rev. Psicoperspectivas*. 14(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171038536009.pdf>

Miracco, M., Scappatura, M. L., Traiber, L., De Rosa, L., Arana, F., Lago, A.,... Keegan, E. (2012). Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. *4º Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. 19º Jornadas de Investigación. 8º Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-072/290>

Ander-Egg, E. (1991). *El taller como sistema de enseñanza aprendizaje. El taller una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.

Ares Lavalle, G., Ardila Gómez, S., Borelli, M., Fernández, M. A., Hartfiel, M. I., Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un

centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. Recuperado de:
<https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n2/265-278/es/>

Aruguete, G. (2001). Redes Sociales. Una propuesta organizacional alternativa. *Jornadas sobre Gestión en Organizaciones del tercer sector*. Recuperado de:
<https://www.yumpu.com/es/document/read/38016423/redes-socialesuna-propuesta-organizacional-alternativa-cap-net>

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

Broyna, P., Serrano Delgado, G., Garrido Ramírez, E., Zires Ortiz, M. L., Jiménez Torres, P., Hernández Gómez, J., García Domínguez, J. (2006). Modelo de valoración de habilidades adaptativas para personas con parálisis cerebral y otras discapacidades. *Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral I.A.P.* Recuperado de

<http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4286/Modelo%20de%20valoraci%C3%B3n%20de%20habilidades.pdf?sequence=1>

Burucúa, J. E., Galende, E., López Barrios, J., Mujica, H., Nun, J., Pasqualini, G.,... Yáñez, M. (2002). Subjetividad y vida en condiciones posmodernas. *La ética del compromiso, los principios en tiempos de desvergüenza*. Fundación OSDE. 1° edición. Ed. Altamira, 63-97 Recuperado de:https://www.academia.edu/3847734/12GALENDE_Emiliano_Subjetividad_y_vida_en

Dabas, E. (2003). ¿Quién sostiene a las familias que tienen que sostener a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria. *Rev. Terapia y Familia*. 16(2). Recuperado de: <https://vdocuments.site/elina-dabas-quien-sostiene-a-la-familia.html>

Del Cueto, A. M. y Fernández, A. M. (1968). El dispositivo grupal. Recuperado de: <http://www.terras.edu.ar/biblioteca/30/30DEL-CUETO-Ana-Maria-FERNANDEZ-Ana-Maria-El-dispositivo-grupal.pdf>

Díaz, C. B., Jure, M. G. y Pérez, K. (2007). Externación: ¿Libertad y trabajo? *14º Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-073/421>

Ezama Coto, E., Alonso, Y., Fontanil Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. *10(2)*. Recuperado de: <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/263/pacientes-sntomas-trastornos-organicidad-ES.pdf>

Freud, S. (1976). Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Goncalves de Freitas, M. y Montero, M. (2006). *Las redes comunitarias. Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

González Martínez, L. (2010). Reinserción social, un enfoque psicológico. *Derecho y Realidad*. 8(16). Recuperado de: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/derecho_realidad/article/view/4954/4022

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

Ley Nacional de Salud Mental 26657. (2010). *Honorable Congreso de la Nación Argentina*. Recuperado de: <https://goo.gl/su26xJ>

Ley 9848 Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba. (2010). *Legislatura de la Provincia de Córdoba*. Recuperado de: <https://goo.gl/WmF4AD>

Martínez Muñoz, J. A. (2007). Autonomía. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*. 40. pp.711-764. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/11331/1/Autonomia.pdf>

Menéndez Vega, C., García Gutiérrez, E. (2018). Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*. 32. pp.107-125. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6621675>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (s.f.). Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo_9_salud-redes.pdf

Morin, E. (2001). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Buenos Aires: Gedisa.

Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 14. pp. 106-111.

Najmanovich, D. (2017). El sujeto complejo: la condición humana en la era de la red. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 78. pp. 25-45.

Organización de Naciones Unidas. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. *Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas*. Recuperado de: <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *The world health report 2001. Mental Health: new understanding, new hope*. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Trastornos Mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Perilla, L. & Zapata, B. (2009). Redes sociales, participación e interacción social.

Trabajo Social. *Trabajo social - Universidad Nacional de Colombia*. 11.

pp. 147-158.

Recuperado

de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4085233>

Murray, R., Hill, P., Mc Guffin, P. (1997). *The essentials of postgraduate psychiatry*.

3ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Sarabia Arce, S. V. (2001). La enseñanza de la ética y la conducta humana. *Rev.*

Médica

Herediana.

12(1).

Recuperado

de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-

130X2001000100006

Sieckmann, J. R. (2008). El concepto de autonomía. *Universidad de Bamberg*.

Recuperado

de:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19326/1/Doxa_31_28.pdf

Sepúlveda Ramírez, M. G. (2003). Autonomía moral: una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria. *Rev. de Psicología de la Universidad de Chile*. 12(1). pp. 27-35. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122246/autonomia-moral-una-posibilidad-para-el-desarrollo-humano-desde-la-etica-de-la-responsabilidad-solidaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stolkiner A. (2003). Nuevos Enfoques en Salud Mental. *14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria*. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_enfoques.pdf

Stolkiner A. y Solitario R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. en D, Maceira, Atención Primaria en Salud - Enfoques interdisciplinarios (p. 121-146). Buenos Aires: Paidós

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

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

Universidad Siglo 21. (2020). Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

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

Valdebenito Muñoz, S., Díaz Bórquez, D., Donoso Díaz, M. de la P. (2011). Módulo de Intervención especializado en Integración Social. *Universidad Alberto Hurtado*.

Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281632199_Manual_de_Intervencion_para_la_Reintegracion_Social_I_General

Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día

Mundial de la Salud Mental 2007. *Rev. Salud Mental*. 30(2). Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

➤ **Anexos**

ANEXO 1

A la hora de buscar un trabajo, la mayoría de las personas se preocupan esencialmente de presentar sus antecedentes en un Currículum Vitae y asistir a la entrevista para quedar seleccionado. Sin embargo, la presentación personal juega un rol quizás tan importante como los dos factores mencionados con anterioridad.

Uno de los elementos importantes para presentarse y postular a un puesto de trabajo es el aseo y la presentación personal. La imagen personal es significativa porque responde a la primera impresión que causa una persona: es la “carta de presentación” frente a los otros. Por eso debemos tratar de mantener un aspecto ordenado y serio. Preocuparse del aspecto personal es importante para preparar la primera entrevista de trabajo, más aun en contextos formales (trámites, entrevistas, etc.).

A través de nuestra imagen, comunicamos a los otros quiénes somos, qué hacemos y por qué lo hacemos. La presentación personal o la imagen expresa lo que pensamos, y refleja nuestra postura frente al ámbito laboral. Otro aspecto importante es que muchas veces las personas conservan la primera imagen de nosotros, por eso el dar una “mala imagen” puede hacer que los otros se queden con un concepto errado de lo que somos.

A través de nuestra presencia personal le comunicamos a los otros mucho más de lo que incluso dicen nuestras palabras, por ende resulta fundamental la toma de conciencia respecto de lo que comunica nuestra imagen, sobre todo en personas que se encuentran en el proceso de revinculación con el medio.

La pérdida de contacto con el medio puede llevar a olvidar patrones de funcionamiento en sociedad, generando estigmatización. El estigma es una condición que desacredita a quien la posee. Algunas civilizaciones antiguas por ejemplo, lo utilizaban como evidencia física, en forma de marca en el cuerpo. En la actualidad, el concepto de estigma se relaciona a una identidad social subvalorada, muchas veces asociada a grupos minoritarios que tienen características devaluadas socialmente. El estigma puede asociarse muchas veces a descuidos en la imagen personal y puede variar en función de los contextos sociales.

Este encuentro pretende contribuir a que los participantes observen su imagen personal y distingan cómo adecuarla a contextos formales para facilitar su acceso al trabajo u otras actividades que promuevan su integración social.

Para realizar este anexo se obtuvo material de:

Valdebenito Muñoz, S., Díaz Bórquez, D., Donoso Díaz, M. de la P. (2011). Módulo de Intervención especializado en Integración Social. *Universidad Alberto Hurtado*.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/281632199_Manual_de_Intervencion_para_la_Reintegracion_Social_I_General

ANEXO 2

Lenguaje Formal / Informal

El lenguaje informal es aquel que usamos con personas cercanas y se caracteriza por ser un lenguaje coloquial o popular. Generalmente faltamos al orden gramatical y el lenguaje sigue siendo comprendido por los otros. Muchas veces lo utilizamos como una manera de establecer relaciones más simétricas, basadas en la igualdad, en comparación con el lenguaje formal que tiende a generar relaciones más complementarias, basadas en la diferencia de poder.

El lenguaje informal es aquel que se utiliza cuando conversamos con nuestros pares y con gente con la cual tenemos mucha confianza, como por ejemplo entre amigos, familiares, compañeros. Es el lenguaje que usamos cotidianamente y se caracteriza por ser expresivo y emotivo, porque lo empleamos con gente cercana a nosotros, lo que también nos permite utilizar otros elementos como los apodos, los diminutivos, etc.

El uso de un tipo u otro de lenguaje, está dado muchas veces por el contexto en el cual uno está inserto. Es este factor el que determina si tenemos la posibilidad de utilizar un lenguaje informal o un tipo de comunicación más estructurada.

Cuando hablamos en lenguaje informal:

- Usamos palabras o frases que en otros lugares no entenderían. Por ejemplo: “¡Que quilombo!” “¡Que chamuyo!” “¡Que zarpado!”, etc.
- Usamos términos de jerga o hablamos en códigos convenidos con algún grupo en particular.

- Usamos muletillas (frase o palabra que se repite mucho por hábito). Por ejemplo: “che”, “este...”, “a full”, “okey”, etc.
- No terminamos las frases o hacemos frases muy cortas. Por ejemplo: “Y cla...”
“Entonces... eso”
- No pronunciamos completas todas las palabras. Ejemplo: “chau, no... vemo...”

En general lo usamos con:

- Amigos, compañeros, familiares, personas de nuestra confianza.

Ejemplo: Entre amigos

A: Che, mepa que voy a repetir de curso...

B: No me diga., ¡es que voh so más flojo!, jamás te pusiste las pilas.

A: Si, tal cual, tené' razón, y lo peor es que ya no puedo hacer na...

Cuando hablamos en lenguaje formal:

- Intentamos pronunciar correctamente las palabras.
- No usamos muletillas.
- No usamos frases coloquiales.
- Intentamos hablar de manera fluida y armando oraciones más largas.
- Intentamos comunicar de manera clara la información.
- Pronunciamos bien las palabras.

En general lo usamos con:

- Personas menos cercanas: profesores, médicos, jefe de trabajo, etc.

Ejemplo: Profesor - estudiante

P: ¿Sabes? Este año reprobarás el curso. Creo que faltó trabajo y que tal vez es necesario poner más energía.

E: Sí. Usted tiene razón en eso, pero lamentablemente a estas alturas del año ya no puedo hacer nada.

ANEXO 3

Tarjetas de juego

CASO 1

Usted está en el supermercado haciendo una fila para pagar. Justo cuando va a ser su turno, otra persona se mete en la fila e intenta tomar su lugar.

Frente a esa persona usted:

- a. Reclama su derecho.
- b. La deja pasar porque es mejor evitarse un lío.
- c. Le discute acaloradamente, le amenaza con llamar al guardia.

CASO 2

Usted compra los materiales para reparar el techo de su casa. Al salir de la ferretería descubre que le han cobrado dos veces un producto que vale 200 pesos. Se acerca a la cajera y ésta le señala que debe ir a atención al cliente y tomar un número para ser atendido.

Frente a esa persona usted:

- a. Reclama su derecho.
- b. La deja pasar porque es mejor evitarse un lío.
- c. Asume una discusión acalorada para desahogar su molestia.

CASO 3

Su hijo/hermano/o algún familiar a cargo no llevó la tarea a la escuela. Frecuentemente le sucede. Este jueves la profesora de la escuela, cansada de la actitud del niño, lo castiga avergonzándolo en frente de sus compañeros. Le dice: “mejor te hubieras quedado en tu casa”.

Frente a esa persona usted:

- a. Reclama su derecho.
- b. La deja pasar porque es mejor evitarse un lío.
- c. Asume una discusión acalorada para desahogar su molestia.

CASO 4

Usted ingresa a una tienda. Un guardia comienza a seguirlo. Usted está tranquilo buscando un producto que necesita. Tiene en la espalda puesta una mochila que despierta las sospechas del guardia, pero que en realidad contiene los útiles escolares de su hijo a quien usted paso a buscar a la escuela. Repentinamente llega otro guardia y le exigen abrir su mochila.

Frente a los guardias usted:

- a. Asumen una discusión acalorada para desahogar su molestia.
- b. Reclama su derecho y demuestra el error.
- c. La deja pasar porque es mejor evitarse un lío, de manera que en silencio abre su mochila en frente de todo el mundo.

ANEXO 4

El formular una petición implica la capacidad de expresar sentimientos, pensamientos y deseos, a fin de defender los derechos propios sin vulnerar los de los demás, estando siempre abierto al diálogo y la negociación con los otros.

En general, nos quejamos con enojo y probablemente esa sea la característica de la queja. Otras veces la queja es por dolor o desilusión, pero comúnmente éstas emociones también se camuflan con la rabia. Dependiendo de la situación y de cada persona, una queja puede aliviar, desahogar emocionalmente, o dañar a alguien, pero en términos de comunicación efectiva es importante tener claro que la queja es una solicitud mal hecha. ¿Por qué mal hecha? Porque la demanda o solicitud que hacemos está encubierta por la emocionalidad, entonces la rabia o la pena, hacen que la comunicación sea poco clara, dificultando que quien recibe la queja pueda respondernos como nosotros esperaríamos.

La queja expresa disconformidad, disgusto o decepción frente al comportamiento de alguien, porque hubiésemos esperado que actuara de un modo distinto. Cuando nos quejamos, lo que hacemos es expresar nuestra emoción negativa (disgusto, pena, rabia) y hacer un pedido pero de manera poco clara. Por ejemplo, la queja “tú nunca me escuchas”, expresa molestia hacia la persona a la cual va dirigida, pero analizándola en profundidad es posible leer entre líneas que quien emite la queja, está haciendo una petición del tipo “me gustaría que me escuches más” o “me gustaría que me pongas más atención cuando te hablo”. Lo que dificulta la comunicación efectiva es que quien recibe la queja puede dar más importancia a la emoción que a la petición. Así, la emoción hace que el mensaje sea poco claro, e incluso, la persona que recibe la queja puede responder a la emoción sin siquiera tener en cuenta la solicitud.

Lo importante entonces es concentrarse en la petición. Una petición es una solicitud clara. Quien pide, ya hizo un juicio respecto de algo que faltaba o de que existe una disconformidad que requiere ser satisfecha. La petición entonces, trasciende la queja o el desahogo emocional y entrega información a quien nos escucha, para poder resolver la situación que generó desilusión o rabia. La petición facilita las relaciones sociales y contribuye a la comunicación efectiva.

Mientras la queja apunta al problema, la petición identifica claramente al responsable que puede contribuir a mejorar la situación de disgusto.

Ahora que sabemos las implicancias negativas que tiene la queja en la comunicación, intentaremos recordar que cada vez que nos quejamos debemos intentar clarificar nuestro mensaje haciendo una petición.

Para realizar este anexo se obtuvo material de:

Valdebenito Muñoz, S., Díaz Bórquez, D., Donoso Díaz, M. de la P. (2011). Módulo de Intervención especializado en Integración Social. *Universidad Alberto Hurtado*.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/281632199_Manual_de_Intervencion_para_la_Reintegracion_Social_I_General

ANEXO 5

Cómo formular adecuadamente una petición para reclamar mis derechos

Pensando en situaciones de la vida cotidiana ¿Cuándo fue la última vez que te quejaste? ¿Ante quién? ¿Cuál fue el motivo? ¿A quién crees que alivió la queja? Y ¿A quién le hizo daño? ¿Cómo quedaron las relaciones?

Es necesario tener presente que siempre es mejor una petición que una queja. ¿Cuál es la diferencia?

QUEJA: es un descargo de una emoción negativa (desilusión, rabia, pena) que confunde la petición. La emoción tiñe el mensaje y dificulta la comunicación. Es un desahogo emocional. Busca un culpable.

PETICIÓN: describe claramente el problema que genera la molestia. Expresa una petición clara. Contribuye a mejorar la situación. Identifica a alguien que puede responder a la petición (responsable).

Considerando estos consejos, ¿Qué harías distinto ahora? Te invitamos a reformular la situación, pero esta vez haciendo una petición.

PETICIÓN:.....

Se tendrán en cuenta algunas claves para formular una petición clara y reclamar mis derechos.

1. Defina su petición: ¿Cuál es el problema? Dar demasiada información confunde al oyente. Dígalo claro y en pocas palabras.

2. Decida a quien hacer la petición: piense en hacer la petición a aquella persona que efectivamente puede resolver su problema. No pierda su tiempo con quien no puede ayudarlo.
3. Elija el momento y el lugar adecuado para hacer una petición. Sea capaz de pedir sin violencia y con respeto.
4. Indique que le gustaría que sucediera.
5. Considere las emociones de las otras personas. ¿Qué les pasa a los otros con mi petición?

ANEXO 6

Derechos y Normas Sociales

Como vivimos en sociedad estamos constantemente relacionándonos con otras personas. Para que la convivencia sea posible, se necesitan ciertas normas que regulen nuestro comportamiento. Las normas y las reglas, facilitan la convivencia. De no ser así, la vida entre varias personas con distintas características, intereses, ideas, etc., sería difícil de llevar, especialmente cuando se deben respetar los derechos y deberes que cada uno tiene por igual.

Respetar los derechos de los otros permite mejorar la convivencia social. Es obvio que en ocasiones se puede entrar en conflicto. Ejemplo: a usted le gusta escuchar la radio muy fuerte y a su vecino le gusta el silencio. Para resolver estos conflictos existen ciertas normas que permiten regular los derechos de todos.

Las normas tienen el sentido de ordenar el comportamiento humano, estableciendo cómo debe comportarse una persona en sociedad. Son un “deber ser” u obligación. Existen distintos tipos de normas (legales, religiosas, etc.). Las normas sociales buscan regular el actuar de las personas en comunidad para lograr una convivencia lo más agradable posible. Generalmente varían de acuerdo a los contextos y a la cultura.

La existencia de normas sociales, permite simplificar las tareas cotidianas y evitar los conflictos con otros, por lo tanto el concepto fundamental que debemos tener en mente es el respeto. Las relaciones humanas se basan en el reconocimiento y respeto mutuo de derechos, cuestión que facilita la convivencia y nos permite vivir en sociedad. Construimos un marco de convivencia en donde el compromiso y la responsabilidad de respetar a los otros nos ayudan a construir en común.

Las normas sociales son necesarias para dirigir nuestra acción pero también para que los otros puedan interpretar y comprender lo que hacemos. Muchas veces los intereses de las personas no coinciden y es necesario tratar de que sean compatibles para llevar una buena convivencia.

El respeto a la norma social, implica una serie de competencias, tales como la asertividad, la capacidad de comunicación, la empatía, entre otras.

Para realizar este anexo se obtuvo material de:

Valdebenito Muñoz, S., Díaz Bórquez, D., Donoso Díaz, M. de la P. (2011). Módulo de Intervención especializado en Integración Social. *Universidad Alberto Hurtado*.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/281632199_Manual_de_Intervencion_para_la_Reintegracion_Social_I_General

ANEXO 7

Tarjetas de escrúpulos

<p>Estoy volviendo a mi barrio. Son mis primeros días luego de haber estado internado y decido hacer una fiesta en la casa el fin de semana. A las 10 de la noche toca el timbre un vecino para quejarse por el ruido.</p>	<p>Estoy en un banco para pagar una cuenta, la fila es larga y ando apurado. Observo la fila y veo a una señora distraída. Estoy seguro que si me pongo delante de ella ahorro tiempo y ni siquiera lo notaría.</p>
<p>Llevo media hora esperando el colectivo. Cuando está llegando me doy cuenta que no tengo mi tarjeta SAT.</p>	<p>Voy a comprar a una tienda y al pagar me doy cuenta que me dieron vuelto demás.</p>
<p>Estoy comprando en el almacén del barrio. Cuando voy saliendo me doy cuenta de que mi hijo abrió un chocolate y no lo pagó.</p>	<p>Voy a inscribirme para conseguir algún tipo de asistencia social. La persona que me atiende comienza a preguntarme por la experiencia de haber estado internado.</p>
<p>Me subo al colectivo sin pagar porque no tengo plata. El chofer me da una reprimenda.</p>	<p>Estoy enojado/a con mi pareja. Sospecho que anda metido/a en algo raro. Él/ella, deja el celular sobre el sillón y se va al baño.</p>
<p>Le pegas un toque a un auto saliendo del estacionamiento ¿Esperas al dueño del auto para darle tus datos y reparar el daño?</p>	<p>Me siento en la mesa de un bar y me doy cuenta que alguien olvidó un celular ¿Se lo entrego al cajero antes de irme?</p>

ANEXO 8

La red de la Araña Corteza de Darwin

“Un equipo de biólogos ha descubierto en Madagascar unas telas de araña de un tamaño y una fortaleza jamás vistas. La creadora de estas redes es la gigantesca Araña Corteza de Darwin. Según los investigadores, el animal es capaz de fabricar el material biológico más resistente del mundo, una seda dura de 2,8 metros cuadrados que se suspende a través de ríos y lagos de hasta 25 metros de ancho. Esta red es tan poderosa, que la tela puede atrapar una treintena de presas al mismo tiempo y aguantar como si nada. Para lograr esto, la tela debe ser extraordinariamente fuerte para resistir su propio peso, la acción del viento y los esfuerzos dinámicos que generan las presas cuando son atrapadas. Los estudios indican que su resistencia mecánica es 10 veces superior a la del material que se usa para hacer chalecos antibalas y cascos de Fórmula 1. ¡La fibra tejida por la araña Corteza de Darwin es 50 veces más fuerte que el acero!”

Para que una araña pueda tejer una red, primero busca una pequeña rama para anudar su tela, hace un nudo muy firme y luego estira su tela hacia el otro extremo, anudándola nuevamente. Los nudos deben ser resistentes para soportar incluso su propio peso, por eso la araña una vez que amarra los dos puntos, los somete a una prueba de resistencia y comienza a tejer la red.

Construye una red fuerte y funcional para poder cazar insectos que le permitan alimentarse. Una vez que una presa es atrapada, la red se mueve bruscamente y cada hilo en que la presa ha caído se tensiona, comunicando vibraciones a través de toda la red, hasta llegar donde la araña se encuentra tejiendo. De este modo la araña se entera del banquete que ha atrapado en su red.

La red que teje la araña, le facilita la tarea de cazar su alimento y le permite cazar todo el tiempo sin tener que estar 100% alerta en busca de su presa. El insecto cae en la red y gracias a eso la araña puede sobrevivir, disminuyendo el esfuerzo para atrapar su alimento.

Así como las arañas construyen redes para sobrevivir, los seres humanos también necesitamos construir redes. Las redes sociales pueden apoyarnos en momentos difíciles y ayudar a nuestro desarrollo personal. Así como la familia puede ser una red de apoyo para muchos, existen otros grupos e instituciones que también cumplen esa función.

Las redes sociales son una estructura social compuesta por grupos de personas que se relacionan estableciendo lazos de amistad, parentesco, o simplemente intereses comunes. En su forma simple, una red social corresponde al conjunto de relaciones importantes y de influencia positiva que la persona tiene disponible para apoyar su proceso de retorno a la comunidad.

Para realizar este anexo se obtuvo material de:

Valdebenito Muñoz, S., Díaz Bórquez, D., Donoso Díaz, M. de la P. (2011). Módulo de Intervención especializado en Integración Social. *Universidad Alberto Hurtado*.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/281632199_Manual_de_Intervencion_para_la_Reintegracion_Social_I_General

ANEXO 9

Planificación y procedimientos administrativos

La planificación es algo esencial en la organización de nuestro tiempo. Planificar supone tener claras las metas a alcanzar y organizar los tiempos, recursos y acciones para lograrlas.

Planificar supone claridad en las metas y en la forma en la que vamos a conseguirlas, para decidir qué vamos hacer y por qué, debemos idear un plan. Algunos elementos a tener en cuenta para planificar son los siguientes:

1. Definir la meta ¿Qué queremos lograr? ¿Con qué institución o a qué programa social quiero acceder? ¿Qué podría obtener allí?
2. Definir los recursos que necesito para conseguir la meta ¿Qué necesito para ello?
3. Clarificar las actividades para lograr los objetivos buscados ¿Qué tareas debo llevar a cabo?
4. Establecer prioridades

La planificación es importante para vincularnos con las instituciones y poder acceder a distintos beneficios que entregan los programas sociales. El procedimiento administrativo es el mecanismo formal que debe llevarse a cabo para realizar un trámite y generalmente se asocia a “actos administrativos”, como por ejemplo, inscripciones a diferentes instituciones u organismos como la clínica Philippe Pinel o la Red Asistencial de la Adicciones de Córdoba (RAAC).

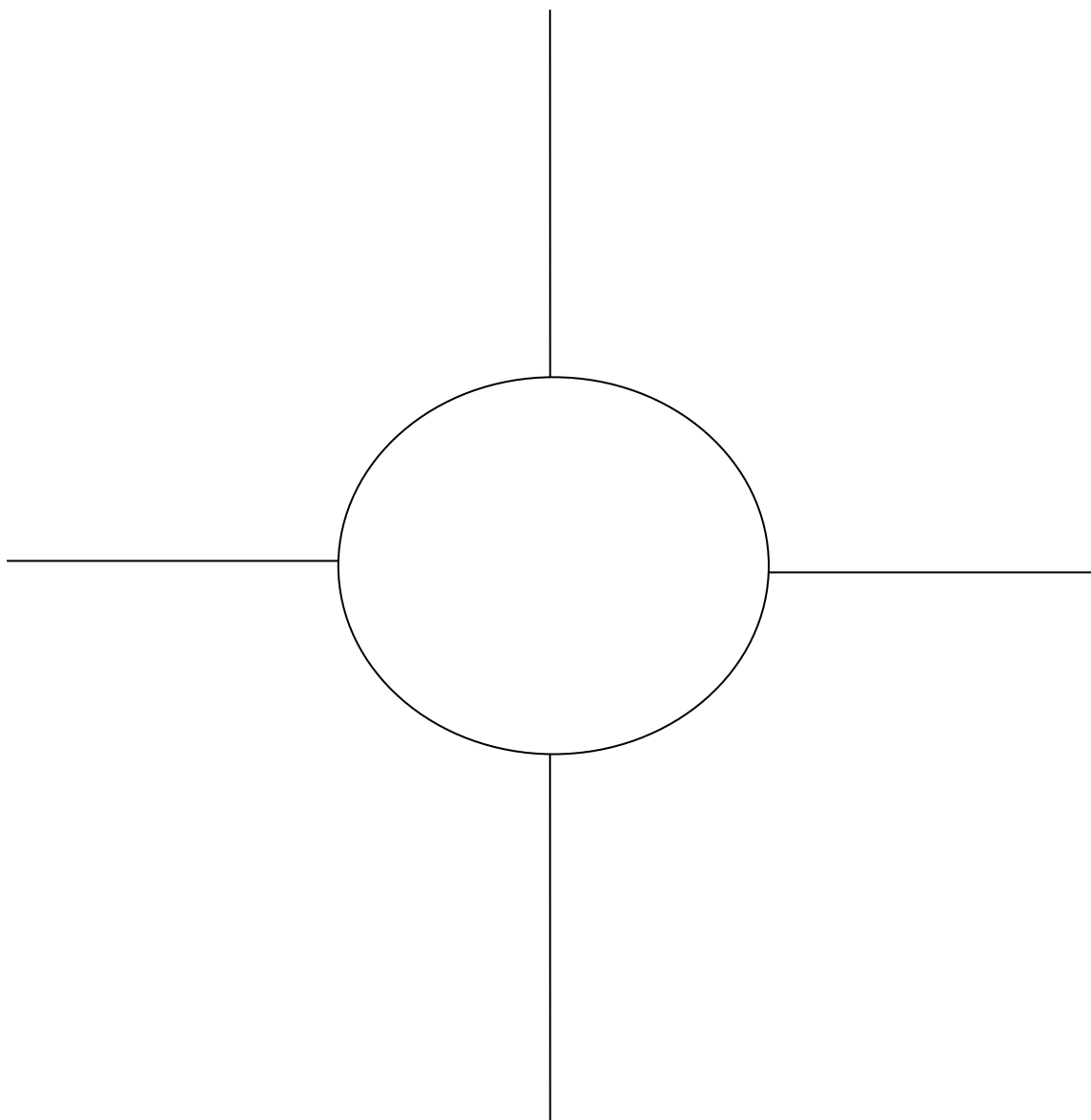
El procedimiento administrativo requiere seguir una serie de requerimientos de documentación y cauces formales que solicitan las distintas instituciones, lo que permite garantizar procedimientos similares para todos los ciudadanos.

En resumen, la planificación es importante para identificar claramente qué es lo que puedo esperar de la realización de un trámite y cuáles son los recursos de los que debo disponer para lograrlo. Por otra parte, el tomar conciencia de que existe un procedimiento administrativo a seguir, para acceder a algún beneficio institucional o programa social, permite ajustar expectativas respecto de los resultados del trámite, los tiempos de espera y las posibles respuestas.

ANEXO 10

A la hora de realizar un trámite tener presente:

- Registrar los resultados del trámite: ¿Quién me atendió? La fecha y el nombre de la persona que nos atiende puede facilitar las cosas si se presentan problemas con los resultados del trámite ¿Cuál fue el resultado del trámite? ¿Queda algo pendiente? ¿Qué cosa? ¿Debo regresar a la institución/ programa? ¿Cuándo?
- Tener toda la información disponible y planificar un trámite con anticipación nos permite ahorrar tiempo. Si sabemos qué documentos necesitamos para realizar el trámite y tenemos claros los papeles que debemos presentar en la institución, no hacemos viajes en vano.
- La guía de teléfonos permite obtener información sobre la ubicación de los lugares, aunque a veces la información de la guía cambia. Es recomendable llamar por teléfono para confirmar direcciones y preguntar por referencias para ubicar los lugares, tener claro los horarios de atención, etc.
- Andar siempre con lápiz y papel para anotar información que pueda ser importante.

ANEXO 11**Mapa de redes**

ANEXO 12

Tarjetas de situaciones cotidianas

<p>“Me aburro en casa porque no tengo nada que hacer y paso el tiempo viendo TV”</p>	<p>“Tengo ganas de consumir drogas. No tener plata me tiene mal. Me gustaría poder contarle a alguien pero me da miedo que piensen que voy a recaer”</p>
<p>“Hoy tenía planificado salir a tomar algo pero no tengo plata”</p>	<p>“Tengo ganas de hablar con mis amigos pero sé que no entenderían lo que tengo”</p>
<p>“Siento que mi regreso del hospital ha complicado a todo el mundo y me siento inútil en casa sin nada que hacer”</p>	<p>“Me levanté temprano para ir a buscar trabajo pero no consigo nada”</p>
<p>“Estoy angustiado y creo que me calmaría consumir alguna droga”</p>	<p>“Estar tanto tiempo encerrado en casa me hace perder la paciencia con facilidad. No tolero escuchar gritar a mi familia”</p>
<p>“Como aún no tengo trabajo, no tengo necesidad ni ganas de levantarme porque no tengo nada que hacer”</p>	<p>“Tengo ganas de tomar un trago en el bar de la esquina, pero sé que ir al bar puede traerme problemas”</p>

ANEXO 13

Sobre la gestión de las emociones

Las emociones forman parte de la vida, pero en situaciones de conflicto, tienden a ganar intensidad. La rabia, el enojo, el miedo, ocupan importantes espacios en una situación de dificultad o conflicto, por lo tanto gestionar las emociones adecuadamente es fundamental.

Las emociones se regulan y se gestionan, es decir, debemos intentar sacar el mejor provecho de ellas y administrarlas en pro de relaciones más armónicas. Esencialmente, se propone la gestión de las emociones para “reconocer las emociones más relevantes” y tener claro cómo actuar ante ellas.

Cuatro premisas:

- Toda emoción tiene un objetivo, es decir toda emoción sirve para algo, tiene una función.
- El miedo pretende protegernos, la rabia defendernos o atacar, el interés conocer, etc.
- Las emociones son expresadas físicamente, particularmente en el rostro, se notan cambios emocionales y la emoción básica puede ser reconocida por la persona.
- Existen emociones relevantes en la gestión de las relaciones interpersonales.

Podemos actuar adecuada y rápidamente ante estas emociones. Al identificar una emoción, podemos tener pautas de acción interiorizadas, que nos ayuden a manejarnos de forma efectiva.

Las emociones, como se ha venido expresando, no nos son ajenas. Incluso dentro del lenguaje popular ya tenemos cierta lectura de ellas como por ejemplo cuando se dice

“no podía ni moverse...estaba como paralizado”, refiriéndose a alguien que estaba muy asustado. Por lo tanto, aprender y practicar la lectura de las emociones no es algo que nos vaya a resultar muy extraño, sólo debemos practicarlo. Esta actividad pretende que las personas no se dejen llevar impulsivamente por las emociones que están viviendo, sino que gestionen su respuesta para obtener mejores resultados.

Ira-rabia	Calmar / desplazar
Miedo	Comprender/ proteger
Tristeza	Cuidar / animar
Interés	Ayudar /explorar
Sorpresa	Orientar / prevenir
Alegría	Comprender / compartir
Disgusto	Explorar / orientar
Envidia	Evitar / explicar
Culpa	Reducir / desviar
Admiración	Reflexionar / seguir

Ira

La acción o conducta que se sugiere es calmar/desplazar. Se sabe que las emociones fuertes requieren al menos de 20 minutos para que las hormonas se reintegren al torrente sanguíneo, por lo tanto, la sugerencia es esperar y permitir que uno se calme y el otro también, más que actuar a la defensiva.

Calmar es por ejemplo, contar hasta diez antes de hablar o de responder, respirar profundo. Desplazar está orientado a que la persona afectada por esta emoción lleve su ira hacia otra situación u objeto. Por ejemplo, que salga a correr o a hacer algún

ejercicio físico, que de un paseo, etc. Un típico ejemplo de un desplazamiento mal orientado es cuando el jefe lo reta y usted llega a pelear con su pareja o hijos/as.

Miedo

La acción o conducta que se sugiere es comprender/proteger. Se presenta de diversas formas: ansiedad, temor, estrés, además de una serie de manifestaciones físicas como sudor, palpitaciones, etc.

Es importante en estas situaciones ofrecer comprensión y proteger para que la persona no tenga tanto miedo.

Tristeza

La acción o conducta que se sugiere es cuidar/ animar. La tristeza en general produce que las personas anden más ensimismadas y lentas, por eso en esta situación requieren que se las acoja, que las cuiden y les respeten sus espacios. Cuidar o animar, es hacer algo con solicitud, asistencia y dedicación. En este caso animar, es infundir energía a alguien.

Interés

La acción o conducta que se sugiere es explorar/ayudar. Supone conocer y preocuparse del otro, qué es lo que lo mueve, cómo se expresa su interés, qué parte de lo que estamos proponiendo le parece importante, cuáles son sus razones. Explorar es reconocer, es averiguar con interés. Ayudar es prestar cooperación, hacer un esfuerzo por otro.

Sorpresa

La acción o conducta que se sugiere es orientar/prevenir. Aparece porque se conoce una nueva información, o algún dato que se desconocía. Requiere de un tiempo

para que esta información se integre al proceso personal de cada uno. Cuando pasa el efecto de la sorpresa, puede derivar en rabia, felicidad u otras emociones. Es por esto que es importante que se evalúe, se dé tiempo y se realicen acciones para que se prevenga ¿Cómo se va a dar? ¿Quién la va a recibir? Orientar consiste en informar a alguien de lo que ignora y desea saber, del estado de un asunto. Es también una forma de dirigir o encaminar a alguien. Es anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción de la otra persona.

Alegría

La acción o conducta que se sugiere es comprender/compartir. Pareciera que la alegría es una de las emociones más fáciles. Sin embargo si no la acogemos, entendemos y compartimos, puede deteriorar las relaciones al interior de la familia. Conocer y compartir los motivos por los cuales las otras personas se alegran, ayuda a mantener mejores relaciones. Comprender/compartir consiste en encontrar justificaciones naturales a los actos o sentimientos de otro.

Disgusto

La acción o conducta que se sugiere es explorar/orientar. El disgusto está relacionado con una serie de emociones como el desinterés, la aversión. Hay que explorar los motivos de disgusto que pueden estar relacionados con expectativas no cumplidas. Hay que ver en primer lugar qué sucede y luego tratar de ser objetivo y examinar las causas del disgusto. Explorar/Orientar consiste en informar a alguien de lo que ignora y desea saber, del estado de un asunto, dirigir o encaminar a alguien.

Envidia

La acción o conducta que se sugiere es evitar/explicar. La envidia es muy difícil de reconocer por uno mismo, es una emoción que no nos es grata. En general la envidia

no puede evitarse, sin embargo es conveniente analizar acerca de lo que la produce y a veces dar algunas explicaciones (dar a conocer la causa o motivo de algo con palabras muy sencillas). Por ejemplo, José se pudo comprar una casa porque el papá lo ayudo con plata además de que se ganó el subsidio. Evitar, consiste en apartarse de algún daño, peligro o molestia, tratando de que no suceda. En el caso de la envidia es importante darse cuenta de las causas de ella.

Culpa

La acción o conducta que se sugiere es reducir/desviar. La culpa y la vergüenza están siempre asociadas. La culpa tiene que ver con asumir responsabilidades y con el poder perdonar. Pedir perdón y saber aceptarlo en determinados casos tiene importancia dentro de las relaciones sociales. Reducir/desviar está asociado con disminuir, y consiste en simplificar una expresión y darla a conocer, moderando nuestro comportamiento, intentando apartarse de él.

Admiración

La acción o conducta que se sugiere es reflexionar/seguir. La admiración es una emoción muy profunda e importante en nuestras relaciones interpersonales y sus efectos son muy significativos. Por eso, es importante evaluar y analizar si la persona a la que admiramos es merecedora de tal admiración, o si le estamos atribuyendo cualidades o virtudes que van más allá de lo esperado y lo consideramos como una especie de ídolo sin haber razones para ello. Es importante trabajar la admiración, ya que a veces los ídolos tienen “pies de barro” como se dice popularmente. Por esto, luego de reflexionar o analizar acerca de las características de la persona que admiramos, podemos seguir admirándolo con criterio de realidad, y evitar que “se nos caigan estos ídolos” y que los “falsos ídolos” puedan hacernos recaer en conductas poco saludables. Reflexionar,

consiste en sopesar, en considerar detenidamente algo. Seguir, es ir tras alguien siempre y cuando tengamos razones objetivas para considerarlo una persona admirable.

Para realizar este anexo se obtuvo material de:

Valdebenito Muñoz, S., Díaz Bórquez, D., Donoso Díaz, M. de la P. (2011). Módulo de Intervención especializado en Integración Social. *Universidad Alberto Hurtado*.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/281632199_Manual_de_Intervencion_para_la_Reintegracion_Social_I_General

ANEXO 14

Tarjetas de situaciones según emociones para role playing

Ira

Claudia y usted han discutido fuertemente por la educación de sus hijos. Usted le dice que ella los malcrió mientras usted estuvo encargándose de su enfermedad, por lo tanto ahora no hacen nada, ni le obedecen. Ella responde furiosa diciéndole que es el colmo que recién se preocupe. Ambos están muy enojados. El conflicto va subiendo de tono y amenaza a pasar a palabras mayores. Hay gritos y descalificaciones.

Miedo

Carlos discute con su hijo Luis de 8 años. El niño ha traído malas notas y dice que no quiere actuar en una obra de teatro que le ha propuesto la profesora. Luis dice que los otros niños se van a reír de él, que ni siquiera es capaz de aprenderse el papel. Carlos desea que lo haga, ya que si actúa tiene la posibilidad de subir su promedio. El niño llora porque Carlos lo va a obligar.

Tristeza

Carlos conversa con su hija Isabel de 15 años. Ella está rabiosa y él ha contestado mal. Cuando él le preguntó que le pasaba, le gritó que no se metiera con ella, que él no era nadie para opinar y por último le dijo que su novio Javier la había pateado. En la casa de Javier piensan que Isabel es una mala influencia porque viene de una familia “desordenada”. Carlos le grita y ella se encierra dando un portazo en su pieza.

Interés

Carlos conversa con Gloria, su pareja y madre de sus hijos. Están hablando acerca de lo que puede hacer ahora que salió del hospital y retomó con las actividades de la vida

cotidiana. El propone que instalen una pequeña panadería, aprovechando un curso que él realizó. Sabe que hay posibilidades de postularse para acceder a unos fondos de capital que les darían la posibilidad de iniciar su negocio. Gloria está dudosa y preocupada. Por una parte le da miedo que les vaya mal y que a raíz de ese fracaso él vuelva a tener una descompensación. Por otra parte, le interesa porque es una buena posibilidad de hacer algo diferente. Carlos ve que Gloria está dudosa. Por eso se enoja y le dice que ella no lo apoya, que seguramente quiere la plata fácil y que no tiene ningún interés en sus cosas.

Sorpresa

Carlos se da cuenta que Gloria está nerviosa. Cree que es porque él ahora está en la casa, luego de su internación en el hospital, y se siente como “que sobra”. Carlos aún no ha podido entrar a trabajar. Los ánimos han estado medio revueltos. Hubo peleas, gritos y no ha sido muy fácil este último tiempo. En una cena, ella le dice que tiene que darle una noticia, que por favor la escuche, que no se enoje. Está muy nerviosa y le dice que Ana, su hija de 16 años está embarazada, que tiene 5 meses, que no se lo habían querido contar antes para no preocuparlo. El novio de Ana, quien tiene su misma edad, dice que va a estar presente. A Ana le costó digerir la noticia al comienzo, pero que ahora se encuentra más tranquila. Carlos se queda mudo y luego le grita. Le dice que no fue capaz de cuidar a sus hijas mientras él estuvo enfermo. Gloria se enoja y le grita. Llega Ana y comienza a llorar.

Alegría

José, su hijo/a de 10 años llega de la escuela muy contento y casi eufórico. Cuenta que el profesor de educación física lo ha seleccionado para ir a correr al estadio municipal el próximo domingo. Para esto necesita un par de zapatillas nuevas. Usted está viendo

televisión, es su programa favorito y no le presta atención. José se aflige y se va al patio.

Disgusto

Su suegra Elena llega a su casa. Usted hace tiempo que no la veía, ni compartía con ella. Conversan un rato y luego usted se va a conversar con su vecino un rato. Cuando vuelve ve que ella está medio rara y aparentemente disgustada. Gloria, su pareja, le dice que usted es un desconsiderado con su madre. Usted decide salir y seguir conversando con el vecino y no prestarles atención. Entiende que pronto se les pasará el enojo.

Envidia

Se encuentra con Sergio, su vecino de toda la vida. Hace tiempo que no lo veía. Él le cuenta que está muy contento, que por fin va a poder trabajar tranquilo, ya que pudo comprarse un auto y se consiguió el permiso para trabajar de taxista. Comenzó esa misma semana y le ha ido bastante bien. A usted le da una envidia enorme, ni le habla y le dice que tiene que volverse a su casa ya que se olvidó de hacer algo. Sergio se extraña por su falta de alegría.

Culpa

Han pasado algunos días desde que supo que su hija Ana estaba embarazada. Ella no le habla. Gloria también está dolida. Usted se siente confundido y ahora ha reflexionado un poco. Siente que fue injusto con Gloria cuando la retó por no cuidar de sus hijas. Reconoce en su interior que a ella le tocó una parte pesada mientras usted estuvo enfermo. Se da cuenta que Gloria fue responsable, que no debía haberle gritado.

Admiración

A usted lo invitan a una reunión de la iglesia. En ella se encuentra con varios amigos. Lo reciben muy bien y se siente muy acogido. Le llama la atención el sermón que realiza el pastor. A la salida, él personalmente lo invita a una próxima reunión. Asiste a otras reuniones y empieza a entablar una relación muy favorable con él. Está contento y piensa seguir incorporándose a esa iglesia.

ANEXO 15**Tarjeta de emociones**

RABIA	ALEGRÍA	ENOJO
PENA	ABURRIMIENTO	IMPACIENCIA
ENTUSIASMO	ANGUSTIA	MIEDO
VERGÜENZA		

ANEXO 16**Matriz de evaluación de impacto**

Taller de Reinserción Socio Comunitaria para pacientes externados del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

CATEGORÍA DE ANALISIS	INDICADOR	RESPUESTAS
Redes de contención vincular	Los pacientes reconocen el disenso, buscan consensos y hacer actividades con otros	
	Los pacientes trabajan de manera cooperativa haciendo frente común a los problemas propuestos por las diferentes actividades	
	Los pacientes articulan e intercambian ideas y asocian sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes	
Lazos sociales.	Los pacientes establecen vínculos solidarios entre ellos	
	Los pacientes tienen empatía, mostrándose verdaderamente interesados por los demás	
Autonomía personal	Los pacientes pueden decidir por ellos mismos las reglas que van a guiar su	

	comportamiento	
	Los pacientes pueden pensar y emitir juicios sobre lo que consideran bueno	
Habilidades adaptativas	Los pacientes se comunican de manera adecuada según el contexto	
	Los pacientes se desempeñan eficazmente en el trabajo grupal	

ANEXO 17

Cuestionario previo y posterior al taller

A continuación encontrará una serie de frases y preguntas. Lea cada una de ellas atenta y cuidadosamente, y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considera adecuada. Tenga en cuenta que:

1= Significa **NUNCA**

2= Significa **CASI NUNCA**

3= Significa **A VECES**

4= Significa **CASI SIEMPRE**

5= Significa **SIEMPRE**

1) Usted puede trabajar en grupo.

1 2 3 4 5

2) Cuando tiene que lograr un objetivo en común con otras personas ¿Toma las decisiones por sí mismo o consensúa con los demás antes de decidir?

1 2 3 4 5

3) ¿Es de cooperar con los demás?

1 2 3 4 5

4) ¿Busca asociarse con alguien cuando debe lograr un objetivo común?

1 2 3 4 5

5) Cuando está en grupo y se debe resolver un problema ¿Comparte sus ideas o experiencias?

1 2 3 4 5

6) ¿Ofrece ayuda a las personas cuando ve que lo necesitan?

1 2 3 4 5

7) ¿Es solidario con los demás?

1 2 3 4 5

8) Puedo vincularme con personas para obtener un objetivo grupal.

1 2 3 4 5

9) ¿Tiene consciencia de sus acciones?

1 2 3 4 5

10) ¿Puede elegir lo que quiere por sí mismo?

1 2 3 4 5

11) ¿Puede pensar acerca de lo que está bien o mal?

1 2 3 4 5

12) Usted se comunica de manera adecuada según el contexto.

1 2 3 4 5

13) Habla diferente con sus amigos que cuando se encuentra frente a desconocidos.

1 2 3 4 5

14) ¿Le resulta sencillo trabajar con otros?

1 2 3 4 5

15) ¿Es de escuchar a los demás cuando le cuentan sus problemas?

1 2 3 4 5

16) ¿Hace respetar sus derechos ante los demás?

1 2 3 4 5

17) ¿Respetar los derechos de otras personas?

1 2 3 4 5

18) ¿Puede pedir adecuadamente lo que necesita?

1 2 3 4 5

19) ¿Puede discriminar las emociones que generalmente experimenta en la interacción con otros?

1 2 3 4 5

20) ¿Puede gestionar de manera adecuada sus emociones cuando interactúa con otras personas?

1 2 3 4 5

ANEXO 18**Cuestionario posterior de dos meses a la realización del taller**

A continuación encontrará una serie de preguntas. Lea cada una de ellas atenta y cuidadosamente, y conteste haciendo una cruz en el casillero que se encuentra por debajo de la respuesta que considera adecuada.

1) Últimamente ¿Se ha sentido bien estando con familiares y amigos?

Si	No

2) Actualmente ¿Está trabajando?

Si	No

3) En los últimos dos meses ¿Ha tenido que internarse en el Servicio de Salud Mental?

Si	No

4) ¿Ha tenido peleas con familiares, amigos o desconocidos en los últimos dos meses?

Si	No

5) ¿Ha concurrido a alguna organización y/o institución pidiendo ayuda?

Si	No

6) ¿Ha formado algún grupo de amigos nuevo?

Si	No

7) ¿Se ha sentido excluido en algún lugar o con algunas personas?

Si	No

8) ¿Puede diferenciar cuando debe hablar formalmente a cuando no?

Si	No

En caso afirmativo ¿Se expresa de acuerdo a la situación?

Si	No

9) En el último mes ¿Ha tenido que realizar algún trámite administrativo?

Si	No

En caso afirmativo ¿Ha podido realizarlo sin inconvenientes?

Si	No

10) Últimamente ¿Ha podido enfrentar diferentes situaciones de la vida cotidiana sin dificultades?

Si	No

11) En los últimos dos meses ¿Ha encontrado personas que lo ayuden si lo necesita?

Si	No

12) En el último tiempo ¿Ha incrementado sus actividades sociales?

Si	No

13) ¿Comparte su vida cotidiana con sus familiares y/o amistades?

Si	No

14) ¿Se siente cómodo con las personas que frecuenta?

Si	No

15) ¿Se siente cómodo en los lugares que asiste?

Si	No