

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado - Plan de Intervención  
Licenciatura en Psicología  
Taller psicoeducativo y de habilidades sociales para la reinserción social en pacientes  
internados  
De Juan, Ivan Alberto  
PSI03619  
Director de Tesis: Dr. Lic. Rubén Pereyra  
Córdoba  
Mes y Año: Junio 2020

## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Línea estratégica: Nuevos paradigmas en salud mental .....	6
¿Qué se entiende por paradigma? .....	6
Una mirada al viejo paradigma de salud mental.....	7
Nueva concepción en salud mental.....	8
Resumen de la Organización: .....	10
Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.....	10
Reseña histórica .....	10
Misión y visión .....	11
Esquema del área de salud mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. ....	12
Modalidades de atención .....	13
Delimitación de la necesidad o problemática objeto de la intervención.....	16
Objetivo general: .....	18
Objetivos específicos: .....	18
Justificación .....	19
Marco teórico.....	23
Contexto.....	23
Población .....	26

Reinserción Social .....	30
Taller Psicoeducativo.....	33
Actividades .....	36
Primer encuentro.....	36
Segundo encuentro.....	39
Tercer encuentro .....	42
Cuarto encuentro.....	44
Quinto encuentro .....	46
Sexto encuentro .....	48
Diagrama de Gantt.....	53
Recursos.....	54
Presupuesto .....	56
Evaluación .....	57
Resultados esperados .....	58
Conclusión .....	59
Referencias .....	60
Anexo.....	66

## **Resumen**

El presente trabajo final de grado se desarrolló en el marco del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (Universidad Siglo 21 2019). Se puede observar que en dicha institución hay una carencia de programas de reinserción para pacientes internados. Es por esta razón que el presente trabajo tiene como objetivo principal la realización de un taller psicoeducativo para ayudar a lograr la reinserción social de dichos pacientes. Para lograr tal cometido se llevarán a cabo seis encuentros con doce actividades en los que se trabajará el conocimiento, el autoconocimiento, la cohesión grupal y las habilidades sociales. Se considera que la implementación de este dispositivo contribuirá a la reinserción social de los pacientes evitando así su cronificación dentro del hospital san Antonio de Padua.

**Palabras claves:** reinserción social, taller psicoeducativo, nuevos paradigmas en salud mental.

## **Introducción**

El siguiente trabajo tiene como objetivo principal la realización de un taller psicoeducativo para ayudar a lograr la reinserción social de pacientes que se encuentran internados en el Nuevo Hospital Río IV San Antonio de Padua, ya que el hospital carece de un dispositivo que genere proceso de vinculación con el entorno.

Para ello se tomara en cuenta la nueva ley de salud mental 26657, la cual establece derechos para las personas que cuentan con un método terapéutico restrictivo, esto se fundamenta bajo el artículo 7° de la Ley Nacional de Salud Mental, donde se deja de manifiesto que: “el estado reconoce que toda persona con padecimiento mental tiene derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”[...] y además “tiene derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.”

En paralelo se tomara la definición de salud mental descrita por Ferrari (1996), la cual se engloba en los nuevos paradigmas de salud mental ya que la considera como un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los en los que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social. Es por eso también que a través de una revisión exhaustiva de bibliografía se arriba a que los pacientes sean considerados como sujetos activos en sus tratamientos y no simples pacientes en el sentido literal de la palabra.

Con este taller se espera que el resultado sea lograr la generación de un vínculo estable con su entorno próximo, la posibilidad de lograr distintas habilidades para el desenvolvimiento de su vida cotidiana y además que tanto los pacientes como su grupo

de pertenencia puedan lograr una comprensión sobre el padecimiento del sufriente, para así poder encontrarse presente como sostén en el proceso de cura o tratamiento indicado.

## **Línea estratégica: Nuevos paradigmas en salud mental**

### **¿Qué se entiende por paradigma?**

Para poder iniciar este recorrido se cree necesario realizar una breve introducción sobre la noción de paradigma. Cuando se menciona la palabra paradigma es imposible no pensar en Kuhn y su obra “la estructura de las revoluciones científicas” que data del año 1962. En dicha obra, el autor sostiene que la ciencia avanza a través de cambios paradigmáticos, lo cual ocurre mediante revoluciones. Según Montero (1994), para Kuhn la noción de paradigma tiene al menos tres significados:

1. El paradigma como entidad metafísica – filosófica
2. El paradigma como una entidad de tipo sociológico
3. El paradigma como un artefacto o construcción de carácter más bien concreto. (Montero, 1994, págs. 27-28).

Si bien en la obra escrita por Kuhn no existe una sola definición de paradigma, Montero (1994) resalta algunas de ellas:

- “Un paradigma es una o más realizaciones científicas que alguna comunidad científica particular reconoce durante cierto tiempo como fundamento para su práctica posterior [...].
- Un paradigma establece los criterios para la elaboración de las herramientas apropiadas para resolver rompecabezas disciplinarios” (Montero, 1994, pág. 28).

No solamente Kuhn trabajó con la noción de paradigma. Otros autores entienden la definición de paradigma como “el conjunto de conceptos, valores, técnicas y procedimientos compartidos por una comunidad científica, en un momento histórico determinado, para definir problemas y buscar soluciones” (Ruiz Bolívar citado en

González, 2005 pág. 33). Siguiendo a Martínez (1993, citando a Morín, 1992 citado en González, 2005) se dirá que “un paradigma científico puede definirse como un principio de distinciones relaciones-oposiciones fundamentales entre algunas nociones matrices que generan y controlan el pensamiento, es decir, la constitución de teorías y la producción de los discursos de los miembros de una comunidad científica determinada. El paradigma se convierte, así, en el principio rector del conocimiento y de la existencia humana” (pág. 33).

Se puede decir entonces, que cuando hacemos referencia a paradigma no solamente hacemos referencia a un modelo científico, sino que también estamos dando por sentado el principio ontológico de cómo se concibe al sujeto y sobre qué principio epistemológico se va a construir.

En cuanto a las ciencias sociales y humanas, cabe resaltar que no existe un único paradigma para poder dar respuesta a los múltiples factores que las construyen, esto no quiere decir que este tipo de ciencias no sean “maduras” como las distinguía Kuhn, sino más bien pueden ser caracterizadas como multi-paradigmáticas.

### **Una mirada al viejo paradigma de salud mental**

El viejo paradigma de salud mental hizo confluír dos vertientes, la primera fue la respuesta médica hacia las enfermedades mentales o padecimientos mentales y la segunda fue la reclusión. El concepto de salud mental se asoció al concepto de normalidad, y toda persona que saliera de la medición que se incluye en la campana de “normalidad” fue considerada enferma.

Siguiendo la línea de Stolkiner (2015) las instituciones manicomiales, también llamadas hospitales neuropsiquiátricos o monovalentes, privan la libertad, separan a las personas de sus ámbitos sociales y favorecen la cronificación de la institucionalización.

De este modo se describe a este paradigma como un modelo biologicista de la salud - enfermedad y también como un modelo donde se ve al sujeto en una dualidad con la sociedad. Queda manifiesto entonces que este modelo hegemónico se agota en el punto de no poder dar respuesta ni explicación a la multiplicidad de factores que conllevan a una problemática sobre salud mental y también que en su técnica de reclusión del individuo no encuentra solución ni avance a su problema, sino más bien cronificar su aislamiento.

### **Nueva concepción en salud mental**

Desde 1946 para la Organización Mundial de la Salud (recuperado de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)), la salud mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, esto abre la posibilidad de concebir a la salud mental, ya no como un simple problema biológico, si no que nos pone delante una forma de pensar, que en este caso, nos abre tres puntos de vista muy relacionados, lo biológico, lo psicológico y lo social.

Para complejizar más la definición de salud mental, ya que al decir “un estado completo de bienestar” suena tajante y poco probable que un individuo pueda mantenerse en ese estado, ya sea por cuestiones de ciclos vitales, duelos, etc., se cree pertinente traer una propuesta de definición de Ferrari, donde sugiere lo siguiente:

“Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos – equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente – en los que las personas o los grupos

participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social”

(1996, pág. 27).

Esta definición se acerca más hacia una concepción dinámica de la salud, al tener en cuenta un estado relativo de equilibrio e integración de los elementos conflictivos. Sitúa al sujeto en una cultura que lo provee de contexto para su salud o para su enfermedad y además lo reconoce como ente autónomo de su vida. Es por eso que se tomó este modelo de pensamiento para la realización del trabajo.

En nuestro país a partir del año 2010 se sancionó una nueva ley nacional de salud mental (ley 26657), la cual hace foco en la recuperación de la dignidad de las personas usuarias de servicios de salud mental en cuanto a sujeto de derecho y sus principios se ligan directamente a los de derechos humanos (Stolkiner, 2015).

## **Resumen de la Organización:**

### **Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua**

#### **Reseña histórica**

Durante el gobierno del General Juan Domingo Perón, el 23 de mayo de 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública. En ese momento el responsable de cumplir las funciones era Ramón Carrillo, destacado neurólogo y neurocirujano, denominado como el padre del sanitarismo en Argentina. Durante el desempeño de sus funciones, Carrillo llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública de Argentina, con una concepción social de la medicina. Como parte de esa transformación, entre 1946 y 1951, se construyeron a lo largo del país 21 hospitales (Universidad Siglo 21 2019).

En el marco de esa transformación, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto en el año 1948. Con el transcurso del tiempo, y en función de la demanda no solo local, sino regional, se fueron incorporando otras especialidades.

En el año 2004, el hospital se trasladó a una nueva sede ubicada en el sector oeste de la ciudad, con dirección en Guardias Nacionales 1027, y conserva esta ubicación hasta la actualidad. (Universidad Siglo 21 2019).

En el año 1969, se habilitó el Servicio de Salud Mental por iniciativa del entonces Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli (Universidad Siglo 21 2019).

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que por ese entonces tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año

comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica (Universidad Siglo 21 2019).

En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Esto y la apertura democrática significaron un importante crecimiento para el servicio, de modo tal que la atención comunitaria y el área de Rehabilitación se plantearon con estrategias terapéuticas no tradicionales que incluían teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etcétera. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo (Universidad Siglo 21 2019).

En el año 2011, se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad (Universidad Siglo 21 2019).

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, emplazado y con funcionamiento en los pabellones 5 y 6 de la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426, al edificio central del NHRC SAP, cito en Guardias Nacionales 1027 (Universidad Siglo 21 2019).

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. ° 98481 como nacional N. ° 266572 (Universidad Siglo 21 2019).

### **Misión y visión**

La misión de la institución es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos

del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal (Universidad Siglo 21 2019).

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 2019).

### **Esquema del área de salud mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.**

Actualmente, en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 personas: 9 pertenecen a personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicio (factura al hospital por las prestaciones que brinda) (Universidad Siglo 21 2019).

Estos profesionales son de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Entre ellos, 8 son médicos psiquiatras, 2 son psicopedagogas y 5 son psicólogas (Universidad Siglo 21 2019).

En el Servicio de Salud Mental, también se forma a profesionales de medicina, en la especialidad de psiquiatría, y a profesionales de psicología, enfermería y trabajo social, a través del formato de RISaM. En la actualidad, 10 profesionales de diferentes disciplinas se encuentran realizando su residencia en el Servicio de Salud Mental: 1 de psiquiatría, 4 de psicología, 3 de trabajo social y 2 de enfermería. También se constituye en campo de práctica en la formación de los alumnos de diferentes carreras de grado, como Psicología, Enfermería, Psicopedagogía, etcétera; y de carreras de posgrado, como la especialidad en Psicología Clínica (Universidad Siglo 21 2019).

### **Modalidades de atención**

#### 1. Asistencia por guardia

Funciona todos los días de la semana, las 24 horas. Se encarga de la atención de casos de urgencia. El consultorio de guardia está ubicado en el tercer piso del hospital, dentro del sector de Salud Mental (Universidad Siglo 21 2019).

#### 2. Atención ambulatoria

Comprende la asistencia por consultorio externo y grupo terapéutico (Universidad Siglo 21 2019).

#### 3. Sección Infanto Juvenil

Atiende la salud mental del niño desde su nacimiento hasta los 18 años. Se encuentra en el tercer piso del hospital (Universidad Siglo 21 2019).

#### 4. Internación

Al tratarse de un servicio de atención de agudos, se utiliza el recurso de internación ante una crisis aguda o si la persona sufre una descompensación en su cuadro psicopatológico.

El área de Internación se encuentra en el tercer piso del hospital, dentro del sector destinado para el funcionamiento del Servicio de Salud Mental. Cuenta con 7 habitaciones, con dos camas y un baño cada una, más una habitación de contención con una sola cama y un baño. En total hay 15 camas destinadas a internación. Todas las ventanas de las habitaciones tienen rejas, que fueron colocadas por cuestiones de seguridad al poco tiempo que se trasladó el Servicio de Salud Mental al nuevo hospital. Recientemente, se han colocado cortinas ignífugas en todas las ventanas de las habitaciones.

El horario de visita es: por la mañana, de 9:00 a 11:30 horas; y por la tarde, de 16:00 a 19:30 horas.

Se espera que el periodo de internación sea breve, lo cual depende del tiempo de recuperación de cada paciente (Universidad Siglo 21 2019).

##### 5. Sección Intervención Comunitaria

La sección Intervención Comunitaria comenzó a funcionar en el año 2011. A partir de ese momento, quedó incluida en el organigrama general del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

La oficina de Intervención Comunitaria está ubicada en planta baja del hospital, dentro del sector donde funciona Hospital de Día.

Su creación se fundamentó en la necesidad de impulsar en el Servicio de Salud Mental 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, con base en la estrategia general de la atención primaria de la salud (APS)  
(Universidad Siglo 21 2019).

### **Delimitación de la necesidad o problemática objeto de la intervención**

A partir de la información brindada sobre el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (Universidad Siglo 21 2019), se puede observar que “no hay existencia de programas de reinserción para pacientes internados, pero sí prácticas desarrolladas en los dispositivos alternativos” (Universidad Siglo 21, 2019 pág. 68), y que además “en un 80%, la salida se produce debido al alta; sin embargo, en menor medida, puede ocurrir por derivación o abandono de la internación” (Universidad Siglo 21, 2019 pág. 68). Si bien queda explicitado que el área de internación es para pacientes agudos o que sufren una descompensación, también se toma en cuenta que solo poseen 15 camas disponibles para este tipo de tratamientos, lo cual se considera poco por la zona de influencia que posee el hospital. Además, cabe destacar que al no tener programas de reinserción social o socio – comunitaria, se estaría ingresando en un círculo donde el paciente dado de alta es proclive a recaer (a partir de cuadros de descompensación de su psicopatología) por no reforzar o generar herramientas que lo mantengan en un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos en los que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social (Ferrari, 1996). Desde el Nuevo Hospital San Antonio de Padua, “se espera que el periodo de internación sea breve, lo cual depende del tiempo de recuperación de cada paciente” (Universidad Siglo 21, 2019 pág. 68), esto pone el foco directamente en el paciente y su problemática, pero sin desarrollar ninguna acción para lograr que ese paciente tenga la posibilidad de manera activa de una pronta recuperación.

Se considera como una necesidad la falta de programas de reinserción para pacientes internados y uno de los fundamentos de dicha necesidad también radica en la

propia misión de la institución, la cual es 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 y tiene como acción para cumplir dicha misión la prevención, asistencia y rehabilitación. A partir de lo planteado, se considera indispensable la reinserción de los pacientes internados ya que no pueden acceder a los dispositivos intermedios como el Hospital de Día e Intervención en Comunidad los cuales tienen entre sus principales objetivos la rehabilitación y reinserción socio-comunitaria de los sujetos.

Desde un punto de vista teórico, si bien no existe una sola definición para el uso del término reinserción social, en este trabajo se tomará lo dicho por Nieto citado en Rodríguez Kuri & Nute Méndez (2013), quien lo define como “ese proceso de vinculación con el entorno, que tiene lugar tras un periodo de crisis, de aislamiento o de exclusión” (pág. 191).

**Objetivo general:**

- Promover la reinserción social en pacientes internados del servicio de salud mental en el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua a través de un taller.

**Objetivos específicos:**

- Propiciar el conocimiento y autoconocimiento del paciente sobre su enfermedad.
- Contribuir a la formación de una red de contención social a través de sus grupos más cercanos (familiares, amigos, compañeros de trabajo etc.).
- Favorecer la adquisición de habilidades necesarias para el desarrollo de su vida en la comunidad.

## **Justificación**

Como ya se remarcó anteriormente el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua carece de un dispositivo para realizar la reinserción social de los pacientes internados, o sea carece de un dispositivo el cual genere proceso de vinculación con el entorno, posterior a haber tenido un periodo de crisis, de aislamiento o de exclusión (Nieto cit. en Rodríguez Kuri & Nute Méndez, 2013)

Se considera tema de relevancia pensar la necesidad actual sobre la importancia de un dispositivo que ayude en la reinserción social de los pacientes, ya que con ello se estaría cumpliendo con uno de los mayores propósitos de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, el cual establece derechos para las personas que cuentan con un método terapéutico restrictivo, esto se fundamenta bajo el artículo 7° de la Ley Nacional de Salud Mental, donde se deja de manifiesto que: “el estado reconoce que toda persona con padecimiento mental tiene derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”[...] y además “tiene derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.” (pág. 13, recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)).

En relación a la normativa provincial (Ley 9848) se puede hacer referencia al artículo 5° donde el objetivo es 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”, y que el “abordaje de la salud mental de las personas se considere como un proceso dinámico y contextual que incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación” (pág. 2, recuperado de

<http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>) y al artículo 48°, donde “toda internación de una persona con padecimiento mental debe ajustarse a las siguientes pautas: La internación será considerada como un recurso terapéutico de excepción, lo más breve posible, cuya factibilidad y pertinencia están intrínsecamente relacionadas con el potencial beneficio para la recuperación del paciente; [...] La internación será solo una etapa o modalidad, en un proceso continuo de tratamiento, dentro del sistema de salud mental; [...] Durante su término, deberá facilitarse el mantenimiento de los vínculos del paciente con familiares o personas que compongan su entorno” (pág. 10, extraído de <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>).

En relación a la bibliografía existente, la cual se podría decir que es extensa y variada, se toman los dichos de Rodríguez (citado en Florit Robles, 2006), donde la rehabilitación psicosocial apunta a ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. Cuando el autor se refiere a normalizadas hace referencia a ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad.

Sobre la misma línea se hará mención lo propuesto por Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek, & Joskowicz (2013), donde “la rehabilitación se constituye en una de las estrategias de intervención que permite la reconstrucción de la ciudadanía plena de los sujetos con sufrimiento mental, favoreciendo la externación e inclusión social, distanciándose de internaciones intermuro en el hospital psiquiátrico que producen cronicidad” (pág. 252).

González Cases & Rodríguez González (2010), señalan que un programa de rehabilitación psicosocial es importante por sí solo, pero que también es necesario formen parte de un conjunto de programas e intervenciones globales que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas, ya que sus resultados se potencian y refuerzan. Con esto, quiere decir que los diferentes programas deben estar intercomunicados de tal forma que las habilidades que se están aprendiendo en un programa puedan ser practicadas y reforzadas en el resto de los programas de rehabilitación en los que participe el sujeto.

La realización de un programa de pre alta como lo denominaron los autores Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek, & Joskowicz, (2013), en un hospital monovalente de la ciudad de Buenos Aires, tomando en consideración tres ejes (hábitat, bazar o redes sociales y trabajo), ubican al usuario en el centro de su tratamiento considerándolo como sujeto con derecho y fortaleciendo la capacidad de exigibilidad y autonomía. También arriban a la conclusión que las internaciones prolongadas en el tiempo influyen en el deterioro de las redes sociales, hábitat y trabajo, generando habituación a las instituciones y profundizando resistencias a procesos de externalización.

González Cases & Rodríguez González (2010), mencionan ciertas recomendaciones para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial:

- Combinar diferentes métodos de aprendizaje, los más eficaces parecen ser aquellos que están sustentados en la práctica repetida por parte del sujeto de la habilidad a implementar.
- En habilidades complejas o con sujetos con alto grado de deterioro puede ser aconsejable la graduación del aprendizaje y la aplicación de las técnicas de moldeamiento.

- Se debe favorecer que la persona afectada desarrolle sus propias habilidades para analizar su comportamiento y operar autónomamente sobre él.
- El desarrollo de programas de rehabilitación serán más efectivos si se promueve la participación activa de los usuarios en ellos. (pág. 322).

## **Marco teórico**

### **Contexto**

Se cree de vital importancia la realización de un aparatado de contextualización ya que todo constructo desarrollado tiene un porqué en relación a la temporalidad en que sucede. Se parte del supuesto que el objeto de estudio ya sea Salud Mental o inserción social, no son objetos naturales sino que son objetos sociales e históricos. Tal es así que en la edad media se consideraba a la locura como objeto satánico, y durante ese periodo de tiempo a las mujeres enfermas se las creía brujas y se las quemaba en la hoguera. Precisamente haciendo un pequeño recorrido sobre la concepción en los tratamientos de las enfermedades mentales vamos a poder dilucidar la concepción del sujeto y el tipo de terapia experimentada.

Se pondrá el foco como punto de partida hacia la psiquiatría moderna a principios del siglo XIX con Pinel y Esquirol, quienes creyeron y alentaron la fundación de manicomios (Sacristán, 2009). Esto impactó de lleno en el paradigma dominante de la época, ya que a partir de este momento se dejaba de concebir al “loco” con ojos juiciosos desde una perspectiva religiosa para pasar a un modelo de reclusión forzosa. Se los comenzaría a denominar sin razón (o alienistas), y los confinarían en las famosas casas de retiro iniciadas por Pinel o Tucke con un tratamiento incluso ocupacional, hasta las terapias de corte biológico como la electroconvulsiva los comas insulínicos (Florit Robles, 2006).

Un tiempo posterior a esta etapa se puso en marcha un movimiento denominado higiene mental, el cual reconocía que uno de los factores del deterioro mental y la perdida de socialización de los pacientes era en parte producto de las condiciones deshumanizantes y no por la propia enfermedad (Ferrari, 1996).

Argentina no estuvo exenta de toda esta etapa manicomial y del tratamiento moral hacia los pacientes con problemáticas mentales. Hacia fines del siglo XIX se fundaron institutos como el Moyano, el Borda, el Alejandro Korn y la Colonia Open Door bajo el paradigma de concepción que inauguró Pinel, los supuestos del positivismo y la psiquiatría francesa (Lonigro, 2015).

A partir de 1929 se crea en Argentina la liga de higiene mental, quien puso de manifiesto las condiciones de vida en los hospitales y propuso medidas de prevención poblacional. Posterior a la creación del Ministerio de Salud a cargo del Dr. Carrillo, se tomaron medidas en torno a la salud mental para que los pacientes estuvieran más cerca de las comunidades y familias para evitar la cronificación, y también se crearon los centro de atención temprana que funcionaron como profilaxis y tratamientos ambulatorios (Stolkiner, 2015).

Durante el año 2007 El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights Internacional (MDRI), publicaron un informe sobre la situación de las personas internadas en hospitales neuropsiquiátricos en nuestro país. “Se diagnosticaba la existencia de 25.000 personas internadas en asilos psiquiátricos, de las cuales el 80% estaban encerradas más de un año y muchas de por vida. Se daban evidencias de tratamientos inapropiados, situaciones de abuso físico y sexual, muertes dudosas y falta de monitoreo de derechos” (Stolkiner, 2015, págs. 64 - 65).

Sobre finales del año 2010 el Estado Argentino promulga una nueva Ley sobre salud mental, en la cual se deja de forma manifiesta la nueva concepción de cómo se construye la actual forma de pensar a la persona con padecimiento mental. Dentro de esta forma de pensar se destacan puntos como: se introducen los derechos humanos, el paciente pasa a ser un sujeto dotado de derecho, las internaciones pasan a manos de los

profesionales de la salud y no de la justicia y rompe con la hegemonía psiquiátrica de poder, ya que incluye al psicólogo dentro del equipo interdisciplinario.

Además, esta concepción nueva sobre la salud mental marca la forma de las terapias a seguir. Ya no son las terapias de encierro o la cura moral las que dominan, llevando al confinamiento del paciente, al encierro y a la quita de su ámbito social, familiar y subjetivo, si no que ahora se piensa desde un sujeto dotado de autonomía para poder elegir o formar parte su periodo de cura/rehabilitación. Se lo piensa ya desde la comunidad de la cual es originario, lo cual es una reverberación que se trae desde la época de la higiene mental. En la actualidad se piensa al sujeto con padecimiento mental como un sujeto camino a volver a formar parte de la sociedad.

## **Población**

En el presente trabajo se aborda la población tratada en el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua en carácter de internación del servicio de salud mental. A la población se la denomina paciente. Según la real academia española (RAE) la palabra paciente significa persona que padece física, corporalmente, y especialmente se halla bajo atención médica, o también como persona que es o va a ser reconocida medicamente (extraído de <https://dle.rae.es/paciente>). En un sentido etimológico la palabra paciente proviene del verbo latín *pati* que significa padecer, sufrir, tolerar, aguantar.

Desde otra perspectiva a la definición etimológica o a la brindada por la RAE, se considera interesante pensar el término paciente en un ámbito discursivo, ya que el lenguaje tiene una capacidad performativa que en palabras de Biaggio & Soberón (2019), “evocando y nombrando significa y dota a lo nombrado de una existencia determinada, lo describe y define, lo ubica y posiciona en una red de relaciones” (pág. 2). Un punto de reflexión lo instaura Sala Adam, de Cárdenas Sotelo, Sala Adam, & González Jacomino (2000), donde tomando el significado que se le atribuye a la palabra paciente, diran que un paciente es un ente pasivo, un objeto en manos del médico, el cual se subordina a las imposiciones del médico. Como consecuencia de esta concepción implícita se reducen las personas a "pacientes", en vez de estimularlos a ser lo que en esencia desean: activos colaboradores y responsables de su salud.

El presente trabajo se abordará bajo una concepción de paciente no como sujeto pasivo sino como sujeto activo dotado de derecho para lograr alcanzar la reinserción social. Por lo tanto se caracterizará al usuario del servicio de salud mental en estado de internación como un sujeto activo a elegir el tipo de tratamiento realizado mientras sus

posibilidades lo permitan, como sujeto dinámico ya que posee derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable y como un sujeto histórico - social, preservando los vínculos familiares y sociales para evitar la cronicidad y tender una red de apoyo. Para respaldar lo dicho hasta aquí se utilizarán fragmentos de entrevistas realizadas por Biaggio & Soberón (2019), de personas que utilizan el servicio de salud mental en condición de internados:

“El aislamiento hospitalario también te distancia de tus amigos, de tu familia. Tu casa quedó lejos ¿pero acaso no era que el que estaba allá lejos era el hospital? Ahora es mi barrio el que quedó distante.” (Apussam, citado en Biaggio & Soberón 2019 pág. 5).

“Somos sujetos de palabra y de derecho. Merecemos elegir como cualquier ciudadano. Nos privan de derechos. Aunque el imaginario del otro sea que un poco de medicación te saca del mundo, les decimos: te adormece por un ratito, sólo eso, pero jamás perdés la conciencia, sabés muy bien lo que pasa.” (Apussam, citado en Biaggio & Soberón 2019 pág. 5).

En Argentina a través de la actual Ley Nacional de Salud Mental la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (extraído de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)). Siguiendo los dichos de Buedo & Fiadaron (2016), para que una persona ingrese al tratamiento como institucionalizado debe presentar síntomas agudos de padecimiento mental y se tomaran los siguientes criterios:

“• Paciente con “insight” escaso o ausente sobre su enfermedad (sin conciencia de enfermedad);

- Situación de riesgo para sí o para otros;
- Actividades cotidianas muy deterioradas o contaminadas;
- El hogar o entorno residencial es desfavorable o ausente y representa una fuente de estrés.” (Buedo & Fiadaron, 2016, pág. 37)

En un estudio realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights Internacional (MDRI) en el año 2008 muestran que las personas que han estado institucionalizadas por más de un año ocupan el 80% de las camas psiquiátricas. Solamente el 5% de las personas han estado hospitalizadas por menos de tres meses. En función de los datos recolectados realizaron un promedio de tiempo de internación que tienen los hospitales psiquiátricos en Buenos Aires.

<b>Hospital</b>	<b>Tiempo medio de internación</b>
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	1 mes y 3 semanas
Hospital Borda	10 años y 6 meses
Hospital Moyano	9 años y 3 meses
Hospital Tobar García	4 meses y 3 semanas

Fuente: (CELS & MDRI, 2008, pág. 50)

Además de esos datos, resaltan la falta de acceso a condiciones saludables e higiénicas de internación, y rehabilitación personalizada.

Un estudio en retrospectiva realizado por Buedo & Fiadaron (2016), abarcando el periodo temporal desde julio del 2014 a mayo del 2015, registraron que se realizaron 1154 consultas en la guardia de psiquiatría y 485 internaciones. Además a través de los datos consultados en el hospital monovalente de Bahía Blanca de donde se efectuó el

estudio corroboraron que el porcentaje total de re-internación fue del 20%. En la tabla de abajo se deja constancia de la cantidad de casos diagnosticados y su porcentaje respectivo (Buedo & Fiadaron, 2016, pág. 39).

<b>Diagnósticos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Trastornos psicóticos	155	31,96%
Trastornos neurocognitivos (demencias)	74	15,26%
Trastornos depresivos	62	12,78%
Tentativa suicida o ideación suicida	53	10,93%
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	47	9,69%
Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta	34	7,01%
Trastornos bipolares	26	5,36%
Trastornos del desarrollo neurológico	26	5,36%
Trastornos de ansiedad	4	1,03%
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	3	0,62%

Fuente: Buedo & Fiadaron, 2016, pág. 39

## **Reinserción Social**

Uno de los ejes de las políticas de desinstitucionalización es lograr que las personas usuarias de los servicios de salud mental logren la reinserción social. Si bien entendemos que la reinserción de las personas con padecimientos mentales es un proceso de vinculación con el entorno, posterior a haber tenido un periodo de crisis, de aislamiento o de exclusión (Nieto cit. en Rodríguez Kuri & Nute Méndez, 2013), también se entiende que ese proceso no es solo ingresar a dicha persona en el ámbito social así sin más que un alta médica al lograr la estabilización de su padecimiento. Sobre la misma línea para Mapelli Cafarena cit. en Zapico Barbeito (2009) “reinsertar: “... es volver a meter una cosa en otra. En este sentido reinserción es un proceso de introducción del individuo en la sociedad” (pág. 923). Desde otra perspectiva Ramón cit. en Rodríguez Kuri & Nute Méndez (2013), define el término inserción social como el conjunto de procesos de socialización y capacitación encaminados al logro de una amplia autonomía personal y una participación plena en la comunidad. En la misma línea Gallizo Llamas (2007) comprende que no hay inserción social si la persona no participa de la sociedad, si no forma parte de ella. Señala también que para lograr la reincorporación social se debe tener autonomía y participación social, para lograr esos dos factores es importante que el individuo adquiera la capacidad de decidir sobre sí mismo para lo cual debe contar con recursos y habilidades que le permitan la participación social.

Para poder lograr adquirir o restablecer las habilidades necesarias para una participación social plena, es necesario hablar de rehabilitación psicosocial. Se entiende por rehabilitación psicosocial al proceso que tiene por objetivo ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y

social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posible (Rodríguez cit. en Florit Robles, 2006). En palabras de González Cases & Rodríguez González (2010) la rehabilitación psicosocial tiene por objetivo

“instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la “curación” (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma.” (pág. 319)

Si bien los autores mencionan que la rehabilitación psicosocial no tiene como objetivo curar al individuo con padecimiento mental, cabe resaltar que es un medio importante por el cual los pacientes reducen el impacto que tienen en su vida tanto los síntomas de la enfermedad, como aumentar el conocimiento sobre el trastorno, así como favorecer la adhesión al tratamiento, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente y proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares (Florit Robles, 2006)

Siguiendo a Cañamares, Castejón, Florit, González Hernández y Rodríguez cit. en Florit Robles (2006), los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial se concretan en:

“- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.

- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso, incluyendo la rehabilitación vocacional y el alojamiento.

- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.

- Asesorar y apoyar a las familias de los enfermos mentales crónicos de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares.” (Florit Robles, 2006, pág. 228).

Entonces se hablará de reinserción social como un proceso psicosocial entendiendo esto, como aquellas acciones de individuos o grupos, en cuanto estas sean referidas o influidas por otros individuos o grupos (Gómez, 2009). Se pensará la reinserción social a través de un proceso de rehabilitación psicosocial para poder aprender y aprehender las habilidades necesarias para lograr una vida social completa. Pero además, también es necesario destacar el rol de la red social del paciente en relación a la reinserción social ya que según Tisera , Leale, Lohigorry, Pekarek, & Joskowicz (2013), con una red social se busca crear o potenciar lugares que posibiliten el intercambio y consoliden estrategias de afrontamiento junto a familiares o vínculos afectivos de la persona, a fin de evitar recaídas, mejorar la calidad de vida de la persona y su familia.

## **Taller Psicoeducativo**

El dispositivo elegido para afrontar este trabajo es bajo la modalidad de taller. Se realizaran de forma grupal incluyendo la familia o grupo social cercano que le brinden una red de contención, así también como forma de practicar las habilidades que se vayan manifestando. Se entenderá por taller a la forma de enseñar y sobre todo de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo. (Ander Egg, 1991, pág. 10).

Desde el punto de vista de Ander Egg (1991), el taller consta de distintos supuestos, no solo es un aprender haciendo sino que también es una metodología participativa donde se enseña y se aprende a través de una experiencia conjunta donde todos están implicados. Además plantea que la modalidad operativa del taller permite superar las disociaciones entre teoría y práctica, la educación y la vida y los procesos intelectuales y los procesos volitivos y afectivos.

Siguiendo lo dicho por Gold & Gómez (2016), psicoeducar es la acción de traducir conceptos complejos para que personas que no se encuentran formadas en psicología o psicopedagogía puedan lograr una comprensión del fenómeno. El hecho de realizar un taller psicoeducativo nos ayudara a que los pacientes y sus vínculos más cercanos puedan entender que es lo que está padeciendo el paciente y de esa manera poder accionar en función de lo emergente en cada situación. Según Gold & Gómez (2016), “tener información que nos permita comprender ciertos aspectos del funcionamiento psicológico del ser humano facilita la comprensión de uno mismo y de los demás. Y cuando alguien se entiende más a sí mismo y a quienes lo rodean, se hace más fácil estar-con-otro. Vivir-con. Convivir.”(pág. 7).

Se encuentra necesario realizar un taller psicoeducativo, por el valor que posee en función del desarrollo de conocimientos en el paciente sobre su padecimiento y

también esto podría ayudar a la comprensión de su círculo social próximo frente a que le ocurre al paciente, esto último se lo considera relevante ya que entendiendo al familiar o amigo padeciente, podrían generar mayor cohesión y por lo tanto también mayor implicancia en el desarrollo de su terapia.

Por otro lado, también se considera relevante además de un taller psicoeducativo, complementarlo con un taller de adquisición de habilidades sociales para que se puedan desarrollar en su vida cotidiana. Se entenderán las habilidades sociales como “un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación.” (Caballo citado en Betina Lacunza & Contini de González, 2011, pág. 164)

Tomando lo dicho por León Rubio y Medina Anzano citado en Betina Lacunza & Contini de González (2011), consideran a la habilidad social como una la capacidad para ejecutar conductas aprendidas necesarias para responder a las demandas de comunicación interpersonal y también a las exigencias de situaciones sociales de forma efectiva. Considerando lo expuesto hasta acá los autores Betina Lacunza & Contini de González, formulan cuatro características centrales de las habilidades:

- su carácter aprendido
- la complementariedad e interdependencia de otro sujeto
- la especificidad situacional
- la eficacia del comportamiento interpersonal. (2011, pág. 164)

Sobre la misma línea Fernández y Ruiz, 2008 citado en Gutiérrez Carmona & López (2015), consideran que la enseñanza, entrenamiento o perfeccionamiento de estas habilidades se debe realizar de forma práctica y no tanto de manera verbal, ya que lo

esencial es ejercitar y practicar las habilidades socio-emocionales y convertirlas en una respuesta adaptativa más del repertorio natural de la persona.

Si bien tanto la inserción social como la adquisición de habilidades sociales que favorecen esa inserción no persigue la cura, es importante destacar lo dicho por Contini citado en Gutiérrez Carmona & López (2015), ya que este autor considera que las habilidades sociales sirven como un factor protector y constituyen un recurso de salud.

Diversos autores como León Rubio & Medina Anzano y Kelly citados en Betina Lacunza & Contini de González (2011), sostienen que las habilidades sociales cumplen con la función de resolver situaciones interpersonales. Esto genera que las habilidades sociales se vuelvan necesarias para la adaptación al ambiente más próximo de la persona.

Resumiendo lo expuesto hasta acá el dispositivo quedaría conformado de la siguiente manera:



## **Actividades**

En este apartado se realizara un detalle de cada encuentro que se llevara a cabo durante el taller. Los encuentros se harán efectivos los días miércoles con un espacio de 15 días con un límite de extensión de 3 meses teniendo una extensión aproximada de 2 horas por encuentro. Este taller se encuentra diseñado para que los pacientes del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua que se encuentran internados vayan adquiriendo diferentes herramientas de manera paulatina para lograr su reinserción social o para prepararlos para el ingreso a un dispositivo intermedio. Las actividades detalladas a continuación siguen un esquema acumulativo, donde por cada encuentro se trabajara en una nueva situación pero ésta será retomada para las siguientes.

### **Primer encuentro**

El primer encuentro va a estar destinado al conocimiento y auto conocimiento de cada paciente en relación a si mismo y a su enfermedad. En este primer encuentro se considera necesario que esté presente el equipo terapéutico para que se pueda evacuar dudas acerca de la problemática ya sea desde el paciente o desde su círculo. El objetivo es que cada participante pueda generar una idea clara sobre el padecimiento y sus conductas. Para ello se deberá trabajar en conjunto con el coordinador del taller, el equipo terapéutico, el paciente y su círculo social próximo.

#### **Actividad N°1 - Metáfora de la burbuja**

##### **Objetivos:**

- Habilitar un espacio en el que sea posible hablar de los padecimientos.
- Describir qué es un padecimiento.
- Permitir que cada paciente describa qué considera como enfermedad.

- Construir de manera simbólica la percepción de habilidades para la propia protección que favorezcan conocimiento y autoconocimiento.

**Tiempo de duración:** 60 minutos aproximadamente

**Desarrollo:**

Pídeles que cierren los ojos, en el lugar en el que estén, e imaginen que alrededor de su cuerpo se forma una burbuja que les rodea por completo.

1. Diles que la burbuja es individual. Ninguna burbuja abarca a más de una persona.
2. Dales unos segundos para imaginar cómo es esa burbuja, para luego formular preguntas disparadoras:
  - a. ¿De qué color es tu burbuja?
  - b. ¿Tiene un solo color o varios?
  - c. ¿Es brillante, opaca?
  - d. ¿De qué parece estar hecha?
  - e. ¿Está quieta o se mueve?
  - f. Cualquier otra posible característica de “la burbuja” que venga a la mente de quien facilita la actividad.
3. Pídeles que se imaginen que esa burbuja que rodea a toda su persona es de un material ligero y frágil —como las burbujas de jabón—, y además de frágil es muy valiosa.
4. El facilitador dirá luego lo siguiente:

- a. “Imaginemos que esta burbuja es tu espacio vital, que es el espacio que rodea tu cuerpo y protege tus emociones y sentimientos de todo lo que ocurre fuera de ti que afecta a tu persona.”
  - b. “Sabemos que ocurren muchas cosas fuera y dentro de ti. Tú no puedes controlar si ocurren o no.”
5. Describe en este momento el concepto de padecimiento, adecuando el lenguaje a las características y habilidades del grupo.
  6. A continuación pídeles que vuelvan a describir la burbuja, agregando lo que aprendieron acerca de su padecimiento.

### **Actividad N°2 - Yo soy...**

#### **Objetivos:**

- Que los pacientes sean conscientes de que todos poseemos cualidades positivas.
- Tomar conciencia de que nuestra autovaloración será positiva o negativa en función de con quién nos comparemos.

**Tiempo de duración:** 60 minutos aproximadamente.

**Materiales:** hojas y lápices.

#### **Desarrollo:**

En primer lugar, el coordinador hace una breve introducción acerca de lo que significa la palabra “padecimiento” siempre incitando a los pacientes a que den su opinión, para entrar en materia. A continuación, se reparte a cada paciente una hoja impresa (ver anexo 1)

Se les indica las siguientes instrucciones: “Van a escribir características de ustedes que consideren que sean positivas (cualidades, logros, destrezas, conocimientos, capacidades...). A continuación, cada paciente se va a vender a sus familiares. Y luego cambiaran de rol. El vendedor expondrá las razones por las que al comprador le

conviene “adquirirlos”. Finalmente, el coordinador pregunta a los participantes sobre las dificultades que han tenido a la hora de completar las frases de yo soy, y a la hora de venderse y las va anotando en la pizarra. Explica a los pacientes y su círculo que a la mayoría de personas nos es difícil reconocer cualidades positivas que poseemos en algunos momentos, y que esto ocurre porque las personas elegimos un modelo con el que compararnos, y depende de con quién nos comparemos, nos evaluamos más positiva o más negativamente. De lo que se trata es de hacer una comparación lo más realista posible, para que el resultado sea ajustado a la realidad, y así nuestra autovaloración no se verá afectada.

¿Que se pretende que los participantes aprendan con esta actividad?

Que sean capaces de autovalorarse, reconociendo las características positivas que poseen así como que reconozcan también en los demás estas cualidades y sean capaces de expresarlas de forma adecuada. Que sean conscientes de la dificultad que conlleva en ocasiones el reconocer las cualidades positivas que poseemos cada persona. Lograr que los participantes potencien su autoconocimiento mutuamente.

### **Segundo encuentro**

En este encuentro se trabajara nuevamente con el concepto de conocimiento y autoconocimiento pero esta vez integrando el conocimiento de otras personas, se intentara mejorar la capacidad de recibir y emitir mensajes.

#### **Actividad N°1 - Un paseo por el bosque.**

##### **Objetivos:**

- Favorecer el conocimiento propio y de los demás.
- Estimular la acción de autovalorarse en los demás compañeros.
- Mejorar la confianza y la comunicación.

**Tiempo de duración:** 55 minutos aproximadamente.

**Materiales:** hojas A3, fibrones, algo de música (opcional).

**Desarrollo:**

El coordinador indica a los pacientes que dibujen un árbol en una hoja, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos o triunfos. Se pone música de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse. Una vez que terminen, deben escribir su nombre y sus apellidos en la parte superior del dibujo.

A continuación, los pacientes formarán grupos de 4 personas, y cada uno pondrá en el centro del grupo su dibujo, y hablará del árbol en primera persona, como si fuese el árbol. Seguidamente, los pacientes se colocarán el árbol en el pecho, de forma que el resto de los participantes puedan verlo, y darán un paseo “por el bosque”, de modo que cada vez que encuentren un árbol lean en voz alta lo que hay escrito en el dibujo, diciendo “Tu eres...” Por ejemplo: “Alfonso, eres...tienes...” Tendrán 5 minutos para dar un paseo “por el bosque” A continuación se hace la puesta en común, en el transcurso de la cual, cada participante puede añadir “raíces” y “frutos” que los demás le reconocen e indican. El coordinador puede lanzar las siguientes preguntas para comentar la actividad: - ¿Nos ha gustado el juego de interacción? - ¿Cómo nos sentimos durante el paseo por el bosque? - ¿Cómo fueron reaccionado cuando el resto ha dicho nuestras cualidades en voz alta? - ¿Qué árbol, además del nuestro, nos ha gustado? - ¿Qué participante ha dibujado un árbol parecido al nuestro? - ¿Cómo se sienten después de esta actividad?

¿Que se pretende que los pacientes aprendan con esta actividad?

Que descubran sus cualidades positivas y sean capaces de reconocerlas. Que sean capaces de compartir sus sentimientos con los demás, así como de “recoger” los sentimientos de sus compañeros, y comprobar la satisfacción que todo esto procura.

## **Actividad N°2 - El círculo**

### **Objetivos:**

- Aprender a observar y valorar las cualidades positivas de otras personas.
- Aprender a dar y a recibir elogios.

**Tiempo de duración:** 45 minutos Aproximadamente.

**Materiales:** hojas y lápices.

### **Desarrollo:**

El coordinador explica a los pacientes, que van a centrarse únicamente en las características positivas que poseen sus familiares: cualidades (por ejemplo, simpatía, alegría, optimismo, sentido del humor, sentido común, solidaridad, etc.), rasgos físicos que les agraden (por ejemplo, un cabello bonito, mirada agradable, una sonrisa dulce, etc.), capacidades, (capacidad para la lectura, para las matemáticas, para organizar fiestas, etc.), ... A continuación, los pacientes se colocan en círculo, y cada uno escribe su nombre en la parte superior de una hoja y se lo da al familiar de su derecha, así, la hoja va dando vuelta hasta que lo recibe el propietario con todos los elogios que han escrito de él sus familiares.

¿Que se pretende que los alumnos aprendan con esta actividad?:

Que valoren sus cualidades positivas así como las del resto de sus familiares. La importancia de que se expresen las cualidades positivas y logros de las personas para la autovaloración positiva de su autoconcepto y empezar a sentar las bases de una red

sólida. Que entiendan que todas las personas tienen cualidades positivas sin importar el momento.

### **Tercer encuentro**

El objetivo principal en este encuentro es empezar a trabajar en grupos, comenzar el camino para constituir una red de contención sólida y un espacio de pertenencia.

#### **Actividad N°1 - Código común**

##### **Objetivos:**

- Propiciar la cohesión grupal.
- Fomentar la comunicación y colaboración.

**Tiempo de duración:** 60 minutos aproximadamente

**Materiales:** papel de afiche, fibrones, lápices de colores

##### **Desarrollo:**

1. Coloca un papel de afiche en algún muro.
2. Pide al paciente y su círculo que diseñe en el papel un código común de identidad compartida, de la manera que quieran. Juntos construirán un mural que será la memoria del grupo.
3. El código de identidad común se puede construir, por ejemplo, inventando un nombre de grupo o en caso de querer pueden usar su apellido, definiendo ideales o creencias compartidas simbolizadas en figuras, formas, grafiti, manchas, colores, etc., o a partir de un tema que les interese o inquiete y sus distintas formas de representarlo.
4. Indícales que el mural debe representar, de la manera que quieran, la integración y la no discriminación como lema general de su círculo más cercano. Explícales que eso significa que en su círculo todas las personas son igual de valiosas.

De esta forma, se fomenta la creación “en equipo”, incluyendo las ideas de todos, ayudándoles a dar forma a un tema que pueden ir trabajando a lo largo de toda su recuperación.

### **Actividad N°2 - Nuestras normas de convivencia.**

#### **Objetivos:**

Reflexionar acerca de la necesidad de las normas para la convivencia en el aula, implicando a los alumnos en su elaboración.

Llegar a un acuerdo respecto a que sanciones se aplicarán a su incumplimiento.

**Tiempo de duración:** 60 minutos aproximadamente.

**Materiales:** hojas y lápiz, cartulina grande y fibrón.

#### **Desarrollo:**

Esta actividad se desarrolla con el círculo cercano o familiares del paciente y el paciente. El profesor les indica que, durante 10 minutos, piensen en aquellas normas que podrían mejorar el funcionamiento de su familia o grupo cercano. Estas normas pueden ser referidas a las tareas cotidianas de una vivienda (lavar los platos, barrer, etc.), salidas de paseo o compras, tiempo libre (mirar tv, juegos de video, uso del celular, etc). Cuantos más ámbitos mejor. Éstas son anotadas en la hoja y analizadas por los pacientes, red social y el coordinador. Se eliminarán todas aquellas normas que parezcan inviables o irrealizables. Los participantes que defiendan una norma determinada pueden aportar argumentos para convencer al resto del grupo de la utilidad de dicha norma. Las normas que finalmente sean elegidas serán escritas en una cartulina grande y colocada en la pared en un lugar visible.

A continuación, se invita a los participantes a que piensen qué posibles sanciones pueden tener los que incumplan las normas consensuadas, así como que ocurrirá cuando alguien reincida en el incumplimiento de alguna de éstas. También se

llegará a un acuerdo acerca de los premios que se recibirá periódicamente cuando se cumplan todas y cada una de las normas establecidas.

Nota para el coordinador: Es adecuado que se den sugerencias tanto de normas, como de medidas que se adoptarán en caso de infracción cuando se observe que los participantes tengan dificultades en exponerlas.

Que aspectos son fundamentales en la realización de esta técnica: El hecho de que los participantes (paciente y red social) se impliquen en la elaboración de las normas de funcionamiento de su vida diaria, hará que se comprometan mucho más en su cumplimiento, así pues, el coordinador debe fomentar la participación, ayudando a los participantes a los que les cueste.

#### **Cuarto encuentro**

En este encuentro se trabajarán las habilidades de comunicación, de expresión y de creatividad.

#### **Actividad N°1 - Hagamos un cuento**

##### **Objetivos:**

- Comprensión y desarrollo del lenguaje oral, la imaginación y la creatividad.
- Comunicación, expresión de ideas propias, sentimientos e intercambio comunicativo, con proyección a entrelazar diferentes ideas y la participación grupal.

**Tiempo de duración:** 80 minutos

**Materiales:** libro de cuentos cortos y fichas con imágenes de una escena y palabras.

##### **Desarrollo:**

Con todos los participantes sentados en círculo en la zona de la asamblea, se les propone contar un cuento de forma grupal. Para que sea de una forma más amena y

sencilla para ellos, el coordinador les entregara unos dibujos en los que aparecerá una escena y alguna palabra (ver anexo 2), a partir de las cuales debe surgir este cuento, pero las historias que cuenten cada uno tienen que tener sentido entre sí y darle un final. Para que las historias no sean tan largas y complicadas, se contarán varios cuentos diferentes, por lo que les será más fácil seguir el hilo de la historia, pensarla, entenderla y disfrutarla

**Habilidades sociales que se trabajan:** Esperar y respetar el turno de palabra, trabajo grupal relacionado, expresión oral, participación, escucha activa

### **Actividad N°2 - Letras y palabras**

#### **Objetivos:**

- Ser capaces de interpretar y reproducir palabras y conocer a través de las letras su significado.
- Asimilar un concepto como son las habilidades sociales, a la palabra que las define. Creación de un vínculo entre la producción oral y la producción escrita.
- Cooperación grupal y aplicación de la letra, la palabra y el significado.

**Tiempo de duración:** 40 minutos

**Materiales:** revistas viejas, cartulina, goma de pegar y tijera

#### **Desarrollo:**

Se divide el grupo en pequeños grupos de trabajo, pero no por equipos o mesas, si no mezclando a todos. En una pizarra el maestro escribirá palabras relacionadas con las habilidades sociales como, empatía, cooperación, autoestima, grupo, gracias, ayuda, etc. Y entregará a cada equipo revistas con las que tendrán que formar un collage con estas palabras entre todos. Una vez las hayan formado, tendrán que formar otras palabras diferentes

## **Quinto encuentro**

En este encuentro se plantea trabajar la comunicación no verbal así como también como algunas pautas sociales.

### **Actividad N°1 - El fantasma.**

#### **Objetivos:**

- Complementar el mensaje verbal con el lenguaje corporal.
- Mejorar la capacidad de transmitir mensajes con los gestos.
- Fomentar la creatividad e imaginación.
- Adquirir y utilizar habilidades comunicación por vías diferentes del lenguaje hablado.
- Valorar la importancia de comunicar con el propio cuerpo.

**Tiempo de duración:** 60 minutos

**Materiales:** una sábana y un foco (u otra fuente de luz intensa), un cronómetro y tarjetas de verbos.

#### **Desarrollo:**

La sábana se cuelga a modo de pantalla de y se coloca una luz intensa por detrás de forma que desde el otro lado se vea solo la silueta de lo que se pone entre la sábana y el foco. Éste será el escenario de nuestro fantasma.

El grupo se divide en dos equipos. El coordinador habrá preparado previamente unas tarjetas de cartulina en las que ha escrito verbos sobre acciones concretas: correr, saltar, cepillarse los dientes, ducharse, ... Deben ser verbos que se puedan interpretar con mímica.

Los dos equipos se sientan frente a la sábana y un participante de uno de los equipos coge una tarjeta al azar del mazo. A continuación debe representar con gestos,

detrás de la sábana, el verbo que le indica la tarjeta, mientras su equipo intenta adivinarlo. El jugador “fantasma” no puede hablar.

Además, al no ser visible la expresión de su cara, toda la información debe transmitirla con su cuerpo.

El coordinador será el encargado de decir cuándo se ha acertado la palabra secreta. También controlará el tiempo con el cronómetro o el reloj. Se establece un tiempo máximo (por ejemplo, un minuto) Si el equipo en juego no acierta se permite al otro equipo intentar adivinarlo. A continuación, un jugador del otro equipo saca una tarjeta y representa su verbo para su equipo. Se van anotando los aciertos de uno y otro equipo. Es importante que todos los alumnos/as pasen por detrás de la sábana, aunque para romper el hielo al principio es mejor dejar que salgan voluntariamente los más desinhibidos y poco a poco ir animando a los más tímidos. Cuando todos han participado se hace recuento de puntos.

## **Actividad N°2 - ¡Nos vamos al mercado!**

### **Objetivos:**

- Utilizar la comunicación oral para expresarse, representar y teatralizar diferentes escenas cotidianas.
- Potenciar las relaciones
- Desarrollar la creatividad y la imaginación

**Tiempo de duración:** 60 minutos.

**Materiales:** Diferentes objetos para hacer cada uno de los puestos del mercado. Dinero falso.

**Desarrollo:**

El coordinador les explicara a los niños que van a jugar al mercado. En primer lugar se hablará de los diferentes puestos que pueden encontrar allí, por lo que se repartirán los roles, un grupo en primer lugar serán los vendedores responsables de los puestos y otros serán las personas que van a comprar. Después se cambiaran los roles. El coordinador preguntara a los pacientes que comportamientos deben tener cuando van al mercado y se relacionan con otras personas, como siendo educados, ayudando a las personas mayores, pidiendo las cosas por favor, respetando los turnos, dando las gracias, etc. Cuando tengan claro que deben hacer el maestro les dejara libertad para realizar el rol playing, pero siempre estando atento de los comportamientos y utilización de las habilidades sociales. Al terminar la actividad, podrán verbalizar cómo se han sentido en los dos roles, cómo han actuado ellos y sus compañeros, qué debemos hacer en la realidad, etc.

**Habilidades sociales que se trabajan:** expresión y comunicación verbal, respeto por el turno, participación activa, expresar y valorar necesidades o sentimientos, empatía, cambio de roles, expresión correcta dependiendo del contexto, iniciar y mantener una conversación, pedir y ofrecer ayuda, asumir responsabilidades, aprender a compartir.

**Sexto encuentro**

Este encuentro se basa en un encuentro de cierre, se considera que todo trabajo debe tener un cierre y aquí se brindara ese espacio de reflexión.

**Actividad N°1 - Imagínate a ti mismo****Objetivo:**

Hacer conscientes a los pacientes de que la realización de sus proyectos futuros, depende, en gran medida, de ellos mismos.

**Tiempo de duración:** Aproximadamente, 60 minutos.

**Materiales:** hojas y lápices.

**Desarrollo:**

Esta actividad se basa en la utilización de técnicas de imaginería mental, las cuales son de gran utilidad para conseguir que las personas seamos conscientes de aspectos en los que nos es costoso concentrarnos por la carga emocional implícita que a veces poseen. El coordinador comenta a sus alumnos que en esta actividad van a pensar en el futuro y en cómo se imaginan a sí mismos dentro de algunos años. En primer lugar, deben cerrar los ojos e imaginarse a sí mismos dentro de 10 años. Cuando todos los pacientes han cerrado los ojos, el coordinador lee en voz alta las siguientes preguntas, cuidando siempre de dejar un tiempo entre pregunta y pregunta para que cada paciente, individualmente, pueda pensar e imaginar las respuestas. Las preguntas que debe realizar son las siguientes: «¿Cómo te imaginas físicamente dentro de 10 años?», «¿A qué crees que te dedicas?», «¿Qué gustos tienes?», «¿Con quién vives?», «¿Qué amigos tienes?», «¿Cómo es la relación con tus padres?», «¿Tienes pareja?», «¿Tienes hijos?», «¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?», «¿Eres feliz?», «¿De qué te sientes más orgulloso?». La fase de imaginación concluye y los pacientes ya pueden abrir los ojos. Después, pregunta a todos los pacientes en general si creen que ese futuro imaginado será necesariamente así o si puede ser de otra manera y, sobre todo, si creen que conseguir el futuro que desean es algo que depende en gran parte, aunque no totalmente, de ellos o si creen que no pueden hacer nada para acercarse a su futuro deseado. El coordinador debe reconducir este debate hacia la capacidad que todos tenemos para aumentar las probabilidades de alcanzar nuestros objetivos. No obstante,

lo primero que necesitamos para alcanzar nuestras metas es saber a dónde queremos llegar, qué queremos ser, cuáles son nuestros objetivos. Tener esto claro es haber recorrido ya la mitad del camino. El coordinador debe motivar a los pacientes para que valoren el poder y capacidad personales que tienen y la y necesidad de fijarse unos objetivos claros.

### **Actividad N°2 - Mi camino de vida**

#### **Objetivos:**

- Abrir espacios para analizar los aprendizajes.
- Pensar en sus historias, hacer un recuento de lo bueno y lo malo (integración de experiencias).
- Identificar los obstáculos a los que se han enfrentado y se enfrentan, y las herramientas con las que cuentan para superarlos.
- Mostrarles sus capacidades para tomar decisiones (proyectadas a futuro).
- Analizar lo que les parece útil (con qué se quedarían, qué no volverían a hacer).
- Valorar los resultados para beneficiarse de la experiencia. ¿Qué se aprendió y qué más necesita ser aprendido? ¿Cuáles fueron los éxitos y cuáles los fracasos? (todas las experiencias los implican).
- Explicitar que los éxitos pueden ser utilizados para enfrentar la próxima experiencia adversa con mayor confianza, y los fracasos pueden ser analizados para determinar cómo corregirlos.
- Ofrecerles espacios en los que reciban información, para volver a tomar decisiones, ahora con más experiencia y herramientas.

- Alentarlos y abrir espacios para alternativas les permite, además, construir la idea de transición, de transformación. Igual que han hecho un gran esfuerzo para esto, lo pueden hacer para lograr cualquier otra cosa en la vida. Son personas con mucha fuerza, muy valientes, que saben elegir y saben rechazar lo que no les sirve.
- Habilitar espacios en los que se les aliente a avanzar hacia sus metas.
- Propiciar la ingeniosidad (habilidad de identificar los recursos más importantes, incluidos los recursos humanos) para resolver cualquier dificultad, grande o pequeña, en cualquier situación.

**Tiempo de duración:** 80 minutos

**Materiales:** tiras de cartulinas de diferentes colores de 13 cm de altura.

### **Pasos para la actividad**

1. La actividad consistirá en pedir a los pacientes que representen con dibujos las distintas etapas de su vida, divididas en varios momentos. Se trata de que una vez que llenen una tira (si así sucede), peguen a lo largo, otra y otra, y todas las necesarias para que les quepan los dibujos o figuras que deseen.

2. Al final deberá quedar una sola tira tan larga como cada paciente desee hacerla.

3. La actividad va precedida por un ejercicio de relajación y después de éste, se les pedirá representar con arte la mayor cantidad de memorias que les vinieron a la mente en el ejercicio (mínimo 3). Es recomendable que avancen de 3 en 3 recuerdos por sesión.

4. La consigna para el ejercicio de relajación es la siguiente: • “Recuéstate boca arriba sobre el piso y cierra los ojos por unos minutos. Intenta no quedarte dormido/a. Ahora imagina que estás parado/a al inicio de un camino. Elige un medio de transporte.

Por ejemplo, ir a pie, en un coche, una bici, un patín, o incluso unas alas para mirar el camino desde arriba.”

- A continuación guía el ejercicio describiendo el camino hacia el pasado:
- “¿Cómo es ese camino al pasado? ¿Es recto? ¿Lleno de curvas? ¿Lleno de piedras? ¿Parejo? ¿De qué está hecho el suelo? ¿De terracería? ¿De concreto? ¿De pasto?”
- “¿Que hay en el camino? ¿Quiénes aparecen? ¿Son conocidos o desconocidos?”
- Pídeles que se vayan por ese camino hasta su memoria más antigua (vieja), cuando eran muy pequeños. Y que ahí hagan la primera parada del viaje.
- “¿Qué pasa alrededor? ¿Con quién estás? ¿Cómo es ese lugar? ¿Qué está pasando? ¿Cómo te sientes? ¿Hay alguien que está a tu lado?”
- Pídeles que recuperen por lo menos tres momentos significativos de su vida, sin que todavía hayan llegado al “final” del recorrido hasta hoy, que sería el momento de la migración y la subida al tren, en la que también se les pedirá que incluyan todas las paradas y qué pasó en cada una; hasta llegar al centro de asistencia.
- Ahora, pídeles que tomen el camino de regreso al tiempo presente. “Apenas están iniciando, no se apresuren, recuerden las memorias que, por buenas o malas, marcan momentos importantes o el paso de una etapa a la otra en sus vidas. Escojan algunas de ellas para hoy, de preferencia de la más vieja a la más reciente.”



## Recursos

Para la realización de las distintas actividades será necesario contar con una lista de recursos que será presentada en función de la actividad a desarrollar. A continuación se detallan los recursos a usar por rubro.

### Artículos de librería:

- Planillas “yo soy”
- Lápices de colores
- Pizarra
- Fibrones
- Hojas A3
- Hojas A4
- Lapiceras
- Papel de afiche
- Cartulina
- Goma de pegar
- Tijera
- Libros de cuentos cortos
- Fichas de imagen y palabra

### Artículos varios:

- 1 sábana blanca
- 1 velador
- Tarjetas de verbos
- Dinero falso

Artículos edilicios:

- Salón de uso múltiple con espacio para albergar los pacientes con sus acompañantes
- Electricidad
- Internet
- Sillas

## Presupuesto

En este punto se detallara de manera completa cuáles serán los gastos para la realización del taller que se llevará a cabo.

Cantidad	Materiales	Valor por unidad	Total
50	Planillas “yo soy”	\$5,00	\$250,00
15 cajas	Lápices de colores	\$290,00	\$4350,00
1	Pizarra	\$1930,00	\$1930,00
2 caja	Fibrones	\$799,00	\$1598,00
Resma	Hojas A3	\$640,00	\$640,00
Resma	Hojas A4	\$301,00	\$301,00
1 caja	Lapiceras	\$960,00	\$960,00
15	Papel de afiche	\$38,00	\$570,00
30	Cartulina	\$19,00	\$285,00
15	Goma de pegar	\$34,00	\$510,00
15	Tijera	\$93,99	\$1409,85
1	Libros de cuentos cortos	\$390,00	\$390,00
4	Fichas de imagen y palabra	\$8,00	\$32,00
1	sábana blanca	\$699,90	\$699,90
1	velador	\$797,00	\$797,00
30	Tarjetas de verbos	\$8,00	\$240,00
1	Utilería de supermercado	\$879,00	\$879,00
2	Dinero de juguete	\$135,00	\$270,00
12	Honorarios profesionales P/H	\$1570	\$19560,00
			\$35671,75

## **Evaluación**

La evaluación de este trabajo se realizara en función de lo expuesto en la matriz de evaluación de impacto (ver anexo 3), en la misma se describen cuatro categorías de análisis las cuales se encuentran alineadas a los objetivos del presente trabajo.

Cada categoría cuenta con diferentes indicadores que serán de utilidad para poder realizar un relevamiento de cambio (o no), sobre el resultado del taller anteriormente expuesto.

Para poder efectuar un monitoreo del impacto se utilizaran dos cuestionarios con sus respectivas escalas de análisis. Uno de ellos es el cuestionario de habilidades básicas de la vida diaria o BELS por sus siglas en inglés (Basic Everyday Living Skills) (ver anexo 4). Este cuestionario fue diseñado para evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración. Se compone de 26 preguntas, cada una de las cuales describe un comportamiento concreto (Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, 2010).

El otro cuestionario a utilizar es el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES), en este caso se hará uso de la versión en español desarrollada por Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, & Sanz (2006), el cual es una adaptación de dos cuestionarios FACES II (50 ítems) y FACES-20esp (ver anexo 5), los cuales miden la adaptación y la cohesión de los miembros familiares.

Para llevar a cabo esta evaluación se utilizara la forma test – retest la cual consiste en una aplicación antes y otra luego de un periodo de tiempo. Para el cuestionario BELS se utilizara la aplicación previa al inicio del taller y otra posterior. Para la aplicación de la adaptación del FACES II y FACES-20esp se aplicara una vez terminado el taller y otra 30 días después.

## **Resultados esperados**

En función del taller planteado, se pretende lograr la reinserción social de los pacientes que se encuentran internados como principal objetivo. Para ello es que se trabaja en la formación de una red sólida de contención y en la adquisición de habilidades para el uso cotidiano.

Como se fue mencionando a lo largo del trabajo la reinserción social no tiene como objetivo la cura del padecimiento, sino más bien lograr la mejora de la calidad de vida de los pacientes, esto ayudaría que puedan seguir su tratamiento y a una mayor adhesión a la terapia, pero dentro de su contexto y con las personas de su ámbito social como soporte para las diferentes curvas que puedan suscitar en su tratamiento.

Por lo tanto, los resultados esperados con este taller psicoeducativo son:

- Lograr una fuerte cohesión con su grupo de pertenencia, evitando así el sentimiento de dependencia hacia la institución para lograr menor cronicidad a la internación.
- Generar la adquisición de distintas habilidades para desenvolverse en su vida cotidiana, en este caso desde los puntos de vista simbólicos y prácticos.
- Ampliar el conocimiento y autoconocimiento de los pacientes a partir del desarrollo del taller y a su vez también el de los familiares ya que esto repercute en la cohesión de los miembros.

## **Conclusión**

En relación a lo expuesto hasta aquí, se concluye que este plan de intervención fue desarrollado con el fin de lograr la reinserción social de las personas que se encuentran internadas en el Nuevo Hospital de Rio IV San Antonio de Padua y no su cura.

Dicho dispositivo fue pensado y diagramado para que cada actividad incluya lo antes aprendido, de esta forma se dirá que no es un taller psicoeducativo lineal, si no que, para graficarlo mentalmente, seria espiralado y acumulativo. Esto quiere decir que cada uno de los nuevos aprendizajes formen parte de los que fueron dictándose en encuentros anteriores. A grandes rasgos se dirá que el taller psicoeducativo planteado se divide en dos grandes áreas, una de ellas es para trabajar la simbolización, y la otra es la puesta en práctica.

Se toma como población los pacientes internados con afecciones mentales, pero a esto se quiere remarcar que este trabajo no toma la definición de pacientes como una persona a la espera de la cura, sino todo lo contrario, en el presente trabajo se aborda al paciente como un sujeto dotado de derechos y en relación con el medio.

Una falencia que se encontró en este trabajo se debe a la recolección de los datos, ya que fueron propuestos por el material brindado por la universidad en forma de datos secundarios. Esto hace que no se tengan datos fieles como la población de internados, los índices de reincidencia, tipos de patologías, etc., que serían de gran ayuda para esquematizar un abordaje mucho más complejo y completo en función de las necesidades particulares de cada caso.

## Referencias

Ander Egg, E. (1991). *El taller. Una alternativa para la renovación pedagógica.*

Buenos Aires: Magisterio del Río de La Plata.

Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 159-182.

Biaggio, M., & Soberón, A. S. (2019). La vida no cabe en un diagnóstico: los usos de categorías del campo de la salud mental con fines descalificadores. *CELS*, 1- 8.

Buedo, P. , & Fiadaron, R. (2016). Descripción de las internaciones en salud mental de una institución monovalente de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26 - 42.

CELS, & MDRI. (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.* Buenos Aires: Siglo XXI.

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

- Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 223 - 244.
- Gallizo Llamas, M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en servicios penitenciarios. *Salud y drogas*, 57-73.
- Gold, A., & Gómez, A. (2016). *Psicoeducar 1. Algunas claves para entender un poco más a nuestros alumnos*. C.A.B.A.: Grupo Editorial Planeta.
- Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 114-125.
- González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 319 - 332.
- González, F. ( 2005). ¿Qué es un paradigma? Análisis teórico, conceptual y psicolingüístico del término. *Investigación y Postgrado*, 13-54.

Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. (2010). *Anexo 3.2 de la publicación “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco”*. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud.

Gutiérrez Carmona, M., & López, J. E. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 42-58.

Legislatura de la Provincia de Córdoba (2010). *Régimen de la protección de la salud mental en la Provincia de Córdoba Ley N° 9848*. Recuperado de <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>

Lonigro, S. (2015). Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina. En I. Seoane Toimil, & S. Lonigro, *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época* (págs. 5 - 19). La Plata: Edulp.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión

de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 317-338.

Ministerio de Salud (2010). *Ley Nacional de Salud Mental 26657*. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)

Montero, M. (1994). Un paradigma para la psicología social. Reflexiones desde el quehacer en América Latina. En M. Montero, *Construcción y crítica de la psicología social* (págs. 27-47). Barcelona: Anthropos.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Definición de salud mental*. Recuperado de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Real Academia Española (2020). *Definición de paciente*. Recuperado de <https://dle.rae.es/paciente>

Rodríguez Kuri, S. E., & Nute Méndez, L. D. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión gráfica. *Revista electronica de psicología Iztacala*, 189-213.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar.

*Cuicuilco*, 163 - 189.

Sala Adam, M., de Cárdenas Sotelo, O., Sala Adam, A., & González Jacomino, J.

(2000). Paciente... ¿Por qué? *Rev Cubana de Estomatol*, 123 - 126.

Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la

salud comunitaria. En D. G. Gollán, M. Rovere, N. Kreplak, F. Kaski Fullone, S.

Balaña De Caro, P. Kohan, . . . L. Tesler, *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria* (págs. 57-70). Buenos Aires: Colihue.

Tisera , A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., & Joskowicz, A. (2013). Salud mental

y desinstitucionalización: Resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de buenos aires. *Anuario de investigaciones*, 251 - 258.

Universidad Siglo 21 (2019). *Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua"*.

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

Zapico Barbeito, M. (2009). ¿Un derecho fundamental a la reinserción social?

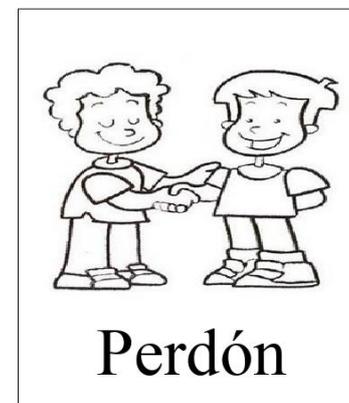
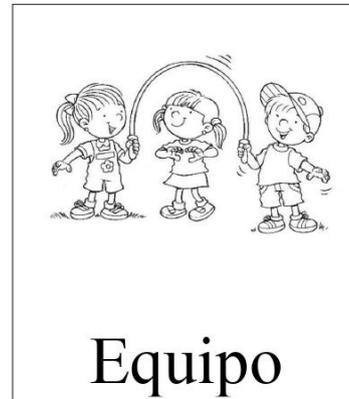
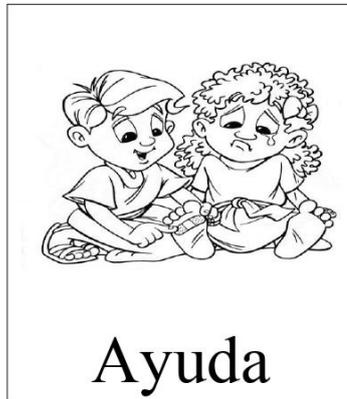
Reflexiones acerca del artículo 25.2 de la ce. *AFDUDC*, 919-944.

**Anexo**

**Anexo 1**

**Yo soy**

**Yo soy...**

**Anexo 2:**

### Anexo 3: Matriz de evaluación de impacto

CATEGORIA DE ANALISIS	INDICADOR	RESPUESTAS
Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer sus propios derechos</li> <li>- Conocimiento sobre el padecimiento</li> <li>- Capacidad para comprender el aparato psíquico.</li> </ul>	
Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocerse como un sujeto histórico y social</li> <li>- Dominio sobre el conocimiento de su cuerpo, conducta, fortalezas, limitaciones y potencialidades.</li> </ul>	
Red de contención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cercanía de miembros</li> <li>- Resolución de problemas</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Normatividad</li> <li>- Relaciones extra familiares</li> <li>- Comunicación</li> </ul>	
Adquisición de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocuidado</li> <li>- Habilidades Domésticas</li> <li>- Habilidades Comunitarias</li> <li>- Actividad y Relaciones Sociales</li> </ul>	

### Anexo 4: Cuestionario BELS

## 1. Independencia de movimientos

(Se valora la frecuencia de sus salidas y cuánto se aleja en ellas)

P. ¿Hasta qué punto <S<sup>1</sup>> es independiente para salir?

¿Hasta qué distancia se atreve a salir? ¿Está desorientado/a en el espacio?

### Escala de oportunidad

2 Alojamiento abierto.

1 Alojamiento cerrado, pero esta persona en concreto es libre para salir, o alojamiento abierto, pero este/a residente en concreto tiene que informar al personal / familiar de sus salidas.

0 El alojamiento está cerrado para mantener dentro a esta persona en concreto o sólo se le permite salir acompañada, está incapacitada y necesita asistencia física.

### Escala de realización de actividades

4 Totalmente independiente. Sale solo/a más allá de los límites del área local. Puede orientarse en lugares que no le son familiares.

3 Independiente dentro del barrio. Visita uno o dos lugares conocidos fuera del área local. Sale regularmente.

2 Sale a diferentes lugares conocidos dentro de distancias que puede recorrer a pie (p. ej., tiendas, parques, instalaciones asistenciales, visitas a amigos/as). Salidas irregulares.

1 Encuentra su camino dentro del vecindario, pero rara vez sale. Es acompañado/a a lugares que se encuentran a mayor distancia.

0 Nunca sale fuera sin compañía. Sin ganas o incapaz (debido a falta de movilidad u orientación pobre).

9 Desconocido.

## 2. Despertarse y levantarse

---

<sup>1</sup> La <S> que aparece en cada pregunta debe ser sustituida por el nombre del <Sujeto >

(Se valora la rutina de despertarse y levantarse por la mañana de lunes a viernes únicamente).

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente para levantarse por la mañana?

### **Escala de oportunidad**

2 La persona no es despertada por el personal / familiar.

1 Oportunidad para despertarse espontáneamente pero al final la persona es despertada por el personal / familiar.

0 Es despertado/a por el personal / familiar sin ninguna oportunidad para despertarse espontáneamente o necesita ayuda física.

### **Escala de realización de actividades**

4 Independencia total. Se despierta espontáneamente y se levanta a una hora razonable.

3 Funciona independientemente. Ninguna supervisión, algunas veces es lento para despertarse y levantarse a una hora razonable menos de 1 vez por semana.

2 Ocasionalmente se le sugiere que se levante a tiempo (Ej. menos de 4 veces al mes, pero no a diario). Si ningún miembro del personal / familiar intenta modificar su comportamiento no llega al desayuno u ocasionalmente se retrasa en las actividades programadas.

1 Frecuentemente se le ayuda para que se levante a tiempo (más de 4 veces al mes pero no diariamente). Si ningún miembro del personal / familiar intenta modificar su comportamiento llega tarde a las actividades más de dos veces a la semana.

0 Se le ayuda diariamente o tiene ayuda física para levantarse (debido a una movilidad defectuosa). Si no se le estimula se levanta todos los días tarde, a una hora no razonable.

9 Desconocido

### **3. Vestirse**

(Se valora la independencia para seleccionar la ropa y vestirse)

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente al vestirse? ¿Se viste apropiadamente?

### **Escala de oportunidad**

2 La persona tiene la posibilidad de seleccionar su ropa.

1 La persona está en un alojamiento donde el personal / familiar selecciona la ropa rutinariamente.

### **Escala de realización de actividades**

4 Totalmente independiente. Escoge la ropa apropiada según la temperatura o la situación y se viste correctamente.

3 Funciona independientemente. No hay supervisión. Muestra una ligera inadecuación o descuido.

2 Se le recuerda ocasionalmente que mantenga las normas apropiadas en el vestir (por ejemplo, menos de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si no se intenta modificar su conducta, muestra ocasionalmente descuido o forma inadecuada en el vestir o duerme con la ropa del día.

1 Frecuentemente es supervisado/a para seleccionar la ropa adecuada y ponérsela correctamente (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no a diario). Si no se intenta modificar su conducta, se muestra ocasionalmente inadecuado/a o descuidado/a en el vestir o se viste de acuerdo con un delirio.

0 Es supervisado/a a diario a la hora de vestirse. O necesita ayuda física.

9 Desconocido.

## **4. Vuelta a casa por la noche**

(Se valora la responsabilidad a su propia seguridad y la atención hacia las personas cuidadoras / familiares interesados/as)

P. ¿Hasta qué punto se puede confiar en que <S> vuelva a la casa o residencia?

### **Escala de oportunidad**

2 Alojamiento o residencia abierta.

1 Alojamiento cerrado pero este/a residente en concreto es libre para salir o alojamiento abierto pero este/a residente en concreto tiene que informar al personal / familiar si sale.

0 El alojamiento está cerrado para impedir la salida de este/a residente en concreto / o únicamente se le permite salir acompañado/a / o está incapacitado/a y necesita ayuda física.

### **Escala de realización de actividades**

4 Totalmente independiente. No necesita ser controlado/a.

3 Funciona independientemente. De vez en cuando llega más tarde de lo que se esperaba, pero no es supervisado/a, ni es una preocupación importante para el personal / familiar.

2 Ocasionalmente llega tarde (p. ej., menos de cuatro veces al mes) y no informa a cuidadores / familiares sobre la hora de su regreso. A veces puede ser un problema. (Casi siempre coopera bajo supervisión).

1 Frecuentemente llega tarde (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario) y a menudo es un problema para cuidadores y/o familiares. O se fugó o perdió en los seis últimos meses. (Bajo supervisión, la mayoría de las veces no coopera).

0 Problemas importantes en este área. No regresa, ausente durante días. No deja que las personas cuidadoras / familiares sepan su paradero. Estuvo perdido/a más de una vez en los 6 últimos meses (problemas importantes en aceptar o seguir orientaciones) o no se le permite salir sin compañía.

9 Desconocido.

### **5. Comidas**

(Se valora la regularidad en obtener su comida diaria, incluyendo comida preparada).

P. ¿Con qué regularidad come <S>? ¿Se salta a menudo las comidas?

### **Escala de oportunidad**

2 Para todos los y las residentes

### **Escala de realización de actividades**

4 Obtiene su comida diaria regularmente. O bien, prepara sus propias comidas de un modo adecuado, o si le facilitan éstas, asiste regularmente a comer.

3 Ocasionalmente se despreocupa de conseguir la comida. Si se le sirve, falta a veces a alguna comida. No hay supervisión.

2 Hay que recordarle ocasionalmente que asista u obtenga la comida (p. ej., menos de cuatro veces al mes). Si no se le recuerda falta a varias comidas principales en la semana o falta al desayuno todos los días.

1 Hay que recordarle frecuentemente que asista a las comidas con regularidad (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario). Si no se le recuerda se salta una comida principal casi todos los días.

0 Se le recuerda a diario que asista a las comidas.

9 Desconocido.

## **6. Medicación**

(Se valora la independencia y conformidad con cualquier medicación prescrita)

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente para tomar la medicación?

### **Escala de oportunidad**

2 Maneja y guarda su propia medicación sin supervisión.

1 Las medicinas las tiene el personal / familiar pero la persona tiene la obligación de recordar cuándo debe tomar la medicación (bajo supervisión del personal / familiar).

0 Las medicinas son manejadas y administradas por el personal / familiar.

### **Escala de realización de actividades**

4 Completamente responsable para tomar la medicación o asiste regularmente a ponerse las inyecciones depot o va a por las recetas.

3 Guarda su propia medicación. Se le recuerda ocasionalmente que tome las medicinas o el personal de enfermería le administra las inyecciones en el hogar o en el trabajo. Cooperar.

2 Medicación administrada por las personas cuidadoras / familiares. Suele cooperar.

1 Medicación administrada por las personas cuidadoras/ familiares. A menudo no cooperar.

0 Problemas graves con el cumplimiento del tratamiento. Rechaza la medicación.

9 No tiene medicación / Desconocido.

## **7. Higiene personal**

(Se valora la higiene corporal)

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente para mantener la rutina de aseo personal diario?

### **Escala de oportunidad**

2 Puede usar el cuarto de baño sin restricciones o supervisión.

1 Se baña o se ducha en días concretos o precisa ayuda física para ello.

0 Necesita ayuda física para el aseo personal diario.

### **Escala de realización de actividades**

4 Totalmente independiente. Mantiene buen nivel de higiene y aseo.

3 Funciona independientemente. Sin supervisión. Algún descuido con la higiene.

2 Ocasionalmente hay que recordarle que se asee (Ej. menos de cuatro veces al mes) (Ej. afeitado, cepillado de dientes). Si se le deja, presenta descuidos ocasionales con ciertos aspectos del aseo personal.

1 Se le pide con frecuencia que mantenga un nivel aceptable de aseo personal (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, muestra frecuentes descuidos en el aseo personal diario.

0 Se le pide a diario que cuide su aseo. Ningún intento espontáneo / o necesita ayuda física para el aseo personal.

9 Desconocido.

## **8. Ropa**

(Se valora la limpieza y el estado de conservación)

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente para cambiarse de ropa sucia o estropeada?

### **Escala de oportunidad**

2 Para todas las personas residentes.

1 La persona se encuentra en un alojamiento donde el personal / familiar selecciona rutinariamente su ropa.

### **Escala de realización de actividades**

4 Totalmente independiente. Se cambia de ropa regularmente. Ropa limpia, planchada, en buen estado de conservación.

3 Funciona independientemente. Pequeños problemas con la limpieza y el estado de la ropa.

2 De vez en cuando se le pide que se cambie la ropa sucia (menos de cuatro veces al mes). Si se le deja, se muestra descuidado con ciertos aspectos de limpieza y estado de la ropa.

1 Se le pide frecuentemente que mantenga un nivel aceptable de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, se muestra muy descuidado/a.

0 Es supervisado/a diariamente. Ningún intento espontáneo de cuidar el estado de la ropa.

9 Desconocido.

## **9. Incontinencia**

(Se valora la incapacidad física para controlar los esfínteres vesical y anal)

P. ¿Es capaz <S> de controlar sus esfínteres vesical y anal?

### **Escala de oportunidad**

2 Para todas las personas residentes.

### **Escala de realización de actividades**

4 No existe incontinencia.

3 Incontinencia urinaria (menos de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.

2 Incontinencia urinaria (más de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.

1 Incontinencia fecal (menos de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).

0 Incontinencia fecal (más de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).

9 Desconocido.

## **10. Comportamiento en el cuarto de baño**

P. Independientemente de que tenga o no incontinencia ¿Utiliza <S> el cuarto de baño de un modo apropiado?

### **Escala de oportunidad**

2 Para todas las personas residentes.

### **Escala de realización de actividades**

4 Siempre.

3 Funciona independientemente pero tiene algún descuido (Ej. olvida tirar de la cisterna, o moja la superficies del retrete o el suelo).

2 La ropa está mojada y/o huele mal, es necesario llamarle la atención.

1 Orina o defeca en zonas públicas.

0 Problema importante. La ropa está mojada y/o huele mal y orina o defeca en zonas públicas.

9 Desconocido.

## **11. Preparación de comidas/platos combinados/completos**

(Se valora la organización de comidas)

P. ¿Hasta qué punto es <S> independiente para preparar sus comidas: desayuno, almuerzo o cena?

### **Escala de oportunidad**

2 Puede usar la cocina sin restricciones o supervisión.

1 Permitido el uso de la cocina sólo en ciertos momentos del día o sólo con la supervisión del personal / familiar.

0 Nunca se permite usar la cocina o no hay cocina.

### **Escala de realización de actividades**

4 Completamente independiente. Prepara todas sus comidas con variedad.

3 Prepara la mayoría de sus comidas (Ej. almuerza en un servicio de día, pero se prepara el desayuno y la cena y las comidas del fin de semana con variedad). O toma parte activa en la cocina de la comunidad (Ej. cocina normalmente cuando le toca) con regularidad.

2 Prepara alguna comida (Ej. el desayuno) pero las demás son proporcionadas por cuidadores/as o familiares o prepara todas sus comidas sin variedad.

1 Ayuda con limitaciones en la cocina (Ej... limpiar y cortar verdura).

0 No participa en la preparación de las comidas.

9 Desconocido.

## **12. Preparación de comidas simples, bocadillos, bebidas entre comidas**

P. ¿hasta qué punto <s> es independiente al prepararse sus bebidas calientes o sus bocadillos?

### **Escala de oportunidad**

2 Tiene acceso a la cafetera y electrodomésticos de la cocina (Ej. tostador) sin restricción.

1 Tiene acceso a las instalaciones arriba mencionadas únicamente a ciertas horas del día o sólo con la supervisión del personal / familiar.

0 Nunca se le permite utilizar las instalaciones o no hay instalaciones.

### **Escala de realización de actividades**

4 Prepara comidas o bebidas simples independientemente. Lo hace con regularidad.

3 Tiene algún pequeño problema con la preparación de comidas o bebidas simples.

2 Tiene supervisión ocasional para la preparación de comidas simples (menos de cuatro veces al mes). Si no hay supervisión, prepara comidas o bebidas solo de forma ocasional / o algunas veces las prepara de manera inapropiada.

1 Siempre es supervisado/a en la preparación de comidas simples.

0 Nunca prepara comidas o bebidas simples.

9 Desconocido.

## **13. Compra de comestibles**

(Se valora el uso de tiendas y la variedad de productos que compra. No incluye comer en cafeterías o restaurantes al estar esto valorado en la pregunta 19)

P ¿hasta qué punto es <s> independiente para ir a las tiendas de comestibles?

### **Escala de oportunidad**

2 Puede salir sin compañía y tiene la oportunidad de cocinar algo.

1 Puede salir sin compañía pero no tiene la oportunidad de cocinar, o va de compras sólo en grupo.

0 No se le permite salir sin compañía.

### **Escala de realización de actividades**

4 Completamente independiente. Consigue sus propias provisiones organizándose adecuadamente y utiliza las tiendas correctamente.

3 Parcialmente independiente al comprar alimentos. Hace turnos normales en las compras. Hace la compra correctamente con una lista.

2 Utiliza una tienda que le es familiar. Compra independientemente una gama limitada de productos, no incluyendo planificación para la preparación de la comida completa, (Ej. té, café, galletas). Recibe ayuda con otras compras. Si no se le presta ayuda, olvida cosas necesarias o hace compras inapropiadas.

1 Sólo compra con supervisión, o cuenta con los empleados de la tienda para que le ayuden a pagar y obtener el cambio correcto. Compra pocos productos para su consumo inmediato (Ej. dulces, bebidas).

0 No compra en tiendas de comestibles.

9 Desconocido.

## **14. Compras**

(Se valora ropa, zapatos y objetos personales o de la casa)

P. ¿Hasta qué punto es <S> independiente para comprar objetos personales que no sean comida?

**Escala de oportunidad**

2 Alojamiento abierto o residencia.

1 Alojamiento cerrado pero este/a residente en concreto tiene libertad para salir, o alojamiento abierto pero este residente en concreto tiene que informar al personal o familiar si sale.

0 Alojamiento cerrado para impedir salir a este/a residente o sólo se le permite salir acompañado/a o está incapacitado/a y necesita ayuda física.

**Escala de realización de actividades**

4 Completamente independiente.

3 Parcialmente independiente. Recibe algo de ayuda para las compras más complejas (Ej. muebles, etc.).

2 Compra independientemente una gama limitada de productos (Ej. jabón o cigarrillos). Recibe ayuda con otras compras (Ej. zapatos). Si no recibe ayuda, descuida compras necesarias o hace compras inapropiadas.

1 Sólo compra con supervisión o cuenta con ayuda del personal de la tienda para pagar y obtener el cambio correcto incluso para una compra simple.

0 No compra nunca ningún objeto personal.

9 Desconocido.

**15. Lavado de ropa**

(Se valora ropa personal y ropa de cama)

P. ¿hasta qué punto es <s> independiente para lavar su propia ropa o ropa de cama?

**Escala de oportunidad**

2 Utiliza la lavadora. Lava la ropa de cama y la ropa personal.

1 Utiliza la lavadora pero se le proporcionan las sábanas.

0 No tiene lavadora.

### **Escala de realización de actividades**

4 Completamente independiente. Utiliza la lavadora, la lavandería y la limpieza en seco de forma autónoma y correcta.

3 Independiente en parte. Usa la lavadora y/o lava a mano espontáneamente y con regularidad. Las personas cuidadoras o familiares le lavan algunas cosas (Ej. sábanas, etc.)

2 Es supervisado/a o se le recuerda que lave su ropa personal. Si no se le supervisa, muestra negligencia en esta actividad.

1 Ayuda con la colada (Ej. recogerla), pero depende básicamente de cuidadores/as o familiares para la provisión de ropa o sábanas limpias.

0 No hace la colada ni ayuda con el lavado de ropa.

9 Desconocido.

## **16. Cuidado del espacio personal**

(Se valora el orden de la habitación, especialmente en la zona de la cama)

P. ¿hasta qué punto es <s> limpio/a y ordenado/a en el espacio donde vive?

### **Escala de oportunidad**

2 No hay personal de limpieza.

1 Hay personal de limpieza pero se espera que la persona mantenga limpia su zona de la cama y armario.

0 Hay personal de limpieza. No se espera que la persona mantenga limpia su zona de la cama y armario.

### **Escala de realización de actividades**

4 Completamente independiente. Limpia y ordena su espacio personal. Mantiene un nivel correcto de limpieza.

3 Parcialmente independiente al limpiar su espacio personal. Necesita que se le recuerde en ocasiones o está por debajo del nivel normal de limpieza (menos de cuatro veces al mes).

2 Se le recuerda frecuentemente que mantenga un nivel correcto de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no a diario) si no, se descuida.

1 Se le sugiere a diario que cuide su espacio personal (si no, muestra muchos descuidos).

0 No ordena su espacio personal.

9 Desconocido.

### **17. Cuidado de su casa o zonas comunes**

P. ¿hasta qué punto es <s> independiente al hacer las tareas domésticas generales?

#### **Escala de oportunidad**

2 Vive en la comunidad y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.

1 Vive en el hospital o en residencias asistidas y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.

0 Ninguna oportunidad de hacer tareas domésticas (Ej. las normas del alojamiento lo impiden).

#### **Escala de realización de actividades**

4 Completamente independiente para mantener limpia la casa o comparte las tareas domésticas comunes. Ninguna ayuda de nadie del personal o familia.

3 Parcialmente independiente en la limpieza de la casa. Hace una tarea particular en la casa. Si vive independientemente, pequeños problemas con el nivel de limpieza y el orden. Ninguna ayuda del personal / familiar.

2 En ocasiones necesita que se le recuerde que haga las tareas domésticas, (menos de cuatro veces al mes) si no, se descuida.

1 Rara vez ayuda en las tareas domésticas o frecuentemente se le sugiere que lo haga. Si no, signos de gran descuido.

0 No hace ni comparte tareas domésticas.

9 Desconocido.

## **18. Uso del transporte público**

P. ¿hasta qué punto es <s> independiente al utilizar el transporte público?

### **Escala de oportunidad**

2 Alojamiento abierto.

1 Alojamiento cerrado pero esta persona en concreto es libre de salir, o alojamiento abierto, pero esta persona en concreto tiene que informar al personal / familiar si sale.

0 Alojamiento cerrado para impedir que salga esta persona, o sólo se le permite salir acompañada o discapacitada y necesita ayuda física.

### **Escala de realización de actividades**

4 Utiliza diferentes transportes públicos con total independencia. Puede ir a lugares que no le son familiares en transporte público.

3 Usa el transporte regularmente de forma independiente en líneas conocidas.

2 Usa el transporte público independientemente para ir sólo a un sitio concreto y conocido.

1 Es acompañado/a cuando utiliza el transporte público o usa transporte asistido.

0 Nunca usa el transporte público independientemente. Resistencia y dificultad incluso con compañía.

9 Desconocido.

## **19. Uso de los servicios asistenciales**

(Sanitarios y sociales: médico general, dentista, seguridad social, vivienda y otros servicios sociales).

P. ¿Hasta qué punto es <S> independiente para utilizar los servicios asistenciales (sanitarios y sociales)?

### **Escala de oportunidad**

2 Se espera que concierte todas las citas.

1 Algunas de las citas tienen que hacerse a través del personal / familiar.

0 Todas las citas las tienen que concertar el personal / familiar

### **Escala de realización de actividades**

4 Usa los servicios arriba mencionados bien y con total independencia.

3 Usa algunos servicios independientemente pero necesita ayuda con otros (Ej. cumplimentar formularios más complejos).

2 Es ayudado/a para ponerse en contacto con los servicios apropiados (Ej. pedir cita, cumplimentar formularios). Puede verbalizar sus necesidades al personal/ familiares. Si no se le ofrece ayuda, muestra dificultades en el manejo personal (Ej. fracaso en conseguir la ayuda social, problemas de salud no atendidos).

1 Siempre recibe ayuda para contactar con los servicios apropiados. Escasa habilidad para reconocer y verbalizar necesidades, o se niega a utilizar los servicios a pesar de necesitarlos.

0 No intenta comunicar espontáneamente las necesidades que tiene de estos servicios.

9 Desconocido.

## **20. Utilización de los locales y servicios públicos**

(Se valora biblioteca, parques, bancos, oficinas de correo, bares, restaurantes, cines, teatros, club sociales, clases nocturnas, instalaciones deportivas, iglesia, etc.)

P. ¿Hasta qué punto es <S> independiente para utilizar los locales o servicios públicos?

### **Escala de oportunidad**

2 Alojamiento abierto o residencia.

1 Alojamiento cerrado pero esta persona en concreto es libre para salir, o alojamiento abierto pero esta persona en concreto tiene que informar al personal/familiar si sale.

0 Alojamiento cerrado para impedir que salga esta persona, o sólo se le permite salir acompañada, o incapacitada y necesita ayuda física.

### **Escala de realización de actividades**

4 Usa diferentes locales y servicios públicos independientemente y con alguna regularidad.

3 Usa uno regularmente (Ej. oficina de correos) u otros ocasionalmente (menos de cuatro veces al mes).

2 Usa uno sólo si se le propone. Si se le deja rara vez usa servicios locales o públicos (una vez al mes).

1 Usa los locales o servicios públicos acompañado/a.

0 Nunca usa ninguno de los arriba mencionados.

9 Desconocido.

## **21. Uso del dinero o capacidad de controlar su presupuesto**

(Se valora la administración del dinero sin tener en cuenta la fuente de ingresos)

P. ¿Hasta qué punto es <S> independiente para administrar su dinero?

### **Escala de oportunidad**

2 Se le paga el dinero a través de su propia cuenta bancaria, fuera del hospital o residencia y paga sus propias facturas.

1 Se le paga el dinero en su cuenta personal, dentro de la institución. Pago de facturas deducido antes de que lo reciba.

0 Recibe un paquete (Ej. un paquete que contiene productos personales como elementos de aseo, caramelos).

### **Escala de realización de actividades**

4 Administra su economía independientemente.

3 Independiente. Ocasionalmente escasez de dinero pero no presenta problemas importantes.

2 Para controlar el dinero tiene una asignación semanal.

1 Para controlar el dinero tiene una asignación diaria o pequeñas sumas de dinero cada vez.

0 Tiene problemas importantes con el concepto dinero o administración. El dinero es administrado totalmente por el personal/ familiares. O no tiene interés en el uso de dinero.

9 Desconocido.

## **22. Ocupación diaria**

(Se valora el grado en que se involucra en actividades instrumentales, excluyendo las que no tienen un objetivo). (Tener en cuenta la edad y situación).

P. ¿Hasta qué punto es <S> una persona activa y resuelta en sus tareas diarias?

### **Escala de oportunidad**

2 Alojamiento o residencia abierta.

1 Alojamiento cerrado.

#### Escala de realización de actividades

4 Se mantiene apropiadamente activo/a (tiene un trabajo, trabaja como voluntario/a o asiste a algún servicio social de día sin estímulo o está involucrado/a en actividades domésticas).

3 Se mantiene activo/a parte del tiempo (como se menciona arriba pero con periodos ocasionales de inactividad).

2 Se le sugiere ocasionalmente que realice alguna actividad de este tipo, si no se intenta modificar su comportamiento, muestra periodos frecuentes de inactividad (50% del tiempo).

1 Se le sugiere frecuentemente que realice alguna actividad que tenga propósito, si no se modifica el comportamiento muestra diariamente periodos prologados de inactividad.

0 Muy difícil de ocupar. No hace nada la mayor parte del tiempo.

9 Desconocido.

### **23. Actividades de tiempo libre**

P. ¿Cómo pasa <S> su tiempo libre? ¿Realiza alguna actividad de ocio?

#### **Escala de oportunidad**

2 Alojamiento o residencia abierta.

1 Alojamiento cerrado.

#### **Escala de realización de actividades**

4 Sigue actividades de ocio tanto individuales como de grupo sin que haya que estimularle regularmente (visitas, salidas con amigos/as).

3 Se une a actividades de ocio tanto individuales como de grupo (charlando con la gente, saliendo con otros) pero necesita que le estimule para algunas actividades.

2 Sigue actividades de ocio individuales (Ej. leer, ver la televisión, oír la radio, pasear).

1 Participa en actividades en solitario sólo cuando se le sugieren. Ninguna actividad de grupo.

0 Dificultad para interesarle o engancharle en algo. Pasa el tiempo libre sin hacer nada.

9 Desconocido.

## **24. Sociabilidad**

(Se valora la frecuencia y el nivel de relación con otras personas)

P. ¿Hasta qué punto es <S> sociable? ¿Busca la compañía de otras personas?

### **Escala de oportunidad**

2 Alojamiento o residencia abierta.

1 Alojamiento cerrado.

### **Escala de realización de actividades**

4 Mantiene espontáneamente contacto con parientes, amistades o personas conocidas. Se relaciona bien con los demás. Busca compañía.

3 Mantiene contacto con varios/as amigos/as, conocidos/as o parientes. Se relaciona superficialmente con otras personas con las que tiene contacto diario.

2 Se relaciona con pocas personas conocidas. Abierto a los acercamientos sociales de otros pero no busca compañía.

1 Solitario/a, aislado/a o introvertido/a. Raramente se acerca a otras personas.

0 Extremadamente aislado/a o introvertido/a. Rechaza los acercamientos sociales.

9 Desconocido.

## **25. Consideración y preocupación por otras personas**

(Se valora comunicación verbal y no verbal)

P. ¿Qué consideración y preocupación muestra <S> por otras personas?

(Ej. si un/a miembro del personal/familiar o un/a compañero/a está enfermo/a ¿se preocupa?).

### **Escala de oportunidad**

2 Para todas las personas residentes.

### **Escala de realización de actividades**

4 Muestra consideración y preocupación por otras personas.

3 A veces muestra consideración y preocupación por otros/a pero es inconsistente.

2 Muestra algo de consideración y preocupación por otros/a.

1 Difícilmente muestra cualquier consideración y preocupación por otros/a.

0 No muestra consideración o preocupación.

9 Desconocido.

## **26. Prestar auxilio en una emergencia**

P. Considerar una emergencia doméstica (Ej. desmayo de un compañero/a o familiar, fuego en la cocina, reventón de una tubería)

¿Cómo respondería <S> ante esta situación?

**Escala de oportunidad**

2 Para la mayoría de las personas residentes.

1 Incapacitados/as, necesitan ayuda física.

**Escala de realización de actividades**

4 Acción rápida y apropiada que conlleva una respuesta independiente inmediata y una petición de ayuda.

3 Demandaría ayuda, pero difícilmente iniciaría una acción autónoma.

2 Poco probable que busque ayuda.

1 Definitivamente no buscaría ayuda.

0 No buscaría ayuda, su comportamiento sería de obstrucción (Ej. no permitiría el acceso del servicio de emergencia).

9 Desconocido o imposibilidad de juzgar.

**Planilla de respuestas:**

Habilidades básicas de la vida diaria – bels

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona informante: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la entrevistador/a: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

## Hoja de respuestas

<b>Autocuidado</b>		<b>Oportunidad de independencia</b>	<b>Desempeño actual</b>
1. Independencia de movimientos	1		
2. Despertarse y levantarse	2		
3. Vestirse	3		
4. Vuelta a casa por la noche	4		
5. Comidas	5		
6. Medicación	6		
7. Higiene personal	7		
8. Ropa	8		
9. Incontinencia	9		

10. Comportamiento en el cuarto de baño	10		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
<b>Habilidades Domésticas</b>			
11. Preparación de comidas	11		
12. Preparación de comidas simples	12		
13. Compra de comestibles	13		
14. Compras	14		
15. Lavado de ropa	15		
16. Cuidado de espacio personal	16		
17. Cuidado de su casa o zonas comunes	17		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
<b>Habilidades Comunitarias</b>			
18. Uso de transporte público	18		
19. Uso de servicios asistenciales	19		
20. Uso de los locales y servicios públicos	20		
21. Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	21		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b
<b>Actividad y Relaciones Sociales</b>			
22. Ocupación diaria	22		
23. Actividades de tiempo libre	23		
24. Sociabilidad	24		
25. Consideración y preocupación por otras personas	25		
26. Prestar auxilio en una emergencia	26		
a) TOTAL b) PROMEDIO		a	b

### Anexo 5: *FACES II* (50 ítems) y *FACES-20esp*

<b>1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. ©</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>2. Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos. (A)</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>3. Los padres tienen dificultades para llegar a acuerdos.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>4. En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa. (A)</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>5. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia. (C)</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>6. Es difícil saber cuáles son las normas en nuestra familia.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>7. Los miembros de la familia se evitan unos a otros en casa.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>8. Los miembros de la familia tienen miedo de decir lo que piensan.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>9. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente. (C)</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>10. En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones). (A)</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>11. Vemos con buenos ojos los amigos de los otros miembros de la familia.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>

12. Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución. (A)	1 2 3 4 5
13. En nuestra familia hacemos cosas juntos. (C)	1 2 3 4 5
14. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia más cercana.	1 2 3 4 5
15. Cuando surge un problema, cada miembro de la familia lo resuelve por su cuenta.	1 2 3 4 5
16. Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente. (A)	1 2 3 4 5
17. Los miembros de la familia tienen dificultades para encontrar tiempo para estar juntos.	1 2 3 4 5
18. En nuestra familia todos compartimos las responsabilidades.	1 2 3 4 5
19. Los miembros de la familia se meten demasiado en los asuntos de los demás.	1 2 3 4 5
20. En nuestra familia, mandan diferentes personas.	1 2 3 4 5
21. Los miembros de la familia conocen a los amigos íntimos de los demás.	1 2 3 4 5
22. En nuestra familia, es difícil cambiar una norma.	1 2 3 4 5
23. En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina). ©	1 2 3 4 5
24. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a personas externas a la familia que a los propios miembros de la familia.	1 2 3 4 5
25. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos. ©	1 2 3 4 5
26. En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión. (A)	1 2 3 4 5
27. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles. ©	1 2 3 4 5
28. En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas. (A)	1 2 3 4 5
29. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies. (C)	1 2 3 4 5
30. Cuando quedamos para hacer actividades juntos, la mayoría de los miembros de la familia está presente.	1 2 3 4 5
31. Tenemos amigos a los que vemos todos juntos como familia.	1 2 3 4 5
32. En nuestra familia se respeta la forma de ser de cada uno.	1 2 3 4 5
33. Los miembros de la familia hacen cosas en parejas, más que todos juntos.	1 2 3 4 5
34. Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes. (A)	1 2 3 4 5
35. Es más fácil comentar los problemas con personas externas a la familia que con los otros miembros de la familia.	1 2 3 4 5
36. Nos cuesta pensar en cosas para hacer juntos.	1 2 3 4 5
37. Nuestra familia cambia su forma de organizar las actividades de la vida diaria de la familia.	1 2 3 4 5
38. Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones. (C)	1 2 3 4 5
39. En nuestra familia las normas pueden cambiarse.	1 2 3 4 5
40. Nuestra familia come reunida más de una vez al día.	1 2 3 4 5
41. Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo. (A)	1 2 3 4 5
42. La unidad familiar es una preocupación principal. (C)	1 2 3 4 5

<b>43. La mayoría de las decisiones las toman los padres.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>44. Una vez que se le asigna una tarea a un miembro de la familia, no es posible realizar cambios.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>45. Nuestra familia no habla sobre sus problemas.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>46. Tornamos entre todos la responsabilidad de las tareas domésticas</b>	<b>12345</b>
<b>47. Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas. (A)</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>48. En nuestra familia es difícil saber quién manda.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>49. Es difícil saber quién hace cada tarea doméstica.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>50. En nuestra familia cada uno va a lo suyo.</b>	<b>1 2 3 4 5</b>