

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado-Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

Taller de Reinserción Social y Comunitaria  
bajo el Nuevo Paradigma de Salud Mental

Alonso Vanesa Romina

PSI 03523

Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra

Córdoba Capital

Junio 2020

## Índice

Índice.....	2
Resumen.....	5
Introducción .....	6
Línea estratégica de intervención.....	8
Presentación de la Institución .....	11
Organigrama Institucional .....	17
Delimitación de la necesidad o problemática objeto de la intervención.....	18
Objetivos.....	20
Justificación .....	21
Marco Teórico.....	27
Capítulo I: Contexto mundial y local de la Salud Mental.....	27
Capitulo II: Pacientes internalizados en Salud Mental.....	30
Capitulo III: Reinserción Social y Comunitaria en Salud Mental.....	34
Capitulo IV: Taller Psicoeducativo.....	42
Plan de acción .....	45
Actividades.....	46
Primer encuentro .....	46
Segundo encuentro .....	49
Tercer Encuentro .....	51

Cuarto encuentro .....	54
Quinto encuentro .....	58
Sexto encuentro .....	61
Diagrama de Gantt .....	66
Recursos .....	67
Presupuesto .....	68
Evaluación.....	70
Resultados Esperados.....	71
Conclusión .....	72
Referencias.....	75
Anexos .....	82
Anexo 1: Tipos de respuestas.....	82
Anexo 2: Tarjeta ¿Qué Harías? .....	83
Anexo 3: Técnica del disco rayado .....	84
Anexo 4: Lista de situaciones .....	85
Anexo 5: Lista de casos.....	85
Anexo 6: Técnica de Autorrevelación.....	86
Anexo 7: Frases sugeridas.....	87
Anexo 8: Tarjetas de emociones .....	89
Anexo 9: Tarjeta de figuras a completar .....	89

Anexo 10: Lista de ordenes .....	90
Anexo 11: Matriz de Evaluación de Impacto.....	91
Anexo 12: Cuestionario previo y posterior al taller .....	92

## Resumen

El presente es el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. En el mismo se propone un plan de intervención para implementar en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” en la localidad de Rio Cuarto, Córdoba. El abordaje surgió luego de haber realizado un análisis sobre la institución en detalle y de haberse identificado como problemática la falta de un programa de reinserción social y comunitaria para los pacientes próximos a ser externalizados del Servicio de Salud Mental de dicha Institución. Para abordar la problemática se trabaja bajo el nuevo paradigma de salud mental y tomando como central, la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Se considera el enfoque y la mirada de distintos autores y corrientes de psicología en los puntos centrales a trabajar, como son las redes de contención vincular, la comunicación asertiva y las capacidades para una independencia y autonomía personal. El dispositivo elegido es un taller psicoeducativo para trabajar en la Institución con los pacientes que deseen ser parte del mismo. Dicho taller se ha organizado y dispuestos en seis encuentros con frecuencia de una vez por semana y en cada uno se realizan entre dos y tres actividades. Se pretende que las mismas abarquen los temas antes mencionados, generando espacios de reflexión y conversación. Posteriormente, al finalizar el taller, se realizará una evaluación de impacto, para valorar los logros que se obtuvieron y proporcionar las sugerencias futuras para la institución.

Palabras claves: Reinserción social y comunitaria – Taller Psicoeducativo – Comunicación Asertiva – Redes Vinculares – Autonomía Personal – Pacientes externalizados.

## **Introducción**

A nivel mundial y en nuestro país, se considera la prevención y promoción de la salud mental con base en la comunidad como un objetivo central, ya que permite facilitar la reinserción social y comunitaria de los pacientes externalizados al encontrarse dicha comunidad informada y activa en la inclusión, previniendo de esta manera la estigmatización de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (2001), considera que la Salud Mental se relaciona con la promoción del bienestar, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas afectadas por trastornos mentales. En este sentido, en Argentina a través de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), se considera que la Salud Mental está determinada por diferentes factores (culturales, biológicos, psicológicos, etc.), y su preservación y mejoramiento implica dinámicas de construcción social vinculadas a la preservación de los derechos humanos y sociales de todas las personas. Además, dicha Ley, promueve la integración familiar, laboral y comunitaria de las personas con padecimiento mental, así como su acompañamiento antes, durante y luego del tratamiento.

De esta manera, considerando a la salud mental desde una perspectiva integral y dentro de un ámbito social y comunitario, hay un amplio abanico de posibilidades para poder trabajar la importancia tanto de la prevención como de la promoción de la salud mental. Trabajando activamente con la comunidad se favorece la reinserción socio-comunitaria de los pacientes que transitan esta situación particular. Las acciones a desarrollar en la comunidad están destinadas a facilitar la integración de las personas en dicha comunidad, centrándose en los procesos de socialización como son las redes de contención vincular, la búsqueda de autonomía personal y favorecer las habilidades comunicativas como es la asertividad.

Este Trabajo Final de Grado consiste en un Plan de Intervención en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”, ubicado en la localidad de Rio Cuarto, Córdoba. A través, de un dispositivo de taller psicoeducativo, tendrá como objetivo favorecer la reinserción social y comunitaria de pacientes próximos a ser externados del servicio de Salud Mental, a partir del desarrollo de herramientas que faciliten la promoción de la salud mental en la comunidad y sociedad de los participantes de dicho taller.

Entre los beneficios que se esperan lograr con el presente Plan de Intervención, se encuentra la problemática central detectada en dicha institución, como es la falta de un programa que asista a los pacientes en su proceso de externación del servicio de Internación en Salud Mental. De esta manera, a través de la concurrencia al Taller, se espera que los pacientes puedan contar con herramientas que faciliten su reinserción a la comunidad. Además, se busca poder reforzar las acciones que vienen realizando en el Hospital de Día y en la Intervención Comunitaria, pudiendo así trabajar en conjunto para el bienestar integral de los pacientes.

Se considera que, al no llevarse a cabo la propuesta del plan de intervención, se esté favoreciendo a la reincidencia de los pacientes y a la permanencia por periodos prolongados por parte de los mismos en el servicio de Internación. Al no poder asistir a los pacientes en su proceso de externación, los mismos podrían caer en la estigmatización y no se lograría una mejoría en su condición de vida.

### **Línea estratégica de intervención.**

El presente comprende el trabajo final de grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo XXI, en el cual se llevará a cabo un plan de intervención ante una problemática o necesidad detectada en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Rio Cuarto, Córdoba.

Dicho Plan de intervención se realizará bajo la Línea estratégica de intervención propuesta por la Universidad de “Nuevos paradigmas en Salud Mental” considerándola pertinente para poder abordar la necesidad de un programa de reinserción social y comunitaria para los pacientes externados del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

Con respecto a dicha línea de intervención, hace referencia a un nuevo abordaje de la salud mental, que ha ido cambiando a lo largo de la historia del hombre, teniendo en cuenta la complejidad de la naturaleza humana. (Universidad Siglo 21, 2020)

Tomando a Morín (2001), se puede hablar de un Paradigma de la Complejidad, en contra posición a un paradigma simplista que prevaleció en la ciencia por mucho tiempo, donde la certidumbre con la que contaba la ciencia se transformó en incertidumbre. Es allí donde entra la complejidad, reformar el pensamiento, buscar una teoría más general que integre diversas disciplinas y se abra a una actitud más humana y solidaria.

Como afirma Morin (1998) “Surge la necesidad de un principio de explicación más rico que el de simplificación disyunción-reducción, al que se puede llamar principio de complejidad, el cual se funda en la necesidad de distinguir y analizar como el precedente,



pero además pretende establecer la comunicación entre lo que es distinguido, el objeto y su entorno, la cosa observada y su observador” (como se cita en López Ramírez, 1998, p.107).

De esta manera, no se busca la reducción de salud o enfermedad, ver a la persona como enferma o sana, por el contrario, se ve a la persona como un todo complejo y al mismo tiempo en dependencia y relación con su entorno.

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud mental, está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. “La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»” (OMS, *Salud Mental*, recuperado en 22/04/2020, [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)).

En nuestro país en relación a la Salud Mental, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se reconoce la complejidad de la misma, identificando los factores que la conforman y de los que depende.

Conforme a ello, en el Artículo N°3 se refiere: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de

los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. N°3).

Por otro lado, se reconoce a las personas ya no como objetos de tutela, si no como sujetos de derechos, en plena libertad de goce de los mismos, como así también deben ser protegidos.

Respetando dichos derechos es que se prioriza el cuidado de las personas con padecimiento mental de un modo integral, recibiendo atención sanitaria, social y humanizada de forma gratuita, igualitaria y equitativa. Además, se promueve la integración familiar, laboral y comunitaria, así como su acompañamiento antes, durante y luego del tratamiento por parte de los mismos. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

La misma Ley promueve en los Artículos N°8 y N°9 (2010), la atención en Salud Mental este a cargo de un equipo multidisciplinario y preferentemente que el proceso de atención se realice fuera del ámbito de internación hospitalaria.

### **Presentación de la Institución**

Se realizará un recorrido por los principales hechos históricos ocurridos en la Institución, así como también de las características generales que presenta, para poder establecer un marco contextual al plan de intervención. Centrando la atención en el área de Salud Mental siendo de primordial importancia.

El Nuevo Hospital San Antonio de Padua, se encuentra ubicado en Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Su recorrido histórico comienza, en el año 1948, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto, con dependencia nacional, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. Entre 1946 y 1951, se construyeron a lo largo del país 21 hospitales, entre los cuales se cuenta el hospital de Río Cuarto. Al mismo tiempo, como parte de las políticas del momento, se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos. (Universidad Siglo 21, 2020)

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

En 1978, durante el gobierno de facto se dispuso transferir a los estados provinciales la mayoría de los hospitales nacionales. De este modo, todo el hospital general pasó a la jurisdicción provincial. (Universidad Siglo 21, 2020)

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, 2020)

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, 2020)

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

una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. (Universidad Siglo 21, 2020)

En relación a la reseña histórica del Servicio de Salud Mental:

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que por ese entonces tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Su apertura formó parte de la creación de unidades efectoras de salud mental en hospitales generales. El lugar destinado para este servicio fue el pabellón 5 del predio del hospital regional, ubicado al sur de la ciudad de Río Cuarto en barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. A pesar de encontrarse dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente. Contaba con un amplio equipo de salud que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. (Universidad Siglo 21, 2020)

La creación de unidades efectoras de salud mental formaba parte de una incipiente política de transformación, que había comenzado en la Europa de la posguerra, con algunos movimientos que fueron precursores de aquello que luego dio en llamarse salud mental como disciplina. Se encontraban, entre otros, el movimiento antipsiquiátricos, la

psiquiatría de sector en Francia, la psiquiatría social y comunitaria y las corrientes de psicoterapia institucional. (Universidad Siglo 21, 2020)

En el año 1978, en el marco de las legislaciones propias del proceso militar en curso, se produjo el traslado de todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua. (Universidad Siglo 21, 2020)

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. (Universidad Siglo 21, 2020)

A partir de mayo de 2010, ante un cambio de gestión en el servicio, se comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas dentro de éste. El servicio se encontraba sólidamente organizado en cuanto al área asistencial, tanto en prácticas ambulatorias como en internación. El sistema de atención por guardia funcionaba correctamente, al igual que lo referido a la capacitación en servicio, los sistemas de capacitación de posgrado, la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental y la Residencia de Psiquiatría. (Universidad Siglo 21, 2020)

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, 2020)

Actualmente, en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 personas. Estos profesionales son de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. La jornada laboral de los profesionales es de 35 horas semanales, distribuidas en las diferentes prestaciones que se brindan. (Universidad Siglo 21, 2020)

En relación al foco de atención, la tendencia en los últimos 13 años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. Uno de los hechos más notorios es el cambio de estatus del recurso internación, que pasa de ser un fin en sí mismo, una medida correctiva o represiva, a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. (Universidad Siglo 21, 2020)

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación (Universidad Siglo 21, 2020)

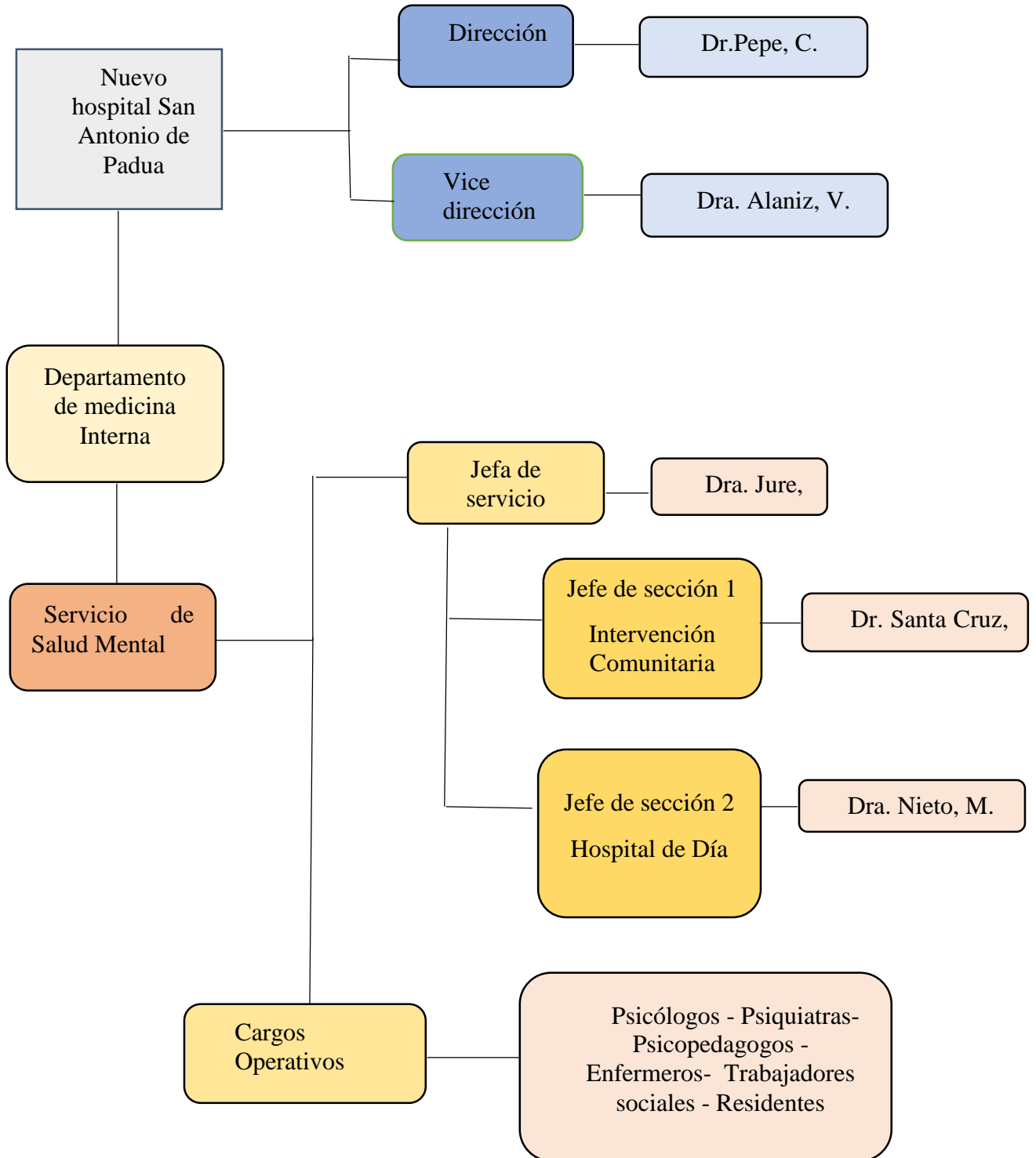
La modalidad de atención, cuenta con dos ejes de acción: 1-Asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos. 2- Demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar. (Universidad Siglo 21, 2020)

El sistema de atención está compuesto por una Asistencia por guardia, todos los días de la semana, las 24 horas. Además, cuenta con atención ambulatoria (Asistencia por

consultorio y Grupo terapéutico) Actualmente posee una sección Infanto Juvenil que atiende la salud mental del niño desde su nacimiento hasta los 18 años. El área de 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. Por último, una sección de Intervención Comunitaria, cuya 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, 2020)



## Organigrama Institucional



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

A partir de la revisión de la bibliografía otorgada por la Universidad Siglo XXI sobre el Nuevo Hospital San Antonio de Padua, se pudo detectar la problemática de no contar con un programa de reinserción social y comunitaria de los pacientes en condiciones de externación en el Servicio de Salud Mental.

Al no contar con dicho programa de reinserción social específico, en la actualidad se realizan tareas en los dispositivos alternativos, como son el Hospital de Día e Intervención Comunitaria, que tienen como uno de sus principales objetivos la rehabilitación y reinserción sociocomunitaria de los sujetos. (Universidad Siglo 21, 2020)

Otro indicador que se encuentra de dicha problemática, es el escaso seguimiento por parte de los profesionales de la salud al ser dados de alta los pacientes. Siendo de mayor preocupación los pacientes con patologías que rompen con los lazos sociales, ya que puede llevar a la estigmatización, que se modifique su dinámica familiar, etc. Haciéndose necesario un seguimiento de su revinculación familiar, social y comunitario, como así también la modificación o intervención en varios aspectos de la vida del sujeto que hayan sido afectados por la enfermedad. Para lo cual, se busca la participación activa tanto de la familia como de la comunidad de pertenencia del paciente. (Universidad Siglo 21, 2020)

Tomando a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), en el artículo 14°, sostiene que debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social. Así como la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios, como se sostiene en su artículo 15°. De esta forma, se observa que los

indicadores encontrados en la Institución, coinciden con los tomados por la Ley antes mencionada, como aspectos primordiales para la recuperación y bienestar de los pacientes en situación de internación y posterior externación.

Tomando a Stolkiner A. y Solitario R. (2007), consideran que la Atención Primaria de la Salud es el primer nivel esencial de atención, haciendo recaer en las unidades familiares, y por lo tanto en las comunidades, una buena parte de las acciones en el proceso de externación de los pacientes psiquiátricos.

“Desde una perspectiva integral, se considera a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derechos. Desde este marco, se da una articulación posible entre la estrategia de APS integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental, como oportunidad para retomar y profundizar objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad” (Bang, 2014, p. 110).

Al incluir a la comunidad en la prevención y promoción de la salud mental, se ve favorecida la inclusión social de los pacientes externalizados, ya que dicha comunidad puede estar más informada y es activa en dicha inclusión, previniendo así la estigmatización del paciente.

De esta manera, en el caso del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, para poder cumplir con su propósito de prevención, asistencia y rehabilitación de sus pacientes, así como de reinserción social y comunitaria, es necesaria la integración de la familia y la comunidad en dichas tareas.

## **Objetivos**

### **Objetivo General:**

Favorecer la reinserción social y comunitaria de pacientes próximos a ser externalizados en el Hospital San Antonio Padua a través de un taller Psicoeducativo.

### **Objetivos Específicos:**

- Favorecer el desarrollo de herramientas para una comunicación asertiva en los pacientes.
- Fortalecer las redes de contención vincular de los pacientes.
- Promover la identificación de sus capacidades para lograr independencia y autonomía personal.

### **Justificación**

Con el objetivo de favorecer la reinserción social y comunitaria de los pacientes próximos a externalización en el servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, se utilizará un dispositivo grupal de tipo Taller Psicoeducativo.

A través de la propuesta de dicho taller, se busca impulsar las capacidades sociales, de comunicación y de autonomía de los pacientes acorde a los objetivos del nuevo paradigma de salud mental, buscando protección, prevención y sostén de las personas con padecimiento mental. (Universidad Siglo 21, 2020)

De esta manera, reconocer los derechos de los pacientes de poder ser parte de su sociedad y comunidad, distinguiendo sus capacidades y posibilidades y así trabajar en su reinserción social evitando la exclusión y la estigmatización.

A través del dispositivo grupal se busca destacar el aspecto saludable del paciente, no centrarse en su enfermedad, si no en que pueda reconocer sus posibilidades, sus vínculos positivos y su autonomía personal, de esta manera fomentar su reinserción social y comunitaria.

Las bases de dicha intervención, se fundamentan en las mismas que las sostenidas por el Hospital San Antonio de Padua, donde se creó la sección de Intervención Comunitaria, como modelo de abordaje focalizado en la relevancia de la comunidad para la promoción y sostén de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico. Hasta ese momento solo se centraban en lo asistencial, como el abordaje ambulatorio y la atención a crisis. Con la creación de dicha sección se redujo la demanda hospitalaria a través de

otros recursos como las redes locales. Estos cambios, responden a los objetivos del Nuevo Paradigma de Salud Mental, poder promover una mirada e intervención integral del sujeto y dar una respuesta inclusiva en lo social, a todo aquel que padezca problemas en el orden psíquico. (Universidad Siglo 21, 2020)

“La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud” (Trullenque, 2010, p. 337).

Continuando con lo expuesto por la autora, para favorecer el bienestar en la salud integral de los pacientes externalizados del Hospital San Antonio de Padua, se considera necesaria la reinserción social, contando con la participación de personas significativas para los pacientes, de sus familias y toda la comunidad compartiendo el mismo objetivo.

Considerar la salud como integral conlleva muchos cambios en las instituciones de Salud Mental y para poder lograrlo es importante avanzar en perspectivas que apunten al trabajo en red y que sean integrales y transversales. Se busca un trabajo comunitario, no solo para cubrir las necesidades básicas de los pacientes, sino para mejorar y fortalecer sus lazos y vínculos relacionales para reducir y superar los riesgos de exclusión social. (Alfaro, Sánchez & Zambrano, 2012)

Uno de los grandes cambios que se realizó en Salud Mental es la desinstitucionalización de la locura, buscando minimizar los efectos mortificantes en la vida de los sujetos acometidos por algún sufrimiento psíquico. Para lograr estos cambios, surge la necesidad de abrir frentes de acción más amplios en el campo de la reforma psiquiátrica con el objetivo de la rehabilitación psicosocial. Entre las posibilidades están los dispositivos de participación social involucrando usuarios, familiares y técnicos, tal como los grupos de soporte mutuo. (Alfaro, Sánchez & Zambrano, 2012)

Para obtener antecedentes e información relevante se realizó la lectura de investigaciones en relación a la problemática planteada, entre las cuales se destacan la investigación realizada por Gómez (2009) en Colombia, sobre la importancia del apoyo de las familias para lograr que las personas con trastorno mental permanezcan en los ámbitos cotidianos de vida, en aras de su inclusión social, esto ha implicado la transformación de las modalidades de atención.

Con la búsqueda de desinstitucionalización de personas con trastorno mental para priorizar su subjetivación, de ser necesaria la internación, se priorizan múltiples hospitalizaciones parciales en lugar de hospitalizaciones únicas, de esta manera se utilizan otros medios de tratamiento, para lo cual se necesita el apoyo y participación de la familia. Este apoyo, por parte de las familias, no ha sido fácil de conseguir, no solo por la dificultad de asumir el cuidado de personas con trastorno mental, sino además por que han sido dejadas a su suerte sin la ayuda necesaria. (Gómez, 2009)

De esta manera, Gómez (2009) llega a la conclusión, que en la actualidad es central la inserción social de los pacientes con trastorno mental, por lo cual el acompañamiento de

sus familias es esencial, ya que el futuro más probable de estos pacientes sin apoyo es la situación de calle.

“Desde la perspectiva de la reforma de la atención psiquiátrica, es fundamental contemplar y valorar estos aspectos, ya que tanto el respeto de los derechos de estas personas como su inclusión en la sociedad estarán estrechamente relacionados con las posibilidades de las familias de participar exitosamente en el acompañamiento a su familiar enfermo” (Gómez, 2009, p. 122).

Cepeda (2019) en su trabajo de investigación, se propone seguir la ruta crítica que realizan los sujetos con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud pública en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Diego Paroissien” de La Matanza (provincia de Buenos Aires, Argentina) en los Servicios de Guardia e Internación de Salud Mental. Además, analizar las implicancias de la actual coyuntura socioeconómica y política en el abordaje de la problemática desde el ámbito de la salud pública.

La autora, considera fundamental, la participación en equipos de salud mental interdisciplinarios, tanto en el Servicio de Urgencia como de Internación, así como los aportes del Trabajo Social en el abordaje de la Salud Mental, tomando como eje una perspectiva de derechos y salud integral.

Cuando ingresa un paciente por la guardia de Salud Mental, inicia un recorrido en el cual se entretrejen diversas variables que determinarán la respuesta que el sujeto recibe frente a la problemática que lo atraviesa y las estrategias que el mismo desarrolla para



superarla. En este camino, entran en tensión una serie de dimensiones que van desde la historia del sujeto, su situación sociofamiliar y económica, sus redes de contención y sus capacidades para desarrollarse en forma autónoma. (Cepeda, 2019)

El estudio se propone identificar los principales desafíos y propuestas en el campo de la Salud Mental desde el segundo nivel de atención.

Cada patología y/o padecimiento mental tiene sus particularidades y, por tanto, muchas veces resulta necesaria la internación como estrategia terapéutica excepcional, cuando aún persiste en el sujeto el riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Una vez compensado el paciente a nivel psiquiátrico y adecuado un plan farmacológico, surge la necesidad de construir estrategias de egreso. (Cepeda, 2019)

En muchos casos, el paciente se encuentra con redes de contención debilitadas, escasas o nulas; lo que dificulta elaborar alternativas de egreso. Si cuenta con una red de contención, es necesario tener en cuenta las estrategias previas llevadas a cabo por el grupo familiar del paciente; el cual va buscando respuesta en las instituciones solicitando que le provean de recursos y/o dispositivos para acompañar el padecimiento mental del miembro de la familia. Cuando el/la referente afectivo no encuentra respuesta ni orientación, sumándose a ello la complejidad propia de acompañar a un familiar en tales condiciones, se produce un cansancio, desborde y desentendimiento familiar que deja en una situación de suma desprotección al paciente. Incluso el propio paciente que ha recurrido a la institución con su padecimiento, ha implementado una serie de estrategias para enfrentar dicho padecimiento y deben ser tenidas en cuenta.

La forma de egreso de los pacientes internados, puede considerarse el punto más crítico de la ruta del paciente por la institución. (Cepeda, 2019)

En la presente investigación, se llega a la conclusión, de que en el caso de ser necesaria la internación del paciente con padecimiento mental, una perspectiva integral debería incluir el abordaje con la familia o grupo de contención que el sujeto posea y la articulación con un dispositivo o institución acorde a sus necesidades terapéuticas que a su vez acompañen la resolución de otras necesidades del sujeto. (Cepeda, 2019)

## **Marco Teórico**

### **Capítulo I: Contexto mundial y local de la Salud Mental.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la Salud Mental como parte integral de la Salud, considerando a la salud como un estado completo de bienestar físico, social y mental, por lo cual la Salud Mental es más que la ausencia de discapacidades o trastornos mentales. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

“La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.” (Organización Mundial de la Salud, 2018, p.1)

De esta manera, se considera que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

La Salud Mental, depende de varios factores, biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la mala Salud Mental puede estar determinada por los mismos factores. De esta manera, se hace necesaria la promoción y protección de la misma. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que la propicien y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor Salud Mental, como son un ambiente de respeto y

protección de los derechos civiles, políticos, culturales y socioeconómicos básicos. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

“En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. El Plan de acción tiene el objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. Está centrado en cuatro objetivos principales orientados a: reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.” (Organización Mundial de la Salud, 2018, p.1)

Siguiendo a Stolkiner y Gomez Ardiles (2012), en Latinoamérica, se puede pensar la situación de la Salud Mental desde una concepción integral, relacionada a los aspectos sociales que la atraviesan.

Las autoras consideran, que la entrada en América Latina de la Medicina Preventiva y de la Salud Pública como parte de la propuesta desarrollista, influyó en la aparición de la Medicina Social Latinoamericana, movilizandó la aparición de ciencias sociales relacionadas a la salud.

Los diversos modos de respuesta social a la enfermedad fueron incorporados como parte inherente al proceso mismo, se rompió con la idea de una historia natural de la enfermedad, considerando que era imposible abordar el curso del proceso de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de respuesta social eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas. Se utilizó el término salud-enfermedad-cuidado, donde el cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos. (Stolkiner y Gomez Ardiles, 2012)

Los aportes del pensamiento médico social/salud colectiva a la comprensión de la articulación entre Estado y políticas de salud en América Latina resultan fundamentales, aunque los principios e incluso los dispositivos de las reformas en Salud Mental tengan semejanzas entre sí, la diversidad de contextos ha marcado diferencias. (Stolkiner y Gomez Ardiles, 2012).

De esta manera, en Argentina, a partir de la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), se reconoce la participación de lo social como aspecto central en la Salud Mental, en su artículo N°9 se expresa: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. N°9)

Dicha Ley defiende la atención social y sanitaria integral humanizada como un derecho de las personas con padecimiento mental, para poder tener una vida digna y con bienestar bio-psico-social. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

## **Capítulo II: Pacientes internalizados en Salud Mental.**

Un trastorno mental, también llamado enfermedad mental o enfermedad psíquica es una alteración en el equilibrio psíquico de una persona, habitualmente vivido como un factor limitante y disfuncional para el normal funcionamiento del individuo en su vida diaria. El trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social, en muchos países, esas personas tienen acceso limitado a la atención de salud mental que requieren, dado que no cuentan con servicios en su área de residencia (Organización Mundial de la salud, 2004).

Hay una larga historia de estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias. Esto se traduce en estereotipos negativos, temor, incomodidad y rechazo o evitación. Los mitos y concepciones erradas afectan la vida diaria de las personas llevando hasta la discriminación y la negación de incluso los más elementales derechos humanos.

En todo el mundo, las personas con trastornos mentales enfrentan la negativa de empleo y de oportunidades de educación, por ejemplo (Organización Mundial de la salud, 2004).

La situación se agrava, ya que los trastornos mentales generan costos de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argüir que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la subnutrición han sido reconocidos como factores asociados a empeorar la situación de las personas que padecen trastornos mentales (Organización Mundial de la salud, 2004).

En los casos que sea necesaria la internación, se busca que la calidad de la atención en las instituciones psiquiátricas mejore para asegurar la calidad de vida y dignidad de las personas con trastornos mentales. Un elemento importante de las intervenciones es posibilitar a los pacientes el pleno goce de todos los derechos de ciudadanía (Organización Mundial de la salud, 2004).

En el año 2011, “las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud nos alertan de la magnitud epidemiológica de los trastornos de salud mental; una de cada cuatro personas - el 25% de la población mundial, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia.” (Desviat, 2011, p. 4616).

Los problemas de salud mental aumentan su incidencia en todo el mundo, después de más de medio siglo de una política desinstitucionalizadora y comunitaria, la globalización

neoliberal está llevando a cambios que socavan la atención pública en salud mental, en especial de los trastornos que demandan mayor atención social (Desviat, 2011).

En Argentina, la Salud Mental no se ha considerado por lo general prioritaria, a pesar de la evidencia científica sobre la carga que representan los problemas mentales para un país. Por lo tanto, el desarrollo de la atención y la rehabilitación, debió enfrentar carencias, limitaciones y dificultades. Factores macrosociales y macroeconómicos impactan la salud mental, en mayor medida en estratos socioeconómicos bajos, para los cuales los servicios son más escasos, y sólo una minoría que requiere atención, la recibe efectivamente. Esta situación provoca una revalorización de la cama psiquiátrica y los pacientes, o sus familiares, rechazan ser externados, aunque estén en condiciones de recibir el alta médica ya que frecuentemente la familia no puede resolver sus múltiples necesidades para sobrellevar el cuidado de la persona con padecimiento mental (Morasso, 2013).

“La fuerte estigmatización que representa la salud mental, las condiciones de la organización y la gestión de servicios, pueden ser considerados como los principales obstáculos para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización. La fuerte asimetría en la relación del enfermo con la familia, con el sistema de salud y con el sistema judicial, se suma a las debilidades y deficiencias de las instituciones en la mayoría de los países” (Morasso, 2013, p. 42).

Si bien en la actualidad se prioriza la no internación de las personas con padecimiento psíquico, hay casos en que es la única o la mejor solución para atenuar y si es posible terminar con el sufrimiento de la persona, así como también de su familia y su entorno.



La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, (2010) en su Artículo N°14, manifiesta que “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. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. N°14).

En concordancia con dicho Artículo, el Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua” considera a la internación como un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico y se espera que el período de internación sea breve, lo cual depende del tiempo de recuperación de cada paciente. Con respecto al posicionamiento que tienen los pacientes internados en el servicio de Internación dentro de la institución se encuentran excluidos de todas las tareas que desarrolla el Hospital de Día por el solo hecho de pertenecer al mencionado servicio (Universidad Siglo 21, 2020).

Los recursos que posee el hospital para el área de Internación, son 7 habitaciones (con dos camas y un baño cada una), más una habitación de contención (solo una cama y un baño), en total hay 15 camas, que se encuentra en el tercer piso del hospital. 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 (Universidad Siglo 21, 2020).

### **Capítulo III: Reinserción Social y Comunitaria en Salud Mental.**

La Organización Mundial de la Salud (2004), menciona que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. Dicha protección facilita la resistencia a las enfermedades, minimiza y retarda la aparición de discapacidades y promueve un restablecimiento más rápido de las enfermedades.

“Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud mental y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones positivas e integración social” (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 27).

Los miembros de la familia son los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales, ellos proveen el apoyo emocional e instrumental necesarios. El rechazo por parte de los amigos, vecinos y la comunidad puede acrecentar el sentimiento de aislamiento de la familia, resultando en una restricción de actividades sociales, y la imposibilidad de participar en las redes sociales normales. El fracaso de la sociedad en cuanto no reconocer la carga de los trastornos mentales en las familias implica que poco es el apoyo que éstas reciben, de esta manera entorpeciendo la posibilidad de una reinserción social positiva para las personas con padecimiento mental (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En consonancia con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud, en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), en su Artículo N°11 sostiene que, “la Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. N°11).

De esta manera se incorpora la importancia de otorgar todos los medios necesarios para que la persona con padecimiento mental pueda reinsertarse en la sociedad y en su comunidad de la mejor manera posible, mejorando la calidad de su vida cotidiana y la de su familia.

En la década de los 80, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. A partir de ese momento los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social (Trullenque, 2010).

Trullenque (2010), considera que el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinscripción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud.

Para poder lograr la reinserción social de los pacientes con padecimiento mental, se crean ciertas estrategias que integren la promoción y la prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales. Así como también, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar. Incluyendo, la adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen trastornos mentales. (Trullenque, 2010)

En los Servicios de Salud Mental el trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención para lograr la reinserción social de los pacientes. Un aspecto central es considerar el contexto social en el que se producen y resuelven los problemas tanto del paciente como de su familia, de esta manera la intervención puede realizarse tanto en el ámbito clínico como en el social. (Trullenque, 2010)

La autora Trullenque (2010) considera que, por consiguiente, “los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son:

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.

3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos” (p. 339).

Al incorporar el factor social de los problemas de salud mental, se puede pensar en un seguimiento de los pacientes luego de su externalización, colaborando en la continuidad de sus cuidados y así aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la cronicidad que generalmente acompaña a las enfermedades mentales, sobre todo las graves, lo que produce la aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del paciente. Estas consecuencias pueden ser deficiencias, discapacidades y minusvalías que dificultan el desempeño de los roles sociales y de actividades de la vida diaria y, por consiguiente, obstaculizan su integración social. Para favorecer esta integración, es necesario un modelo de intervención que actúe no solo sobre el síntoma sino también sobre las consecuencias. (Trullenque, 2010)

Tomando todas estas consideraciones sobre la Salud Mental, la intervención que se realizaría en los pacientes próximos a externalización, se centraría sobre el individuo en relación con su contexto y situación social, sobre lo que los demás le dejan hacer o lo que los demás piensan que no puede hacer a causa de su discapacidad. (Trullenque, 2010)

La integración social se puede considerar como la participación del individuo en las distintas esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social. Es un concepto contrario al de marginación. Por ello, la recuperación del paciente con trastorno

mental, se basa también en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca dicha integración social, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico. Requiriendo así, la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental conlleva y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad. (Trullenque, 2010)

La integración social buscará poder articular en la vida del paciente una serie de recursos presentes en su realidad, como son los residenciales, ocupacionales, socioafectivos y comportamentales, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en su comunidad, para lograr una vida cotidiana lo más normalizada posible. (Trullenque, 2010)

Para poder realizar la reinserción social y comunitaria de los pacientes externalizados es necesaria una red de apoyo, que sea externa a la institución. La familia es la red de apoyo más importante con la que cuenta el paciente para poder lograr su incorporación a su ambiente social cotidiano.

La familia, en el transcurso de los últimos cincuenta años, ha ido ocupando un lugar cada vez más importante en la comprensión y manejo de los trastornos psiquiátricos. A partir de las políticas de desinstitucionalización y la reinserción social de las personas con trastornos psiquiátricos; una de las tareas ha sido la recuperación de las familias de los pacientes que habían sido crónicamente institucionalizados, y en el caso de los pacientes nuevos, evitar el abandono por parte de las familias. (Gómez, 2009)

Poder contar con la familia en los procesos de reinserción social es central, ya que tanto el respeto de los derechos de los pacientes como su inclusión en la sociedad estarán estrechamente relacionados con las posibilidades de las familias de participar exitosamente en el acompañamiento a su familiar enfermo. (Gómez, 2009)

Por lo cual, es necesario apoyar de la misma manera en que se apoya al enfermo, a su familia, para que pueda ser parte central en el proceso de reinserción social y comunitaria del mismo.

### Comunicación Asertiva

Tomando a Caballo (1993), se afirma que el hombre es un animal social, la comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana. De esta manera, nuestras vidas están al menos parcialmente, determinadas por el rasgo de nuestras habilidades sociales, si un sujeto no sabe comportarse de forma habilidosa en su trato con los demás, necesitara aprender habilidades sociales que, o bien no posee o bien se encuentran obstaculizadas por otros factores.

Las habilidades sociales son un nexo entre las personas y el ambiente social que las rodea, además dada la importancia de la interacción persona/situación en el análisis funcional de la conducta, resulta evidente considerar la relación de la persona con su ambiente social en la evaluación y tratamiento de los trastornos psicológicos. (Caballo, 1993)

Siguiendo al autor, ante muchos trastornos psicológicos, el entrenamiento de habilidades sociales constituye un procedimiento básico de tratamiento, ya que las relaciones sociales suelen ser la base de sus problemas.

Las habilidades sociales, son dependientes del contexto, por lo cual deben considerarse dentro de un marco cultural determinado, y dependen de muchos factores que las determinan, como la educación, la clase social, etc. Además, el grado de eficacia logrado por una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en la que se encuentre. (Caballo 1993)

Dentro de las habilidades sociales, encontramos las conductas y comunicaciones asertivas, consideradas como aquellas que permiten a un sujeto actuar en función a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin tener que negar los derechos de los demás. (Caballo, 1993)

#### *Redes de contención vincular*

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



Para poder lograr estas redes, así como toda acción comunitaria, es necesaria la conformación de un grupo que comparta ciertas características (como el espacio, la pertenencia, el vínculo, etc.), y que de estos grupos se constituyan redes sociales.

Dabas (2007) considera a las redes sociales, como entidades en constante construcción, de lo singular como de lo colectivo, como un sistema abierto y hermenéutico, en constante interacción de sus actores. Cada miembro de la red, la enriquece al estar en contacto con otros colectivos, optimizando el aprendizaje al ser socialmente compartidos.

Dichas redes, adquieren importancia desde el diagnóstico mismo, tanto en las necesidades de las personas (pacientes), como en los grupos y comunidades. Cualquier intervención se realiza en los contextos vitales de las personas que las forman. (Berroeta y Zambrano, 2012)

Lo que caracteriza a dichas redes es el apoyo social que las fortalece. Este apoyo social, busca la integración de la persona en la vida de la comunidad, es el lugar donde la persona acude en busca de apoyo o sostén. Los diferentes ámbitos otorgan un tipo de sentimiento de ayuda, la comunidad otorga un sentimiento de pertenencia a una estructura social más amplia, las redes sociales producen sentimientos de vinculación y las relaciones íntimas otorgan sentimientos de compromiso. (García, Herrero y Musitu, 1995)

#### **Capítulo IV: Taller Psicoeducativo.**

Ander-Egg (2007) define el taller como un lugar donde se trabaja, se transforma y se elabora algo para ser utilizado, desde la pedagogía se trata de enseñar y sobre todo de aprender mediante la realización conjunta de “algo”. Es un aprender haciendo en grupo.

Siguiendo al autor, nos indica, que el taller tiene sus propias características y principios. Una de sus principales características es que se aprende haciendo, que implica una superación de la división entre teoría y práctica, utilizando una concepción de la apropiación del saber, que el conocimiento se adquiera a través del proceso de trabajo, y no mediante la entrega de conocimiento.

En el taller, todos tienen que aportar para resolver tanto problemas concretos como para llevar a cabo una tarea. Esto hace referencia a la metodología participativa del taller, la participación activa de todos los miembros hace posible la enseñanza/aprendizaje a través de la experiencia realizada en conjunto. Un aspecto importante es que no nacemos con la capacidad de cooperación por lo cual debe ejercitarse en los diferentes encuentros del taller. (Ander-Egg, 2007)

El autor distingue que el conocimiento se obtiene a través de la pregunta y de modo interdisciplinario, permitiendo que se articulen diferentes puntos de vista, de diferentes profesiones. Pero su interdisciplinariedad hace referencia al esfuerzo por conocer y operar, reconociendo el carácter multifacético y complejo de la realidad. Como en el taller se aprende haciendo, el conociendo se adquiere a través de la práctica sobre un aspecto de la realidad, el abordaje tiene que ser necesariamente global de dicha realidad, articulando el

nuevo conocimiento desde diferentes perspectivas con el conocimiento ya adquirido, formando un nuevo conocimiento significativo. (Ander-Egg, 2007)

Dichos talleres, buscan superar todo tipo de relación jerárquica dicotómica, por el contrario, prioriza que el protagonismo de la enseñanza/aprendizaje sea tanto de los pacientes como de los terapeutas, que se realice co-gestionariamente. La producción será en grupo, y los roles serán redefinidos, el educador tendrá un papel de orientador, asesor, asistente técnico, y el educado tiene un rol activo en el proceso pedagógico de aprendizaje. (Ander-Egg, 2007)

El taller es un grupo social organizado para el aprendizaje, sin embargo, eso no excluye las tareas que deben ser necesariamente individuales, de ahí la característica de complementariedad entre lo individual y lo grupal que debe tener el taller, para poder incorporar lo aprendido. (Ander-Egg, 2007)

Ander-Egg (2007), considera que en el taller se realiza un proyecto de trabajo, donde se integran tres dimensiones, como son la investigación, la práctica y la docencia. Para poder llevar a cabo dicho proyecto es necesario tener conocimiento de la realidad donde se actúa, por lo cual, para poder tener la experiencia de realizar el proyecto es necesaria la teoría y la investigación.

Herrera (2003) define al taller como una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, participando de manera activa en el proceso de aprendizaje que allí se produce. De esta forma el proceso de conocimiento es asumido por el grupo que cuenta con una coordinación de carácter cooperativo. El

aprendizaje se logra por la posibilidad de vivir una situación de enseñanza-aprendizaje que prioriza el aprendizaje de conductas, actitudes, valores, habilidades y destrezas relevantes para el desarrollo psicosocial de las personas a partir de un proceso que las lleva a investigar e indagar en la realidad.

La autora, sostiene que el taller se convierte en un espacio de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación, con alternativas metodológicas diversas, estimulando el aprendizaje, las intersubjetividades y la creatividad. Dichos talleres están formados por grupos pequeños, de hasta 20 participantes, donde hay un líder que conduce el grupo ejerciendo un rol de facilitador para lograr cumplir el objetivo u objetivos, por el cual el grupo se ha formado.

De esta manera, el taller psicoeducativo es definido como un tipo específico de intervención psicoeducativa, que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje, tomando la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones a partir de lo que la gente sabe, vive y siente. Lo cual constituye temas a desarrollar durante el taller, permitiendo de esta manera, socializar el conocimiento individual, enriqueciéndolo y potenciando el conocimiento colectivo. (Herrera, 2003).

### **Plan de acción**

Se llevará a cabo un taller psicoeducativo en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua destinado a los pacientes que se encuentran en el servicio de Internación de Salud Mental próximos a ser externalizados, con el objetivo de favorecer su reinserción social y comunitaria.

Dicho taller se desarrollará a través de seis encuentros, realizando una reunión por semana con una duración de ciento veinte (120) minutos aproximadamente por encuentro. Cada encuentro contará de actividades, que totalizarán un número final de catorce (14) dinámicas. Las mismas tendrán una duración de sesenta (60) minutos cada una aproximadamente, comprendiendo un total de catorce (14) horas. Se destinarán dos encuentros para trabajar cada objetivo específico, de esta manera, los dos primeros encuentros se centrarán en herramientas para una comunicación asertiva, el tercer y cuarto encuentro en fortalecer las redes vinculares y, por último, en el quinto y sexto encuentro se trabajarán la independencia y autonomía personal.

El taller es coordinado por un Licenciado/a en Psicología y se trabaja con un grupo cerrado de hasta quince personas ya que es el número máximo de posibles internados en dicha Institución. Se les informa a los pacientes próximos a ser externalizados de la posibilidad de inscribirse al taller de forma libre y gratuita.

El espacio donde se realizará el taller debe ser una sala amplia y luminosa, que cuente con un (1) ventilador, un (1) calefactor o medio que permita calefaccionar la sala, una pared limpia o un (1) pizarrón y dieciséis (16) sillas.

A continuación, se detallan las actividades, los recursos, presupuesto y la evaluación para desarrollar el Taller de Reinserción Social y Comunitaria.

### **Actividades**

#### **Primer encuentro**

El objetivo general del primer encuentro es que los participantes se conozcan entre sí y al coordinador, así como también, generar un clima humano de comunicación y respeto mutuo. Además, se iniciará con la introducción a la temática de habilidades sociales.

**Tema:** Presentación y primer acercamiento a la comunicación asertiva.

**Tiempo:** 120 minutos.

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos (2) actividades:

#### **Actividad 1: “Nos Conocemos”**

**Objetivo:** Fomentar la interacción y comunicación entre los miembros del grupo.

**Estrategia:** Presentación grupal.

**Tiempo:** 40 minutos.

#### **Materiales:**

- Tarjetas en blanco.
- Lapiceras.

#### **Instrucciones para el coordinador:**

En un primer momento el coordinador se presenta y agradece a todos por su presencia.

A continuación, el coordinador divide a los participantes en parejas, si son impares el coordinador puede participar o un grupo estar conformado por tres integrantes.

Las parejas tendrán diez minutos para presentarse entre ellos, su nombre, que les gusta hacer y toda la información que quieran compartir.

Se les pide que se distribuyan por todo el salón, lo más separados posible para hablar tranquilos.

Transcurrido el tiempo destinado, el coordinador les pide que formen un círculo, puede ser en sillas, el piso o parados, como prefieran los participantes, lo importante es que se miren unos a otros.

Cada miembro de la pareja presentara a su compañero/a ante el grupo con los datos que se proporcionaron.

Una vez que todos los participantes se hayan presentado, se les reparte una tarjeta a cada uno y una lapicera para que coloquen de forma anónima, cuál es su objetivo o que esperan del Taller de Reinserción Social y Comunitaria. Luego las colocaran en una caja que el coordinador guardara.

## **Actividad 2: “¿Qué harías?”**

**Objetivo:** Desarrollar la comunicación asertiva, empatía y respeto.

**Estrategia:** Reflexión grupal y puesta en común.

**Tiempo:** 80 minutos.

**Materiales:**

- Copias de tabla (anexo 2)
- Lapiceras
- fibras
- Cartulinas
- Cinta para pegar

**Instrucciones para el coordinador:**

A nivel grupal se pide que los participantes den ejemplos de situaciones conflictivas o conversaciones difíciles que hayan tenido con otras personas. El coordinador o un participante que se ofrezca, las escribe en una cartulina que quedara pegada en una pared a la vista de todos. Una vez se expongan una cantidad suficiente de situaciones, se le explica al grupo que a la hora de afrontar situaciones como las mencionadas podemos adoptar varios estilos y se leerá a modo de introducción la ficha “tipos de respuestas” (Ver anexo 1).

Luego, el coordinador, divide al grupo en subgrupos y entrega una copia de la tabla para completar a cada subgrupo (ver anexo 2). Se les pide que reflexiones como responderían en cada situación expuesta anteriormente en los tres estilos diferentes y se les dice que tendrán 20 minutos para realizarlo.

Transcurrido el tiempo, volverán a unirse en un solo grupo y expondrán las tablas en una pared que sea para todos visibles.



Luego un participante a la vez elegirá como respondería a cada situación entre todas las opciones expuestas por los subgrupos y por qué.

Para finalizar, una vez que todas las personas hayan hablado, se realiza un debate y puesta en común.

### **Segundo encuentro**

El objetivo general del segundo encuentro es continuar con la temática y objetivos propuestos en el primer encuentro, por lo cual se retoma el trabajo sobre el desarrollo de herramientas para una comunicación asertiva.

**Tiempo:** 120 minutos.

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

#### **Actividad 3: “Disco rayado”**

**Objetivo:** Aplicar los conocimientos sobre técnicas asertivas a situaciones de la realidad.

**Estrategia:** Reflexión en grupos y dramatización.

**Tiempo:** 60 minutos.

#### **Materiales:**

- Lista de situaciones (Anexo 4)

#### **Instrucciones para el coordinador:**

Se introduce la técnica del “disco rayado” (ver anexo 3).

Luego, por parejas se inventarán una (1) situación donde se utilice la técnica del disco rayado, se les pide que escriban un dialogo para luego hacer una dramatización. Se les otorga 20 minutos para realizar la actividad.

Se les entrega una lista de algunas situaciones como sugerencia. (ver anexo 4)

Una vez transcurrido el tiempo otorgado a las parejas se les pide que vuelvan a conformar el grupo, en forma de circulo. En el orden en que las parejas elijan realizaran la dramatización de la situación, una vez que todas lo hayan realizado, el coordinador expondrá en común como no es necesario atacar a otra persona o discutir, para defendernos y que tenemos derecho a insistir en nuestro punto de vista.

#### **Actividad 4: “Selección de técnicas”**

**Objetivo:** Aplicar los conocimientos sobre técnicas asertivas a situaciones de la realidad.

**Estrategia:** Reflexión en grupo y puesta en común.

**Tiempo:** 60 minutos.

#### **Materiales:**

- Listas de casos (anexo 5)
- Lapiceras

#### **Instrucciones para el coordinador:**

Una vez que el grupo este reunido, el coordinador retoma la técnica de “disco rayado” y explica la técnica de “Autorrevelación” (ver anexo 6)

El coordinador divide al grupo en subgrupos y les entrega una lista de casos (ver anexo 5). Los grupos analizarán cada caso, aplicando la técnica del disco rayado o de autorrevelación.

Una vez que hayan realizado la actividad, se reunirán nuevamente en grupo y realizarán una puesta en común. El coordinador lee cada caso y los subgrupos expondrán que técnica utilizaron y por qué.

Se cierra el encuentro reflexionando sobre los beneficios de expresarnos con una comunicación asertiva, respetándonos entre todos.

### **Tercer Encuentro**

El tercer encuentro corresponde a una nueva fase del Taller, donde el eje central será fortalecer las redes de contención vincular de los pacientes.

El objetivo general del encuentro es poder identificar la importancia de los vínculos y su mantenimiento.

**Tiempo:** 120 minutos.

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

#### **Actividad 5: “Identificando vínculos”**

**Objetivo:** Poder identificar las diferentes redes vinculares con las que cuentan.

**Estrategia:** Reflexión individual y grupal.

**Tiempo:** 60 minutos.

**Materiales:**

- Tarjetas de grupos. Tres por grupo. (Anexo 7)
- Lapiceras

**Instrucciones para el coordinador:**

Una vez que el grupo está reunido, el coordinador da la bienvenida y realiza una introducción acerca de la existencia de diferentes relaciones que cubren distintas necesidades (de reconocimiento y validación, de inclusión, de afecto, de control, de contención, de intercambio de información, de intereses).

Luego, les comunica que entregará a cada uno tres tarjetas haciendo referencia a tres grupos diferentes que forman parte de sus vidas y realidades (ver anexo 7). Uno es su grupo de amigos, otro su familia y un tercero a completar por ellos, si quieren agregar algún grupo de pertenencia que consideran significativo en sus vidas.

En cada tarjeta se encuentra una lista de frases para completar en relación a cada grupo.

Luego que cada participante termine de completar sus tarjetas se realizara una puesta en común.

Se realiza una reflexión general que rescate la importancia de los grupos como espacio de pertenencia, que permiten compartir con las personas significativas, temores, intereses, códigos de comunicación, etc.

**Actividad 6: “Reconocer Emociones”**

**Objetivo:** Ejercitar las habilidades interpersonales por medio de técnicas de comunicación efectiva y la capacidad de relacionarse con los demás reconociendo y tolerando las diferencias.

**Estrategia:** Actividad lúdica.

**Tiempo:** 60 minutos.

**Materiales:**

- Tarjetas de emociones. (Anexo 8)

**Instrucciones para el coordinador:**

El coordinador divide el grupo en parejas, cada pareja se sienta en sillas o en el piso frente a frente, separadas unas de otras. Se le entrega a cada pareja un conjunto de tarjetas de emociones las que se dividirán la mitad para cada participante.

El coordinador les pide a las parejas que por turnos cada participante exprese con su rostro la emoción que figura en la tarjeta y el otro participante debe adivinarla. Luego invierten los roles, hasta que no queden más tarjetas.

Luego, nuevamente unidos en un grupo, generar una reflexión, recuperando las emociones puestas en juego y llevarlos a darse cuenta de las emociones que comparten con los otros. El otro puede sentir lo mismo que uno, puede emocionarse, puede enojarse, lo importante es saber qué le pasa al otro, reconocer en el otro las emociones que nosotros también sentimos y respetarlas.

Haciendo referencia a la importancia de ser empático con las emociones de los demás como herramienta para lograr un mejor vínculo.

#### **Cuarto encuentro**

El objetivo de este encuentro es continuar con la temática del encuentro anterior, siendo central los vínculos saludables y como fortalecerlos. Para lograr el objetivo se busca trabajar sobre la buena comunicación en las redes vinculares, detectando los obstáculos que puedan afectarla.

**Tiempo:** 130 minutos.

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo tres (3) dinámicas.

#### **Actividad 7: “Semáforo de la comunicación”**

**Objetivo:** Visibilizar los factores que obstruyen o facilitan la comunicación y obtener herramientas para mejorar la comunicación con el otro. Facilitar la búsqueda de expresiones verbales y no verbales que mejoren la comunicación.

**Estrategia:** Actividad lúdica y puesta en común.

**Tiempo:** 40 minutos.

#### **Materiales:**

- Semáforo dibujado en cartulina.
- Hojas de color rojo, amarillo y verde.
- Lapiceras.

#### **Instrucciones para el coordinador:**

Una vez que el grupo se encuentra en el salón, el coordinador explica la actividad a realizar. Adhiere a una pared la cartulina con el semáforo dibujado y explica al grupo que el dibujo representa como fluye la comunicación.

La actividad se realiza dividiendo al grupo en tres subgrupos y se arman tres islas en el salón, cada isla corresponde a un color del semáforo. Se les entrega una hoja de cada color (una (1) verde, una (1) roja y una (1) amarilla) a cada subgrupo.

El grupo que está en la isla roja deberá escribir factores de comportamiento y actitudes que obstruyen la comunicación. Quienes ocupen la isla verde deberán escribir aquellos factores que favorezcan la comunicación eficiente. Por último, los de la isla amarillo, deben citar factores que podrían ayudar a la comunicación.

Luego de cinco minutos los equipos deben rotar de isla, de rojo a amarillo, de amarillo a verde y de verde a rojo. Se vuelve a repetir el ejercicio hasta que todos los grupos hayan pasado por todas las islas.

En exposición grupal, se deberán comentar los factores detectados en cada isla. Como primer análisis se puede tomar las impresiones de las cantidades de factores detectados en cada color.

Es importante que el grupo llegue a consensos acerca de aquellos factores que obstruyen la comunicación. También es muy bueno destacar y reafirmar las conductas y actitudes que favorecen a una comunicación efectiva.

### **Actividad 8: “Conversaciones difíciles”**

**Objetivo:** Ejercitar la escucha activa, practicar la costumbre de validar lo escuchado y promover la no inferencia.

**Estrategia:** Trabajo en parejas y puesta en común.

**Tiempo:** 40 minutos.

**Materiales:** No se necesitan materiales.

**Instrucciones para el coordinador:**

En esta actividad se propone ejercitar la escucha activa y posteriormente validar lo escuchado. El ejercicio se debe desarrollar en parejas, identificando a cada participante con la letra A y B.

Los participantes A le cuentan a B un problema que poseen y no saben cómo resolverlo. Quien escucha sólo debe limitarse a oír, no puede haber ningún comentario ni pregunta.

Luego el participante B podrá validar con A lo que escucho, no podrá hacer inferencias. Un ejemplo sería «vos dijiste que...» y preguntar todo lo que recuerda haber oído de A.

En esta última interacción el participante A podrá responder afirmando o negando, además podrá hacer aclaraciones. A continuación, se repite la actividad, pero cambiando los roles entre A y B.

Una vez terminada la actividad en parejas, se vuelven a unir en un solo gran grupo y se invita a los participantes a que comenten como se sintieron cuando sólo tenían que escuchar. ¿Les resultó difícil no hablar? Si la respuesta es sí, ¿por qué? Y cómo se sintieron o que les sucedía cuando su compañero o compañera valoraban lo que le habían



contado antes. ¿Creen que en la vida cotidiana siempre son escuchados/as como en este ejercicio? Al pensar en las últimas veces que han estado con personas significantes, ¿las escucharon como en el ejercicio?

**Actividad 9: “Mensaje pesimista y positivista”**

**Objetivo:** Experimentar diferentes formas de transmitir un mensaje, analizar la construcción de sentido que se le otorga a una comunicación y desarrollar el pensamiento crítico como receptor de una comunicación.

**Estrategia:** Trabajo en equipo y puesta en común.

**Tiempo:** 50 minutos.

**Materiales:**

- Varias noticias actuales impresas.
- Hojas de papel.
- Lapiceras.

**Instrucciones para el coordinador:**

Es sabido que en el proceso de comunicación debe existir un emisor, un receptor y el canal o vía de comunicación.

Para llevar adelante esta actividad se utiliza la escritura como canal, haciendo hincapié en cómo el emisor construye el mensaje a transmitir. El ejercicio consiste en comprender que se puede brindar una información positiva o negativa.

El objetivo de la actividad es reconstruir una noticia cambiando su sentido optimista o pesimista. Teniendo en cuenta que no se pueden modificar los hechos reales que se cuentan.

Se divide al grupo en subgrupos de tres integrantes, a cada equipo se le entrega una noticia positiva y otra negativa. Deberán reescribirlas y transformar la positiva en pesimista y la negativa en optimista.

Por ejemplo:

Noticia NEGATIVA: Los turistas que se trasladen a las ciudades costeras no podrán disfrutar del mar por una rara invasión de aguas vivas

Y así se transforma en POSITIVA: Los turistas que se trasladen a las ciudades costeras podrán disfrutar de un raro evento, este año el mar los recibirá con aguas vivas. Sólo hay que tener un poco de cuidado al bañarse.

Luego, cada subgrupo deberá compartir con el grupo los resultados de la actividad y se consulta, ¿es útil este ejercicio para comprender como receptores los mensajes que recibimos?, cerrando el encuentro.

### **Quinto encuentro**

Este encuentro corresponde con la última etapa del taller, por lo que el foco de trabajo se traslada a la identificación de capacidades para lograr independencia y autonomía personal. Para lograr dicho objetivo las actividades de este encuentro, se dirigen al autoconocimiento y la autoestima de los participantes.

**Tiempo:** 100 minutos.

Para este encuentro se llevarán a cabo dos (2) actividades.

### **Actividad 10: “Cinco Características”**

**Objetivos:** Facilitar el conocimiento de uno mismo en relación a cómo me percibo y cómo me perciben. Ampliar las características por la que nos identifican y que poseemos. Identificar la diferencia de cómo nos ven a como nos vemos.

**Estrategia:** Reflexión individual y puesta en común.

**Tiempo:** 40 minutos.

#### **Materiales:**

- Hojas de papel.
- Lapiceras.

#### **Instrucciones para el coordinador:**

De manera individual cada participante escribe cinco características con las que se identifique. No se deben mencionar características externas o estéticas.

La lista debe tener cualidades y condiciones personales que cada uno cree que tiene. No es necesario que estas características en algún momento alguien se las haya reconocido.

Luego, sentados en círculo, se nombran características de los compañeros y compañeras. De esta manera se podrá comparar como nos percibimos y como nos perciben.

La dinámica de trabajo es que quienes quieran digan en voz alta las características del otro. Luego el otro da a conocer su lista y verificar si hay coincidencias o no.

Al finalizar se realiza una reflexión sobre las siguientes preguntas:

¿Pudieron conocer características con las que se los identifica, pero ustedes no creían que las poseían? Las características que escribieron, ¿en algún momento de la vida alguien se las había reconocido? ¿Cómo se sienten con las características asignadas? ¿Se sienten bien portando dichas características? ¿Con alguna característica que les dijeron no se sienten reconocidos, por qué?

### **Actividad 11: ¿A dónde vamos?**

**Objetivos:** Reflexionar acerca de uno mismo y la relación con los demás. Pensarse en el ahora y en el futuro.

**Estrategia:** Reflexión individual y puesta en común.

**Tiempo:** 60 minutos.

#### **Materiales:**

- Tarjeta para completar. (Anexo 9)
- Lapiceras.

#### **Instrucciones para el coordinador:**

Retomando lo trabajado en la actividad anterior, el coordinador propondrá hacer un ejercicio en el que puedan reflexionar acerca de cómo es cada uno y como creen que los

perciben, trabajado en la actividad anterior. Además, pensarse en el aquí y ahora y qué esperan para el futuro.

Se le distribuye a cada participante una hoja con cuatro gráficos, debajo de cada uno escribe según la referencia (ver anexo 9). En el círculo se describe como es uno, destacando las principales cualidades y defectos. El cuadrado hace referencia sobre como uno cree que los demás lo perciben, cualidades o defectos. La cruz simboliza cómo se siente uno en la vida, y la escalera es como se ven en el futuro.

Se les otorga 15 minutos para que trabajen de forma individual.

Luego, en grupo, se les pide que reflexionen sobre la información volcada en cada gráfico. ¿Hay coincidencias o diferencias entre cómo son y cómo los perciben?, ¿cuáles son las diferencias entre cómo están hoy y como se ven en el futuro?

Es importante que puedan identificar «cómo son» y «cómo creen que los perciben» para comprender mejor sus relaciones y acciones. Identificar si el futuro que esperan es mejor o peor a cómo están hoy.

### **Sexto encuentro**

El sexto encuentro corresponde con la finalización del taller, por lo cual, se continúa trabajando con la autonomía de los pacientes y su independencia personal, pero se contempla un espacio de cierre y reflexión.

El objetivo del encuentro es trabajar con las limitaciones y capacidades de los participantes.

**Tiempo:** 140 minutos.

Para este encuentro se llevarán a cabo tres (3) actividades.

**Actividad 12: “¿Que nos limita?”**

**Objetivos:** Reflexionar acerca de los límites que poseemos al realizar una actividad, comprender cuáles son los límites y cómo influyen en nuestros resultados.

**Estrategia:** Trabajo individual y puesta en común.

**Tiempo:** 40 minutos.

**Materiales:**

- Hojas de papel.
- Lápices.
- Lista de ordenes (Anexo 10)

**Instrucciones para el coordinador:**

La propuesta es hacer un breve ejercicio que sirva como disparador para que el grupo reflexione acerca de los límites que portamos. Estos límites son costumbres que nos reducen el espacio de acción e impiden el surgimiento de ideas innovadoras.

Se les solicita a los participantes que tomen una hoja en blanco y un lápiz, deben seguir las indicaciones del coordinador. Es importante informar que si no llegan a cumplir con una indicación no se preocupen, deben empezar con la orden siguiente.

Obtener la lista en el Anexo 10, luego en voz alta dar las indicaciones de manera progresiva.

Al finalizar, en grupo, se comparte lo escrito por cada persona y se reflexiona sobre los resultados. Al comparar el resultado del punto 1 con el 2, qué paso, ¿por qué tuvieron dificultades para hacer lo mismo con la otra mano? ¿Tenemos destreza para hacer algunas cosas y otras no por falta de entrenamiento?

¿Los nombres de animales que llegaron a escribir son los mismos? ¿Quiénes escribieron gato, perro? ¿Por qué la mayoría escribió los mismos animales? ¿Cómo influye el entorno en que uno vive en el momento de pensar?

Cuando se les pide «haz un avión», ¿lo dibujaron o hicieron un avión con la hoja? ¿Por qué en cada caso? ¿Los que dibujaron asumieron que siempre se debía usar el lápiz?

Todas las reflexiones que se puedan realizar, en lo posible, deben llevarse a ejemplos de la vida cotidiana. Que los participantes puedan hacer comparaciones.

### **Actividad 13: “Capacidades y limitaciones”**

**Objetivos:** Reconocer las capacidades y limitaciones que poseen. Identificar las limitaciones que se desean modificar y hacer consciente las capacidades que se pueden seguir desarrollando.

**Estrategia:** Reflexión individual y grupal.

**Tiempo:** 60 minutos.

**Materiales:**

- Hojas de papel.
- Lapiceras.

**Instrucciones para el coordinador:**

El coordinador solicita a los participantes que cada uno tome una hoja y escriba en el lado derecho una lista de habilidades, talentos, capacidades y recursos que poseen; y en el izquierdo debilidades, limitaciones e incapacidades.

Es importante que se tengan en cuenta todas las áreas: física, intelectual, emocional, espiritual y Social.

Al terminar el listado, se les pide que analicen sus respuestas y pongan: una «C» si es factible de cambio, «D» si es factible de desarrollo y «A» si no es factible ninguna de las dos.

Luego se arman subgrupos para que cada participante cuente lo escrito en su hoja y se cuestionen: ¿Qué necesitamos para poder lograr los cambios? ¿Las limitaciones que poseemos, cuanto nos perjudica? ¿Se puede desarrollar más una capacidad que compense la limitación que se posee? ¿Cómo puedo trabajar las limitaciones para que no me afecten?

Para concluir se abre un espacio grupal de debate y reflexión.

**Actividad 14: “Reflexión final”**

**Objetivos:** Realizar una reflexión final en grupo sobre los objetivos del Taller.

**Estrategia:** Reflexión grupal e individual.

**Tiempo:** 40 minutos.



**Materiales:**

- Tarjetas completadas por los participantes en el primer encuentro.

**Instrucciones para el coordinador:**

Se les pide a todos los participantes que formen un círculo con las sillas y se sienten en ellas.

El coordinador expresa que será la última actividad del taller y los invita a reflexionar en grupo.

Luego se les entregan las tarjetas que completaron en el primer encuentro con los objetivos que tenían del taller, de forma aleatoria ya que fueron completados de forma anónima.

Cada participante leerá la que le haya tocado y en grupo reflexionan si el objetivo fue cumplido o que faltaría para poder lograrlo.

Por último, el coordinador invita al grupo a reflexionar en torno a los siguientes interrogantes, compartiendo sus experiencias. ¿Qué he aprendido en este taller? ¿Qué fue lo que más disfruté de este taller? ¿Qué es lo que no me gustó? ¿Cuál es mi mayor desafío en la vida en sociedad?

### Diagrama de Gantt

Actividades	Duración	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Encuentro N° 1							
“Nos Conocemos”	60 min.						
“Que harías”	60 min.						
Encuentro N° 2							
“Disco rallado”	60 min.						
“Selección de técnicas”	60 min.						
Encuentro N° 3							
“Identificando vínculos”	60 min.						
“Reconocer emociones”	60 min.						
Encuentro N° 4							
“Semáforo de la comunicación”	40 min.						
“Conversaciones difíciles”	40 min.						
“Mensaje pesimista y positivista”	50 min.						
Encuentro N° 5							
“Cinco características”	40 min.						
“¿A dónde vamos?”	60 min.						
Encuentro N° 6							
“¿Que nos limita?”	40 min.						
“Capacidades y Limitaciones”	60 min.						
“Reflexión final”	40 min.						

### **Recursos**

La institución cuenta con materiales y recursos disponibles que son parte de la infraestructura hospitalaria. Los recursos disponibles para la realización de los encuentros del taller son:

- Sala amplia y luminosa
- Ventilador
- Calefactor
- Pizarrón
- Sillas para dieciséis (16) personas
- Un escritorio

### Presupuesto

Los recursos necesarios no provistos por la Institución y que serán necesarios adquirir:

Material	Cantidad	Costo estimado
Lápices negros	20	\$350
Lapiceras	20	\$300
Cartulinas blancas	5	\$100
Fibras de colores	12	\$200
Resma de papel A4 70 gramos	1	\$300
Cinta adhesiva tipo scotch	1	\$95
Cartulinas de color (verde, rojo y amarillo)	12	\$320
Caja de tizas	1	\$80
Gomas de borrar	3	\$75
Tijera	1	\$100
Impresiones del material anexo	Cantidad necesaria	\$250
<b>Total:</b>		\$2170

En cuanto a los recursos humanos, se deberá contar con un coordinador, en este caso Licenciado/a en Psicología, que se encargará de llevar a cabo el plan de acción y su respectiva evaluación.

Teniendo en cuenta que la modalidad del Taller es Psicoeducativa, el cálculo de los honorarios profesionales será a partir del valor fijado para la *conducción o coordinación de espacios de formación*.

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno N°008/19 que el honorario mínimo ético profesional para la conducción o coordinación de espacios de formación es igual a: \$1570 - mil quinientos setenta pesos- por hora. El Taller Psicoeducativo de Reinserción Social y Comunitaria tiene estipulado catorce (14) horas, dando un total de \$21980 -veintiuno mil novecientos ochenta-.

## **Evaluación**

Para conocer el impacto de la realización Taller de Reinserción Social y Comunitaria en los pacientes próximos a ser externalizados del servicio de Internación en Salud Mental del Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”, se ha realizado una evaluación, cuyas respuestas nos permitirá tener una noción de la efectividad o no del mismo y si hay aspectos a mejorar.

La metodología seleccionada para dicha evaluación, es la administración de un Pre-test y un Post-test a cada participante antes de comenzar el Taller y una vez finalizado el mismo. Los datos obtenidos en ambas administraciones se colocarán en una Matriz de Evaluación de Impacto para comparar los resultados.

La Matriz de Evaluación de Impacto se encuentra en el Anexo 11.

En el Anexo 12 se incluye el cuestionario que se utilizará tanto en el Pre-test como en el Post-test, para luego ser comparados y analizados.

### **Resultados Esperados**

A través del presente Plan de Intervención, se busca favorecer la Reinserción Social y Comunitaria de los pacientes próximos a ser externalizados del Servicio de Internación de Salud Mental del Hospital San Antonio de Padua. Se espera que a través de la participación en el taller los pacientes puedan adquirir herramientas que mejoren su vida en comunidad.

Se aspira a poder brindar un espacio de reflexión y comunicación, donde los pacientes puedan expresar sus pensamientos, emociones y compartir sus experiencias, para poder trabajar en un ambiente de confianza y comodidad.

Se busca, que las herramientas otorgadas en el taller sirvan para fortalecer las redes vinculares de los pacientes favoreciendo al sostén de su salud mental en el medio social y familiar al que pertenecen y faciliten el desarrollo de su cotidianidad.

Lo que se pretende, es que los pacientes adquieran o recuperen, a través de las diferentes actividades planteadas en los encuentros, habilidades como las comunicativas, que permitan lograr su autonomía e independencia y aumenten su autoestima. De esta manera, incrementar sus posibilidades de establecer vínculos significativos, a través de poder relacionarse interpersonalmente, los cuales se convierten en un sostén para la vida.

A nivel institucional se espera generar un impacto positivo, disminuyendo los reingresos y las recaídas de los pacientes, tendiendo así a un aumento del bienestar y la calidad de vida de dichos pacientes.

## Conclusión

Realizar un análisis crítico del plan de intervención nos permite ver las limitaciones, las recomendaciones, los ajustes que podrían hacerse y las fortalezas que posee.

En relación a las limitaciones, al no poder acceder personalmente a la Institución, se considera que se ha perdido la oportunidad de haber obtenido mayor riqueza de datos sobre la problemática y responder interrogantes sobre la misma. Sin embargo, la información ofrecida por la universidad fue lo suficientemente detallada y específica para determinar la problemática que la misma Institución describe y poder desarrollar un plan de intervención que responda a la misma.

La fortaleza principal del presente proyecto de intervención, es poder haber trabajado bajo el nuevo paradigma de salud mental, reconociendo al paciente en su complejidad, tomando a la salud en su integridad y trabajar en favor de los derechos de las personas que padecen trastornos psíquicos.

Se considera que se pudo lograr un plan de acción acorde y en coherencia con la problemática planteada, estableciendo actividades para superar dicha problemática. Al desarrollar una matriz de evaluación de impacto, una vez obtenidos los resultados, se pueden plantear mejoras en el plan de acción y adaptarlo a cada necesidad nueva que pueda surgir.

Dentro de las limitaciones encontradas, se considera que podría haberse realizarse un seguimiento de los pacientes para conocer el impacto que el taller puede haber logrado en ellos. Podría realizarse una evaluación tiempo después que valores ciertos aspectos



psicológicos trabajados en el taller, como son las habilidades sociales, habilidades comunicativas, aspectos vinculares, autoestima, autonomía, etcétera. De esta manera se podría establecer si la intervención afecta positivamente la calidad de vida de los pacientes participantes del taller.

Se recomienda utilizar dicho plan de intervención cada vez que sea necesario ante nuevos pacientes internados, así como también, la inclusión en el taller de personas significativas para los pacientes, principalmente la familia, considerada la principal red de contención para una reinserción social y comunitaria satisfactoria.

Para el futuro, se podría considerar extender el tiempo de duración del taller, en base a las necesidades de los pacientes, pudiendo contar con más tiempo para incorporar los recursos y herramientas. Además, pueden rediseñarse y readaptarse las actividades según las necesidades e intereses, tanto de los profesionales que lo utilicen como del grupo al que se destine el taller.

Se espera poder incluir la utilización del plan de intervención en otras Instituciones que consideren positiva su incorporación. Se puede considerar la interacción entre las Instituciones, trabajar en equipo, tendiendo a la creación de redes vinculares.

Finalmente, se advierte que la problemática trabajada en este plan de intervención, es una problemática que afecta a todo el ámbito de la Salud Mental y que es necesaria la participación de los profesionales de la salud, de los pacientes, de las familias, de las redes vinculares y toda la comunidad para poder lograr una reinserción positiva y el

cumplimiento de los derechos de los pacientes con padecimiento psíquico. Logrando así un bienestar integral de la salud y el desarrollo positivo de su vida en sociedad.

## Referencias

Alfaro, J., Sánchez, A. & Zambrano, A. (2012) (Eds.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias*. Buenos Aires: Paidós

Ander-Egg, E. (2007). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica* (No. 316Ander-Egg). Magisterio del Río de La Plata.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

Berroeta, H., y Zambrano, A. (2012). *Teoría y práctica de la acción comunitaria: aportes desde la psicología comunitaria*. Santiago de Chile, CL: RIL editores.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*.

Cabra, J., & Sarasibar, X. (1995). No digas que sí, cuando quieras decir que no. Taller de habilidades sociales. *Aula Material*, 29.

Castanyer, O. (1996). La asertividad. *Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: *Descleé de Brouwer*.

Cepeda, M. M. (2019). Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (92), 5.

Dabas, E. (2007). *Redes sociales: de las organizaciones verticales aisladas a la acción colectiva de sujetos sociales responsables*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/34492978/Redes-Sociales-Elina-Dabas>

Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4615-4622.

Gracia, E., Herrero, J., y Musitu, G. (1995). El apoyo social [PPT en línea]. Recuperado de [http://www.udc.gal/dep/ps/grupo/programas/apoio\\_s.pdf](http://www.udc.gal/dep/ps/grupo/programas/apoio_s.pdf)

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*, 38(1), 114-125.

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

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

León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Cantero Sánchez, F. J., & Gil Rodríguez, F. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. *Psicología de la salud: Asesoramiento al personal sanitario*.

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

López Ramírez, O. (1998) *El paradigma de la complejidad en Edgar Morin*. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20469>.

Morasso, A. M. (2013). Gestión de Modelos de Externación de Adultos con Alteraciones Mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Revista Científica "Visión de Futuro"*, 17(2), 40-58.

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

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

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

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 28, 57-67.

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



Trullenque, E. M. G., & María, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.

Universidad Siglo 21. (2020). *Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”*. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

## **Anexos**

### **Anexo 1: Tipos de respuestas**

Nadie es puramente agresivo, ni sumiso, ni asertivo. Las personas tenemos tendencias hacia alguna de estas conductas, más o menos acentuadas, pero no existen los “tipos puros”. Por lo mismo, podemos exhibir algunas de las conductas descritas en ciertas situaciones que nos causan dificultades, mientras que en otras podemos reaccionar de forma completamente diferente

Sumisa: No actúa, ni comunica de manera eficaz, actúa según lo que los demás quieren. Defiende los derechos y decisiones de los demás, pero no los propios.

Algunas características de su comportamiento: Volumen de voz bajo, habla poco fluida, silencios, huida del contacto ocular, mirada baja, manos nerviosas, postura incomoda. Inseguridad para saber qué hacer y decir, frecuentes quejas a terceros (“X no me comprende”).

Agresivo: Se enfada y actúa. No respeta a los demás, reacciona con insultos, manipulación, etc. Defiende en exceso los derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás.

Algunas características de su comportamiento: volumen de voz elevado, habla tajante, interrupciones, utilización de insultos y amenazas. Cara tensa, manos tensas, postura que invade el espacio del otro y tendencia al contraataque.

Asertivo: Comprende la situación y actúa desde criterios personales, expresa sus sentimientos, pensamientos y convicciones, respetando los de los demás. Defiende sus derechos y decisiones de forma eficaz y adecuada.

Algunas características de su comportamiento: habla fluida, segura, contacto ocular directo, pero no desafiante, relajación corporal, comodidad postural. Expresión de sentimientos tanto positivos y negativos, defensa sin agresión, honestidad, capacidad de hablar de propios gustos e intereses, capacidad de discrepar abiertamente, capacidad de pedir aclaraciones decir “no”, saber aceptar errores.

Para realizar este anexo se obtuvo material de: Castanyer,O. (1996). La asertividad. *Expresión de una sana autoestima. Bilbao: Descleé de Brouwer.*

## **Anexo 2: Tarjeta ¿Qué Harías?**

Actitud	¿Que harías?
Sumisa	
Agresiva	
Asertiva	

### **Anexo 3: Técnica del disco rayado**

Esta técnica debe emplearse cuando el interlocutor trate de manipularnos para conseguir que hagamos algo que no queremos hacer o está fuera de nuestro alcance. Consiste en repetir una y otra vez el mensaje, es importante mantenernos serenos y evitar repetir las mismas palabras ya que esto puede ser interpretado como una conducta agresiva más que asertiva. Se repetirá en contenido del mensaje hasta que ya no pueda ser ignorado por el interlocutor.

Les presentamos un ejemplo:

Vendedor: Es un producto muy bueno y de una calidad excelente.

Respuesta asertiva: te lo agradezco, pero no me interesa.

Vendedor: Es una oferta muy buena está a mitad de precio.

Respuesta asertiva: Gracias, pero es que no me interesa.

Vendedor: llévatelo y lo pruebas tienes un mes para devolverlo si no te gusta.

Respuesta asertiva: Por el momento no me interesa.

Para la realización de este anexo se obtuvo información de: León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Cantero Sánchez, F. J., & Gil Rodríguez, F. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. *Psicología de la salud: Asesoramiento al personal sanitario*.

**Anexo 4: Lista de situaciones**

Un vendedor a domicilio te manipula para que compres un producto.

Un sábado por la tarde un amigo te propone hacer algo que a ti no te gusta

Tu familia quiere ver una película que no me gusta

Un comerciante quiere convencerte para que compres algo que no te gusta.

**Anexo 5: Lista de casos**

- 1) Un amigo te pide que le prestes dinero.
- 2) Un comerciante quiere convencerte para que compres algo que no te gusta.
- 3) Tu madre o tu padre quiere imponerte donde tienes que trabajar.
- 4) Un familiar te critica injustamente.
- 5) Mis amigos quieren ver una película que no me gusta.
- 6) Tu pareja no quiere que te pongas una ropa determinada.
- 7) Un amigo insiste en que fumes un cigarro, cuando vos no querés.
- 8) Un sábado por la tarde un amigo te propone hacer algo que a vos no te gusta.
- 9) Alguien te ridiculiza porque no quieres beber.
- 10) Expresas una opinión contraria a lo que piensa todo el grupo.
- 11) Tu jefe te echa la bronca porque no hiciste bien un trabajo.

12) Quieres cambiar el tema de conversación.

### **Anexo 6: Técnica de Autorrevelación**

El objetivo de esta técnica es fomentar la comunicación y evitar que nos manipulen. Posibilita la estimulación de los demás a que se comporten adecuadamente y se sientan receptivos hacia nosotros, lo que nos convierte en una persona significativa y digna de confianza para los demás.

Se presenta un ejemplo:

Situación: Juan y Santiago, padre e hijo respectivamente, están hablando de los estudios que va a realizar Santiago. El problema está en que Santiago quiere estudiar arquitectura y su padre, que es la 4ª generación de una importante estirpe de abogados, quiere que su hijo estudie derecho. Además, Santiago es el único hijo de Juan y quiere mantener la tradición.

- Juan: Mira Santiago, creo que te estás equivocando. Yo creo que con esa carrera no vas a llegar a ningún lado, en cambio, si estudias derecho, podrás trabajar con nosotros en el bufete, como llevamos haciendo toda la familia durante varias generaciones.

- Santiago: Sí papá, pero a mí lo que me gusta es dibujar, crear mis bocetos y es lo que quiero estudiar.

- Juan: Pero vamos a ver, ¿no te das cuenta de que vas a echar a perder tu futuro? Que todos hemos estudiado derecho, y se trata de una tradición.

- Santiago: Me sabe realmente mal, pero es lo que yo quiero.
- Juan: Pero, ¿cómo me puedes hacer esto a mí?
- Santiago: Tendrás que respetar mi decisión.

Para la realización de este anexo se obtuvo información de: León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Cantero Sánchez, F. J., & Gil Rodríguez, F. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. *Psicología de la salud: Asesoramiento al personal sanitario*.

#### **Anexo 7: Frases sugeridas**

##### **Grupo de amigos**

Mi grupo es...

Con ellos me siento...

Siento que me contienen porque...

Con ellos puedo hablar de...

Con ellos no me animo a...,

Me gustaría que...

**Familia**

Mi familia es...

Con ellos me siento...

Siento que me contienen porque...

Con ellos puedo hablar de...

Con ellos no me animo a...,

Me gustaría que...

(a completar)

Mi grupo es...

Con ellos me siento...

Siento que me contienen porque...

Con ellos puedo hablar de...

Con ellos no me animo a...,

Me gustaría que...



### Anexo 8: Tarjetas de emociones

MIEDO	TRISTEZA
ASCO	ENOJO
IRA	DIVERSION
SORPRESA	ABURRIMIENTO
ALEGRIA	SUSTO
TRISTEZA	NERVIOS
ENTUSIASMO	VERGÜENZA

### Anexo 9: Tarjeta de figuras a completar



**Anexo 10: Lista de ordenes**

1. Escribir su nombre en la parte superior de la hoja
2. Volver a escribir el nombre, pero con la otra mano
3. Escribir cinco nombres de animales (dar sólo cinco segundos)
4. Haz un avión.

### Anexo 11: Matriz de Evaluación de Impacto

Categoría de análisis	Indicador	Respuesta
-Habilidades comunicativas	Los pacientes se expresan de forma clara y realizan una escucha activa	
-Empatía	Los pacientes se preocupan verdaderamente por los demás	
-Inteligencia emocional	Los pacientes demuestran un buen manejo de sus emociones	
-Redes de contención vincular	Los pacientes buscan hacer actividades con otros	
	Los pacientes buscan el consenso con los otros	
	Los pacientes reconocen y se preocupan por las emociones de los otros	
	Los pacientes expresan actitudes proactivas para lograr fines comunes al grupo	
-Independencia	Los pacientes demuestran autodeterminación en sus decisiones	
	Se puede observar en los pacientes la búsqueda de un desarrollo personal a través del cumplimiento de metas	
-Autonomía personal	Los pacientes pueden emitir juicios propios	
	Los pacientes expresan sus pensamientos	
	Los pacientes pueden decidir que reglas guían su comportamiento	

### Anexo 12: Cuestionario previo y posterior al taller

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de preguntas, léalas atentamente y marque con una X la respuesta que considere más adecuada.

PREGUNTAS	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1- ¿Suele escuchar a las personas cuando le cuentan sus problemas?			
2- Las otras personas, ¿comprenden lo que ustedes les quiere decir?			
3- ¿Es solidario con los demás?			
4- ¿Se preocupa por lo que les sucede a las personas que lo rodean?			
5- ¿Puede darse cuenta cuando la otra persona se siente triste?			
6- ¿Puede ponerse en el lugar del otro?			
7- ¿Es cooperativo con los demás?			
8- ¿Puede trabajar en grupo?			
9- ¿Busca la cooperación de otros para lograr un objetivo?			
10- Cuando trabaja con otras personas, ¿busca el consenso o prioriza su decisión?			
11- Al trabajar en grupo, ¿propone ideas?			
12- ¿Piensa en lograr sus objetivos o deseos?			
13- ¿Puede elegir lo que quiere por sí mismo?			
14- ¿Tiene conciencia de sus actos?			
15- ¿Tiene conciencia de sus pensamientos?			
16- ¿Puede pensar sobre lo que está bien y lo que está mal?			

17- ¿Se propone metas a futuro?			
18- ¿Puede expresar sus sentimientos a otras personas?			
19- ¿Puede expresar sus pensamientos a otras personas?			
20- ¿Puede gestionar sus emociones cuando interactúa con otras personas?			
21- Cuando interactúa con otras personas, ¿puede darse cuenta de sus emociones?			
22- ¿Se expresa de la misma forma cuando esta con su grupo amigos que cuando se encuentra ante extraños?			
23- ¿Puede defender sus derechos de forma asertiva?			
24- ¿Respeto los derechos de los demás?			
¿Algún comentario?:			