

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Reinserción Social y Alcohol”
Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”
Bailone, Lourdes Micaela
Leg. PSI03789
Docente Director de Tesis: Dr. Y Mgter. Rubén M. Pereyra
Río Cuarto, Córdoba.
Diciembre, 2021

Agradecimientos

A mi familia y amigos

A todos aquellos quienes de una forma u otra me enseñaron algo nuevo cada día,

*A los docentes que dejaron una huella en mi educación, transmitiéndome su pasión y
motivándome a superarme.*

Gracias a todos los que estuvieron y están presentes en este camino,

Gracias por ayudarme a ser lo que hoy soy.

Índice

Resumen	Pág. 5
Introducción	Pág. 6
Línea Estratégica de Intervención	Pág. 8
Resumen de la organización	Pág. 12
Delimitación de la necesidad o problemática objeto de la intervención	Pág.19
Objetivos	Pág.21
Justificación	Pág.22
Antecedentes	Pág.24
Marco teórico	
Cap.1: Salud mental, abordaje y practicas	Pág.27
Cap.2: Personas y alcohol ¿una adicción?	Pág.32
Cap.3: Reinserción social, ¿Cómo volver a generar lazos?	Pág.39
Cap.4: Hospital de día y Psicoeducación	Pág.45
Plan de Intervención	Pág.51
Encuentro 1	Pág.52
Encuentro 2	Pág.55
Encuentro 3	Pág.57
Encuentro 4	Pág.60

Encuentro 5	Pág.62
Encuentro 6	Pág.64
Diagrama de Gantt	Pág.66
Recursos	Pág.67
Presupuesto	Pág.68
Evaluación de impacto	Pág.69
Resultados Esperados	Pág.70
Conclusión	Pág.71
Referencias	Pág.72
Anexo I: Hoja de Simulación	Pág.84
Anexo II: Hoja de definiciones	Pág.85
Anexo III: Matriz de evaluación de impacto	Pág.89
Anexo IV: Cuestionario	Pág.91

Resumen

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

Luego de realizar un análisis exhaustivo de las características de la institución sea delimitado la necesidad de un abordaje en pacientes con adicción al alcohol. Se propone el desarrollo de un taller psicoeducativo en donde se aborde la reinserción social en pacientes con adicción al alcohol pertenecientes al dispositivo Hospital de Día del nuevo Hospital San Antonio de Padua.

Para la ejecución del taller, se proponen seis encuentros con una frecuencia de uno por semana, realizando actividades que le permitan al paciente establecer y fortalecer vínculos familiares y sociales, propiciar la autonomía e independencia y desarrollar habilidades de la vida diaria.

Al inicio y final del taller se aplicará un cuestionario a los participantes, a fin de realizar una evaluación de impacto para poder valorar los logros obtenidos y efectuar las recomendaciones futuras en dicha institución.

Palabras clave: Alcohol, Reinserción Social, Taller, Vínculos.

Introducción

El presente escrito comprende el trabajo final de grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, el mismo consiste en la presentación de un plan de intervención, en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Rio Cuarto con la finalidad de lograr la reinserción social de pacientes que son adictos al alcohol y concurren al hospital de día; actualmente, en el hospital no funciona un dispositivo que genere vinculación con el entorno.

Para realizar el escrito se tiene en cuenta la bibliografía propuesta por la Universidad Siglo 21, en donde se hace referencia a que no existen programas de reinserción social para pacientes internados en el Hospital.

Se trabajará con la línea estratégica “Nuevos paradigmas de Salud Mental”, la cual, plantea el pasaje de un paradigma a otro y la promulgación de una nueva Ley de Salud Mental.

Siguiendo con lo planteado por la nueva Ley de Salud Mental 26657, en su artículo 7° fundamenta que “el estado reconoce que toda persona con padecimiento mental tiene derecho a recibir tratamiento (...) promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”.

En paralelo, se tomará la definición de Salud Mental propuesta por la OMS, donde es definida como *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001^a, p.1)”*

Por otra parte, se trabajará con investigaciones que aborden la temática escogida, tales como *“Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario”* (Chile, 2015); *“Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes”* (España, 2018) y *“El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿externación o expulsión?”* (Buenos Aires, 2009).

A modo de cierre, se espera con la realización de este plan de intervención, y la posterior ejecución del taller, pueda lograrse la generación de un vínculo del paciente con su entorno más cercano, pudiendo generar habilidades que le permitan desenvolverse en la vida diaria y desarrollar tareas; poder comunicar sus emociones; potenciar su autonomía e independencia, y, por último, identificar factores de protección y de riesgo en los vínculos.

En caso de no poder desarrollarse tanto el plan de intervención como el taller, se podría pensar que cada vez menos pacientes podrían reinsertarse socialmente sin una ayuda adecuada, lo que los llevaría nuevamente a una posible recaída y vuelta a la internación.

Línea Estratégica de Intervención

El siguiente Trabajo Final de Grado, se enmarca bajo la propuesta de un Plan de Intervención, destinado al Servicio de Salud Mental del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”. El mismo, en función de los lineamientos temáticos propuestos por la Universidad Siglo 21, será abordado desde una de las líneas estratégicas de intervención planteadas, la cual se denomina “Nuevos paradigmas en Salud Mental”.

Siguiendo la delimitación conceptual, expresada en la plataforma virtual Canvas (Universidad Siglo 21, 2019), un *paradigma* es definido como un modelo; patrón; ejemplo o prototipo, el cual, debe seguirse ante una determinada acción. En efecto, pensar en salud y enfermedad, es repensar un modelo de conceptualización del hombre como tal, es decir, hombre en tanto sujeto de derecho, sujeto biopsíquico y sujeto social. Desde esta perspectiva, los modelos de abordaje de salud y enfermedad de las personas, han estado en constante cambio en paralelo con la historia de la humanidad. Actualmente, este recorrido histórico del hombre, lleva a pensar en la posibilidad de instaurar nuevos modelos de salud mental, que contemplan la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión.

Por otra parte, el filósofo norteamericano Thomas Kuhn lo define de la siguiente manera: “Un paradigma es lo que los miembros de una comunidad científica comparten, y, recíprocamente, una comunidad científica consiste en hombres que comparten un paradigma” (Kuhn, 1962, pp. 33 y ss.).

En la década del 70, 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

derivó en la salud mental como disciplina. Se encontraban, entre otros, el movimiento antipsiquiátrico, la psiquiatría de sector en Francia, la psiquiatría social y comunitaria y las corrientes de psicoterapia institucional.

Los fundamentos se orientaban a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Sin embargo, no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial. (Canvas,2019)

La idea de “desmanicomialización”, es decir, el cuestionamiento al manicomio y su modalidad de atención y cura caracterizada como violenta y represiva, nace en la segunda posguerra y hace referencia a las innovadoras experiencias iniciadas y llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos en Gran Bretaña, Europa y Estados Unidos. Se trata de movimientos antipsiquiátricos que apuntan a redefinir el concepto de Salud Mental. Son propuestas contrahegemónicas que se oponen al Modelo Médico manicomial que se basa en el internamiento crónico, promoviendo prácticas alternativas a éste como instancias de cura. Argentina también formará parte de esta corriente, importando y adaptando tales ideas. Este giro en el modo de pensar el proceso de salud-enfermedad mental es dado por diferentes disciplinas sociales que comienzan a cuestionar las prácticas psiquiátricas con su modalidad asilar en la cura de los enfermos, enfatizando lo social en la producción de la enfermedad y, focalizando en la sociedad el espacio para la cura.

Esta redefinición se fundamenta principalmente en el cierre definitivo del manicomio y en la transformación total del modo de atención de la práctica psiquiátrica con la finalidad de recrear o crear redes vinculares y sociales que posibiliten la contención extramuros (Sampayo, A. R, 2005).

Stolkiner (2003), plantea que los establecimientos ideales de salud mental deben ser lo más parecidos a los distintos establecimientos donde transcurre la vida de los seres comunes. Una casa de medio camino debe ser, simplemente, una vivienda. No se trata de “crear una ilusión de libertad”, como esperaba Cabred, sino de pensar un espacio para sujetos de derecho, aún aquellos destinados a la internación de las crisis.

Una reforma en el área de salud mental requiere transformar representaciones del conjunto de la sociedad. La remodelación o construcción de establecimientos desde esta nueva óptica también requiere revisar las representaciones en las que se fundan sus proyectos. Se trata de materializar interdisciplinariamente una nueva relación entre la sociedad y la problemática de las “enfermedades” mentales. (Stolkiner, A, 2003)

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable (Ministerio de Salud de Mendoza, 2014).

La OMS por su parte, describe la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001^a, p.1)”*

En lo que respecta a la Ley Provincial de Salud Mental N° 9848 el artículo 2 establece: “Los servicios de salud mental son aquellas prestaciones asistenciales cuyo cometido es abordar -previniendo o conteniendo desde una perspectiva rehabilitadora y

articulada- los padecimientos o trastornos de origen emocional u orgánico, capacidad de producir un deterioro en la aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente.”

A manera de cierre, se puede indicar que todas las personas cuentan con los derechos para acceder a la salud, sin quedar privada de la misma.

Resumen de la organización

El nuevo hospital “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto se encuentra desde el 2004 hasta la actualidad en la calle Guardias Nacionales 1027, anteriormente, a mediados de 1969 se encontraba en la calle General Mosconi 486 con el nombre de “Hospital Regional de Río Cuarto”, por ese entonces tenía dependencia nacional, creado en 1948 durante el gobierno de Juan Domingo Perón, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. En ese momento, el ministro de Salud Pública era Ramón Carrillo, destacado neurólogo y neurocirujano, denominado como el padre del sanitarismo en Argentina. Durante el desempeño de sus funciones, Carrillo llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública de Argentina, con una concepción social de la medicina. Como parte de las políticas del momento, se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos. (Canvas, 2019)

Fue el doctor Lucero Kelly quien realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional Río Cuarto; a partir de eso se logró que en el mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. (Canvas, 2019)

Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario; funcionando de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica del hospital. Contaba con un amplio equipo de salud que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. (Canvas, 2019)

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, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli. (Canvas, 2019)

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. (Canvas, 2019)

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

una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. (Canvas, 2019)

En el año 1978, por medio de una disposición, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. De manera repentina se trasladó todo el mobiliario, los recursos humanos y los pacientes, dejando de funcionar la Comunidad Terapéutica de Salud Mental como entidad independiente. De este modo, comenzó a ser un servicio del Hospital San Antonio de Padua. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas. En el año 1981, se incorporaron más camas y más profesionales al servicio y se comenzó a trabajar con pacientes alcohólicos. (Canvas, 2019)

En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, y se plantearon nuevas estrategias terapéuticas no tradicionales para el área de Rehabilitación. En el año 1987, se contaba con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en Enfermería. De este modo, se constituyó el equipo de atención comunitaria.

Siguiendo con lo anteriormente mencionado, según Canvas (2019), en el año 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de este, hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Todo esto sucedió ya en el marco de las nuevas políticas de transformación de la salud mental, que reconocen como antecedentes los sucesos mencionados anteriormente, pero con un nuevo enfoque que en general dio en llamarse “democratización de la salud mental”, en consonancia y a partir de la

propuesta de Franco Basaglia Italia. En ese mismo año (1993), se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental).

En el año 1997, se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Río Cuarto. 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. En el curso del mismo año (2010), se planteó como objetivo prioritario de la nueva gestión la generación de un espacio pensado desde la salud y destinado a ex-presos víctimas del terrorismo de Estado. (Canvas, 2019)

En el año 2011, se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad, posteriormente se dispone de un pabellón para el funcionamiento de Hospital de Día. (Canvas, 2019)

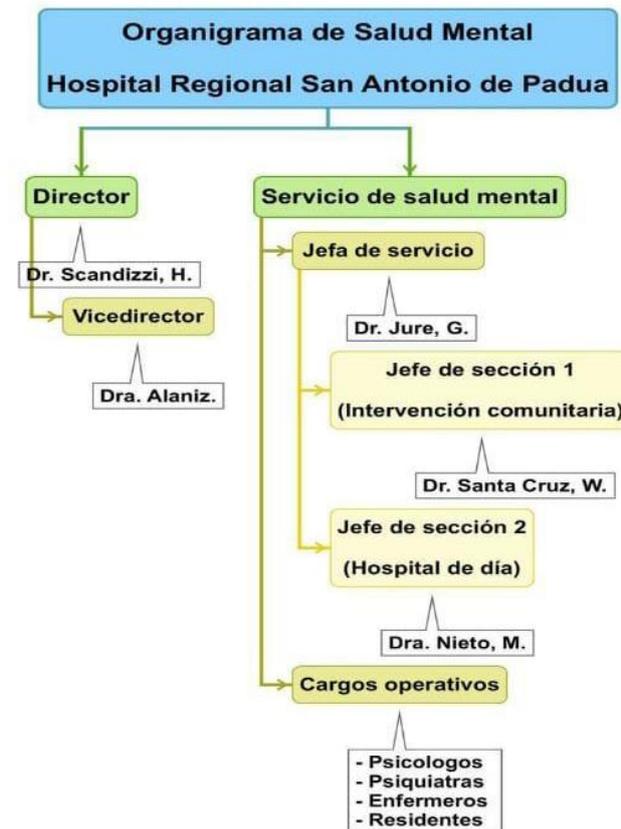
En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRCSAP), ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, desde la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426, al edificio central en Guardias Nacionales 1027. Uno de los objetivos que motivó este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N.º 98481 como nacional N.º 266572. (Canvas, 2019)

Actualmente, en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 personas, de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. La tendencia en los últimos 13 años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad, desalentando prácticas de

encierro, castigo y violencia subjetivas conocidas como modelo manicomial. (Canvas, 2019)

Cuenta con un abordaje de carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural del paciente es donde la problemática subjetiva emerge y es indudable también para su recuperación. (Canvas, 2019)

Figura A1: Organigrama del Hospital San Antonio de Padua. Fuente: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/18691/TFG%20BOTTARINI%20LUCIA%20-%20Lucia%20Bottarini.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Delimitación de la necesidad o problemática objeto de la intervención

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

En la bibliografía consultada (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019) se hace referencia a que no existen programas de reinserción para pacientes internados, aunque sí se realizan prácticas en el dispositivo Hospital de Día cuyos objetivos son la rehabilitación y la reinserción socio comunitaria de los sujetos.

Se puede identificar como problemática el proceso posterior a la externalización del paciente del Servicio de Salud Mental, ya que se considera un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio, identificada dentro del programa de externación asistida presente en la bibliografía.

Los problemas se refieren a una "situación inesperada que ocurre en un momento dado y que produce cambios en los objetivos previstos o distorsiona la realidad" (Carrión Rosende y Berasategi Vitoria, 2010, p. 22).

La externación de pacientes es uno de los ejes sobre los que se trabaja desde Intervención en Comunidad. La patología que implica la ruptura de lazos sociales impacta en forma directa en la producción de este problema. Aquel sujeto que ha sido externado y no ha desarrollado un vínculo con su contexto, es pasible de estigmatización, además, su dinámica familiar puede no haber mejorado o incluso empeorado. El enfoque puesto

sobre la enfermedad y el déficit, sumado a la inexistencia de programas de seguimiento posterior a la externación, dificultan afrontar el proceso (Canvas, 2019).

Resulta necesario un seguimiento de los sujetos en su proceso de revinculación con el medio sociofamiliar, teniendo como objetivos una mayor integración del paciente en forma activa en los diferentes espacios comunitarios y la redefinición de su rol en el contexto familiar, contando con una participación activa de la familia en el proceso de inclusión social (Canvas, 2019).

Becoña Iglesias (2010), define adicción como una necesidad imperiosa de llevar a cabo una determinada conducta buscando experimentar placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras, sabiendo que a medio y largo plazo esa conducta produce efectos negativos.

Tisera, Bavio y Lenta (2009), definen el proceso de externación como una serie de procedimientos y acciones que se ponen en juego con el fin de lograr el acceso a la autonomía psicosocial de pacientes de un servicio de salud mental como es la internación.

Según un Informe estadístico del año 2016, llevado a cabo por el organismo público nacional SEDRONAR (2016), en población de 16 a 65 años, de la provincia de Córdoba, las sustancias psicoactivas con mayores proporciones de consumo del último año son: alcohol (63,1%), marihuana (2,5%), tranquilizantes (1,4%) y cocaína (0,8%). En función de estos datos, se decide abordar la reinserción social en pacientes con adicción al alcohol, ya que los mismos son admitidos en el dispositivo Hospital de Día.

Objetivos

Objetivo General

- Abordar la reinserción social en pacientes con adicción al alcohol pertenecientes al dispositivo grupal “Hospital de Día” del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la Ciudad de Rio Cuarto a través de un taller psicoeducativo.

Objetivos Específicos

- Fomentar la capacidad de autonomía e independencia.
- Fortalecer los vínculos familiares y sociales de los pacientes externados.
- Propiciar el desarrollo de habilidades que les permitan desempeñarse en la vida diaria.

Justificación

La intervención tendrá como propósito principal abordar la Reinserción Social en pacientes con adicción al alcohol pertenecientes al dispositivo grupal “Hospital de Día” del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la Ciudad de Rio Cuarto a través de un taller psicoeducativo.

Tal propuesta resulta pertinente, ya que, siguiendo lo planteado por la Universidad Siglo 21 (2019) es necesario un seguimiento de los sujetos en su proceso de revinculación con el medio sociofamiliar; teniendo como objetivos una mayor integración del paciente en forma activa en los diferentes espacios comunitarios y la redefinición de su rol en el contexto familiar.

Se espera que estos sujetos puedan tener una actitud activa, lograr la autonomía e independencia. Por medio de las actividades grupales, se espera que internalicen modelos de interacción saludables y establezcan vínculos. Se trabaja en la construcción y mantenimiento de lazos sociales con la finalidad de trasladar los modelos de interacción ofrecidos desde HD (Hospital de día) hacia el afuera de la institución, ofreciéndose éste como elemento facilitador de la transición.

Siguiendo con lo planteado por la Universidad Siglo 21 (2019), se trabaja con una concepción de sujeto de derecho, haciendo hincapié en la posibilidad de que la persona pueda incorporarse en diferentes espacios sociales (laborales, familiares, actividades de su interés), reconociendo que tiene un padecimiento psíquico que en algunos aspectos lo limita y en otros no, con capacidades y potencialidades para ser desarrolladas; se piensa desde la inclusión social y no desde la exclusión.

Cientos de autores, entre ellos Gómez y Serena (2015), Gómez (2007) y Becoña y Cortés (2010) afirman que la problemática del consumo es un flagelo de la sociedad

actual. Tal es así que, según el último informe mundial sobre las drogas 2016 (UNODC [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito], 2016), existe un elevado consumo de sustancias, además de que aumenta el número de muertes a casusa de esta problemática.

El consumo de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública, que requiere acciones inmediatas tanto preventivas, como de promoción de la salud.

El uso nocivo del alcohol desafía al desarrollo social y económico de muchos países, incluidos los de América, teniendo éste un consumo aproximado de un 40% mayor al promedio mundial. En general, la población en las Américas consume alcohol en un patrón que es peligroso para la salud. Este tipo de consumo de riesgo se asocia con diversos daños a la salud y sociales, que incluyen más de 200 condiciones (enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, las lesiones y el VIH), así como la violencia doméstica, la pérdida de productividad, y muchos costos ocultos. (OPS,2021)

Durante la pandemia de COVID-19, las bebidas alcohólicas se han promovido por las redes sociales y su disponibilidad ha aumentado en muchos países debido a la mayor facilidad de acceso a las compras en línea y las entregas a domicilio. Hay evidencias que indican que las personas con mayor probabilidad de aumentar su consumo de bebidas alcohólicas como resultado de estos factores, ya consumían alcohol en exceso antes de la pandemia. Adicionalmente, los puntos de venta de bebidas alcohólicas, como bares y clubes nocturnos, atraen multitudes que no respetan el uso de mascarillas ni practican el distanciamiento social. (OPS, 2021)

Antecedentes

Partiendo de la investigación “*Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario*”, la reinserción social (RS) de personas que infringen la ley es el objetivo primordial de los programas de intervención en los recintos penitenciarios en Chile. La presente investigación tuvo como objetivo conocer el significado que le dan los funcionarios de un Centro de Cumplimiento Penitenciario a la reinserción social y sus implicancias en las prácticas relacionales. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 15 miembros del personal, y luego fueron analizados mediante análisis de contenido y temático. Los resultados se organizan en torno a cuatro categorías: político-institucional; subjetivo-formativo; interaccional-intrapenitenciario y significado acerca del interno. La primera concibe la reinserción social como una meta institucional que está ligada al mandato valórico social. Para la segunda la reinserción social está anclada en la formación profesional y en la experiencia personal. La tercera la ve como una forma de regulación de diversos tipos de dinámicas intrapenitenciarias. Finalmente, en la última categoría la reinserción social se centra en el interno, abarcando su dimensión personal, familiar y comunitaria. (Ahumada Alvarado, H., Grandón Fernández, P., 2015).

El segundo antecedente, es la investigación “*Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes*”, la cual analizó el perfil de las personas participantes en un programa de reinserción social de personas privadas de libertad drogodependientes a fin de identificar qué características personales se asociaban con la consecución del alta terapéutica, esto es, el éxito en el programa y, consiguientemente, con su reinserción social y abandono de la dependencia. Se comienza describiendo acerca de la drogodependencia, la privación de la libertad y los tipos de

programas existentes en el estado español para la reinserción de estos colectivos. Los resultados nos permiten afirmar que los perfiles de entrada de la población estudiada se corresponden con los de otros estudios sobre la misma población. Así, los datos muestran que el grado de avance en el proceso de deterioro personal y social que supone la adicción, así como los factores de resiliencia vividos en la historia personal y los lazos afectivos que se proyectan hacia el futuro constituyen elementos relevantes para abordar con éxito un programa de superación de la adicción. (Menéndez Vega, C., García Gutiérrez, E. 2018).

Por último, un tercer antecedente es extraído del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009, titulado “*El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿externación o expulsión?*”. Las Políticas Públicas y la legislación vigente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires sobre salud mental se encuentran en tensión con un proceso impulsado por las políticas neoliberales orientadas al debilitamiento del rol del estado como garante de los derechos básicos de salud, vivienda y educación. Situados en un Programa de Prealta del Hospital Borda, dedicado en forma intensiva a la habilitación y rehabilitación de las capacidades productivas, sociales y/o laborales de los pacientes, se propone relevar el proceso de externación como parte de estas políticas, indagando de qué manera se desarrolla este proceso de acompañamiento institucional necesario para una persona con sufrimiento mental que ha atravesado una internación, trabajando desde una metodología participativa y reflexiva.

A partir de los datos proporcionados por las siguientes investigaciones se decide realizar el abordaje de reinserción social en pacientes con adicciones al alcohol, ya que esta, al ser el único tipo de adicción que se admite en los talleres del hospital de día, no se encuentran dentro de la bibliografía proporcionada por la Universidad Siglo 21, un registro de que estos pacientes acuden a los diferentes talleres.

Marco teórico

Capítulo 1: Salud Mental, abordaje y prácticas

“El hombre puede conservar un reducto de libertad espiritual, de independencia mental, incluso en terribles estados de tensión psíquica y física”.

Viktor Frankl

Salud y Enfermedad

Cada sociedad crea a sus enfermos y sus respectivas curas, de hecho, es la sociedad la que dictamina quien se sale de la norma y como debe reencauzarse el “anormal” para que siga siendo funcional al sistema. Los distintos discursos que circulan sobre lo que es la salud/enfermedad mental y cuál es el mejor método para su alivio son una construcción social de un determinado período histórico y se corresponden con una determinada línea política, económica e ideológica. Tales decires y ciertos simbolismos generan materialidad, es decir, se cristalizan en instituciones, en prácticas médicas, en etiquetamientos, o diagnósticos, que hacen huella en la persona que lo lleva. Es decir, que el sujeto esté enfermo o sano, sea normal o anormal no sólo depende de las alteraciones de su personalidad sino también de las actitudes, juicios, prejuicios y valores que tiene la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. (Sampayo, 2005)

Saforcada (1988) postula que “salud es la situación de relativo bienestar psíquico, físico y social –el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada– considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente (entidad físico-química-psico-socio-cultural y económico-política)”.

Será en el siglo XIX donde predominará una conciencia analítica que delimitará científicamente el límite entre la cordura y la locura, convirtiendo a ésta última en objeto

de estudio. Al loco se lo encierra, se lo separa, es objetivado y analizado por una disciplina particular y emergente, la Psicopatología. Es ésta la que dará respuesta a las demandas e interrogantes sociales sobre la conducta de los “desviados”, dándole la identidad de “enfermedad mental” a tales comportamientos”. Por lo tanto, es la medicina mental y la consecuente medicalización la que legitima al hospicio. Se refuerza la cura como técnica privilegiada de la medicina (Sampayo, 2005).

En esas curas nacía la posibilidad de una psiquiatría de observación, de un internamiento de índole hospitalaria, y del diálogo entre el loco y el médico. Se comienza a dar a la locura un contenido de culpabilidad, de sanción, de tratamiento moral, según los principios establecidos por Pinel.

El encierro deja de ser entendido como castigo y se lo empieza a vincular con criterios morales- terapéuticos, sustentado en los valores de la burguesía, que propone una idea de familia, una clara vinculación con lo normativo, y en un necesario “reconocimiento del error” y aceptación de los castigos, para que el paciente se acerque a la “curación”. En este contexto el médico llega a ser la figura central, que aparece legitimando al asilo (Sampayo, 2005).

En Argentina

Nuestro país adhirió formalmente a varias Declaraciones Internacionales (Alma Atta, 1968; Caracas, 1990; Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991; Convención Interamericana de derechos Humanos, 2001) que promueven la Atención Primaria de la Salud, haciendo mención también a la inclusión de la Salud Mental dentro de esa atención. El paciente debe consentir su internación lo cual implica que está protegido judicialmente, la decisión de la privación de la libertad ya no puede ser monopolizada por

los profesionales médicos. Se aclara que si una persona no consiente ser internada se le está privando obligadamente de su libertad.

En Argentina, la nueva Ley Nacional de Salud Mental, promulgada a fines del año 2010 ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Manicomio

Etimológicamente, la palabra manicomio viene del griego manía: locura y koméo: cuidar. Manicomio, loquero, hospicio o psiquiátrico, eran las denominaciones comunes que tenían los hospitales de salud mental que estaban a cargo del Estado. Dichos establecimientos aglutinaban a personas de bajos recursos económicos, con escasa inserción social y contención afectiva. Las instituciones neuropsiquiátricas privadas recibían el nombre de sanatorios o clínicas, que albergaban a los mismos pacientes, pero con la diferencia de que éstos tenían mayor poder adquisitivo y, por consiguiente, recibían mejor atención en mejores condiciones edilicias (Sampayo, 2005).

Con el siglo XX comienzan los cuestionamientos al manicomio y al Modelo Médico que éste aplica. Foucault llama a tal acontecimiento “primeras reacciones antipsiquiátricas”, haciendo referencia al Psicoanálisis, que postulará la etiología de las enfermedades mentales en relación con conflictos psíquicos (Sampayo, 2005).

Para Foucault, la antipsiquiatría pretende conferir al individuo la tarea y el derecho de llevar su locura hasta el límite, en una experiencia a la que los otros pueden contribuir,

pero nunca en nombre de un poder que les sería otorgado por su razón o su normalidad. La antipsiquiatría intenta separar las conductas, los sufrimientos, los deseos del estatuto patológico que se les había conferido, liberándolos de un diagnóstico y de una sintomatología que no tenían simplemente un valor clasificatorio sino también un carácter de decisión y decreto (Sampayo, 2005).

El objetivo final es convertir el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental, buscando nuevas alternativas de tratamiento consensuar con el paciente un tratamiento adecuado. Transformar el modelo asilar y de reclusión de los manicomios y convertirlos en ámbitos dinámicos con una mayor interacción entre la institución y la comunidad. (Sampayo, 2005).

Se pasa de considerar la enfermedad mental desde un punto biologicista, organicista clásico a una concepción pensada desde una perspectiva más amplia, de lo psiquiátrico a lo patológico, comenzando a pensar en términos de salud mental, concepto más integrador que el de enfermedad. Se piensa al hombre como una unidad bio-psico-socio-cultural que puede ser abordada desde diferentes disciplinas e interdisciplinariamente (Sampayo, 2005).

Prácticas de Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud, las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los

trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Hosman & Jané-Llopis, 1999, p. 31).

Capítulo 2: Personas y alcohol, ¿una adicción?

“Todo lo que no me destruye me hace más fuerte”.
Nietzsche

Historia de las adicciones

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, premisa básica en la que concuerdan la mayoría de los autores que abordan la temática, tal como lo expresan Becoña y Cortés (2010), prácticamente a inicios de la historia, el hombre ha utilizado productos, sustancias o preparados, con fines medicinales, placenteros, míticos, ritualistas religiosos o simplemente para modificar la percepción de la realidad, en la constante búsqueda de oprimir el sufrimiento, sea éste físico, psíquico, social o espiritual. fumar cigarrillos, beber alcohol, masticar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, etc., son algunos de los antecedentes del uso y el abuso de sustancias que se atestiguan y acompañan la actualidad del hombre.

La OMS considera a las conductas adictivas o a las adicciones como una enfermedad psicoemocional y física que origina una dependencia o necesidad a determinada sustancia, comportamiento, actividad o relación. En otras palabras, el significado de adicción se basa, tal como plantean Becoña y Cortés (2010), en el concepto de dependencia, el cual, hace referencia al uso excesivo de una sustancia, la cual produce consecuencias negativas significativas en un amplio periodo de tiempo.

Droga, según la Organización Mundial de la Salud, es toda sustancia psicoactiva que provoca efectos en el sistema nervioso central y que, una vez introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste (Gómez, y Serena, 2015). Se va considerar la adicción a drogas al consumo repetido de una sustancia psicoactiva que produce en el individuo el deseo compulsivo de consumirla, la intoxicación por esa

sustancia, una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente el consumo, pasar gran parte de tiempo procurando alcanzar la droga y, cuando no se la consume, sufrir los síntomas de abstinencia (Becoña Iglesias, y Cortés, 2010). Dentro de este grupo, se encuentran la adicción al alcohol, al tabaco, cannabis, drogas sintéticas, heroína, anfetaminas, cafeína, entre otras.

En cuanto a las características de las adicciones, Grossop (como se cita en Becoña Iglesias, y Cortés, 2010) identificó cuatro: un fuerte deseo o sentimiento de compulsión, deterioro en la capacidad de controlar la conducta, malestar y estado de ánimo alterado cuando se impide o se deja de hacer la conducta y la persistencia de la conducta a pesar de los efectos nocivos que causa en el individuo.

La adicción como enfermedad crónica presenta una tendencia a las recaídas. Las recaídas son una realidad y la mejor forma de prevenirlas es aceptando el riesgo y estando al tanto el llamado síndrome de la recaída (Isep, 2017).

Una recaída se define como un regreso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado (abstinencia) y que conllevan a volver al uso de la sustancia, volviendo al estado anterior a la recuperación. Las recaídas pueden formar parte del proceso de recuperación no teniendo que suponer obligatoriamente un fracaso en el tratamiento, sino un aprendizaje, para que la persona tome conciencia de que hay algo que no está haciendo bien. El abandonar una adicción implica cambiar comportamientos profundamente arraigados por lo que muchas veces, resulta fácil volver a ellos. (Isep, 2017).

Informes

Cientos de autores, entre ellos Gómez y Serena (2015), Gómez (2007) y Becoña y Cortés (2010) afirman que la problemática del consumo es un flagelo de la sociedad actual. Tal es así que, a nivel mundial, según el último informe mundial sobre las drogas 2016 (UNODC [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito], 2016), existe un elevado consumo de sustancias, además de que el número de muertes a casa de dicha problemática aumenta.

Según este informe (UNODC, 2016), se estima que 1 de cada 20 adultos de entre 15-64 años en el 2014 consumieron al menos una droga, es decir, 250 millones de personas. De estas, aproximadamente 29 millones sufren trastornos relacionados con el consumo de sustancia, especialmente aquellos 12 millones de individuos que se inyectan drogas, de los cuales se estima que un 14 % de estos convive con el VIH.

Existen dos aspectos preocupantes respecto al consumo, los cuales señala Barrón (2010): la disminución de la edad de los jóvenes que consumen y la masificación del problema y su efecto destructivo. Respecto al primer aspecto, se considera que la franja etaria crítica comprende entre los 11, 12 años hasta los 25, 28 años.

Según un informe del diario La Voz (2019) al menos dos de cada tres adolescentes consumen alcohol; y entre los 18 y los 24 años, lo hace más del 80 por ciento de la población. Los jóvenes entrevistados por la Sedronar señalan dos motivos centrales al explicar por qué comenzaron a consumir. Por un lado, la facilidad con que se puede acceder a la droga que se desee.

Por otro lado, el consumo de su entorno. Cerca del 40 por ciento de los menores encuestados declararon tener amigos o familiares que se emborrachan de modo regular; y más del 25 por ciento manifestó tener amigos que consumen drogas ilegales.

Alcoholismo

El alcoholismo según la Fundación Recal, es una enfermedad crónica, progresiva y en muchos casos mortal producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, que interfieren en la salud física, mental, social y/o familiar, así como en las responsabilidades laborales. Asimismo, genera dos tipos de dependencia, la física y la psicológica.

La dependencia física se revela por sí misma cuando se interrumpe la ingesta de alcohol con síntomas muy claros, como temblores, sudoración... llegando incluso a producir la muerte. Una vez superada la dependencia física comienza el verdadero trabajo y es enseñar a la persona a lidiar con sus emociones y situaciones sin recurrir al uso del alcohol. Esta es la verdadera dependencia psicológica: pensar que no se es capaz de vivir la vida sin alcohol. (Recal, 2019)

Factores de Riesgo y protección

Al momento de referirnos a una adicción es importante tener en cuenta los factores de riesgo y de protección que están implicados en la persona que consume.

En primera instancia, es necesario aclarar qué son los factores de riesgo. Tanto Gómez y Serena (2015) como Becoña Iglesias y Cortés (2010) citan la conceptualización de Clayton. Este entiende que pueden ser una condición situacional o contexto, como así también una característica o atributo individual que presenta el individuo que incrementa la probabilidad del uso o abuso de drogas, o bien que actúa como mantenimiento de la problemática. De esta conceptualización resulta fundamental remarcar el carácter de probabilidad, es decir, que puedan estar presentes en un sujeto, pero no implica necesariamente que esté presente un problema con el consumo de sustancias.

Los factores de riesgo adquieren importancia en la medida en que sean identificados para poder elaborar y diseñar posibles intervenciones, tanto directas como indirectas, para disminuir la probabilidad de la existencia de problemas relacionados con el uso y abuso de distintas sustancias.

Los factores de protección son aquellas características o atributo individual, contexto ambiental o condición situacional que tienen la capacidad de reducir, atenuar o inhibir la posibilidad del uso y/o abuso de sustancias o bien, la transición en el nivel de implicación con las mismas. (Clayton, como se cita en Becoña Iglesias y Cortés, 2010, p. 48).

Desde esta perspectiva, los factores de protección adquieren relevancia acerca de la temática prevención en las drogodependencias. Es por ello que, en el último tiempo, las investigaciones no solo determinan qué factores de riesgo que están implicados en esta compleja problemática resulta importantes, sino también se evalúa cuáles son aquellos factores de protección.

Por lo expuesto a continuación se expondrán los factores más relevantes siguiendo un esquema propuesto por Becoña Iglesias (2002), citado en Becoña Iglesias (2010):

	FACTORES DE PROTECCION	FACTORES DE RIESGO
Factores familiares	Apego familiar; Oportunidades para la implicación en la familia; Creencias saludables y claros estándares de conducta; Altas expectativas parentales; Un	Consumo de alcohol y droga por parte de los padres; Baja supervisión familiar; Baja disciplina familiar; Conflicto familiar; Historia familiar de conducta antisocial; Actitudes parentales favorables hacia la

	sentido de confianza positivo; Dinámica familiar positivo.	conducta antisocial; Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias; Bajas expectativas para los niños o para el éxito; Abuso físico.
Factores comunitarios	Sistema de apoyo externo positivo; Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad; Descenso de la accesibilidad de la sustancia; Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes; Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.	Deprivación económica y social; Desorganización comunitaria; Cambios y movilidad de lugar; Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias; La disponibilidad y accesibilidad a las drogas; La baja percepción social de riesgo de cada sustancia.
Factores de los compañeros e iguales	Apego a los iguales no consumidores; Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras; Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas; No ser fácilmente influenciado por los iguales.	Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de droga; Compañeros consumidores; Conducta antisocial o delincuencia temprana; Rechazo por parte de los iguales.

Factores escolares	Escuela de calidad; Oportunidades para la implicación prosocial; Refuerzos/ reconocimiento para la implicación prosocial; Creencias saludables y claros estándares de conducta; Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro; Clima institucional positivo.	Bajo rendimiento académico; Bajo apego a la escuela; Tipo y tamaño de la escuela (grande); Conducta antisocial en la escuela.
Factores individuales	Religiosidad; Creencia en el orden social; Desarrollo de las habilidades sociales; Creencia en la propia autoeficacia; Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes; Orientación social positiva; Poseer aspiraciones de futuro; Buen rendimiento académico e inteligencia; Resiliencia.	Biológicos; Psicológicos y conductuales; Rasgos de personalidad.

Capítulo 3: Reinserción Social, ¿Cómo volver a generar lazos?

“Todo el que quiere nacer debe antes destruir un mundo”.

Hermann Hesse

Reinserción Social

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

Tisera, Bavio y Lenta (2009), definen el proceso de externación como la serie de procedimientos y acciones que se ponen en juego con el fin de lograr el acceso a la autonomía psicosocial de los usuarios de un servicio de salud mental como es la internación. Durante este proceso se tendrán en cuenta todos los dispositivos de acompañamiento necesarios por los que debe atravesar, con el objetivo de lograr su recuperación, así como el cumplimiento de todos sus derechos. Las variables del contexto del paciente (casa, red familiar-social, trabajo) tienen un rol fundamental en la capacidad de evaluar las condiciones de externación y su mantenimiento.

González (2010), menciona a la reinserción social como el proceso mediante el cual un individuo, que por algún motivo ha abandonado o sido privado de libertad y de vinculación y participación para con la sociedad, intenta volver a formar parte de la comunidad; tratándose de un proceso sistemático que busca transformar aquellos elementos que contribuyeron a que se genere dicha pérdida de libertad, y así impedir y prevenir su recurrencia.

Según Pérez Porto y Merino (2014), la idea de reinserción social hace mención a volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún motivo, quedó marginado. El concepto suele utilizarse para nombrar a los esfuerzos por lograr que las personas que están afuera del sistema social, puedan reingresar.

Los programas de inserción social apuntan a lograr que las personas que están alejadas de la contención social, sean incluidas. La reinserción social, en sentido similar, apunta a reincorporar aquellos que han salido del sistema.

Los programas de intervención tratan de proyectos, guiados y llevados a cabo por profesionales terapéuticos o psicológicos, que lo hacen es conseguir que las personas puedan superar desde problemas de drogadicción hasta dificultades para controlar su violencia o su alcoholismo (Pérez Porto, 2014).

Habilidades

Según la Real Academia Española, se entiende la habilidad como la capacidad de alguien para desempeñar de manera correcta y con facilidad una tarea o actividad determinada. De esta manera, se trata de una forma de aptitud específica para una actividad puntual, sea de índole física, mental o social (Concepto, 2021).

Comúnmente, las habilidades se entienden como talentos innatos, naturales, pero la verdad es que también pueden ser aprendidos o perfeccionados: una persona puede nacer con un talento propio para cierto deporte, o puede adquirir dicha habilidad con la práctica y la ejercitación constantes. En principio, entonces, la habilidad implica de algún modo el talento en potencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo humano se da en base a la aparición y dominio de un número determinado de habilidades humanas:

- Autoconocimiento. Capacidad para conocernos a nosotros mismos y saber cómo somos y cómo reaccionamos.
- Empatía. Capacidad para percibir, entender e incluso compartir los sentimientos ajenos.
- Comunicación asertiva. La posibilidad de transmitir información de diversa índole a los demás, de manera rápida, eficaz y precisa.
- Toma de decisiones. La capacidad de decidir, rápida o pausadamente, pero eligiendo el criterio más conveniente dadas las opciones presentes.
- Pensamiento creativo. Capacidad de hallar soluciones innovadoras a los problemas y de expresar contenidos profundos mediante símbolos, signos y formas originales.
- Pensamiento crítico. Capacidad de percibir los problemas subyacentes a un modo de pensamiento o a un discurso, y poder discutirlos en abstracto y poder elaborar a profundidad sus implicaciones, sus consecuencias, sus causas, etc., para comprenderlo más cabalmente.
- Manejo de problemas y conflictos. En otras palabras, capacidad de negociación, flexibilidad y entendimiento en pro de beneficio mutuo.
- Manejo de emociones. El autocontrol y el manejo saludable de la vida emocional permite vivir una vida más calma, más saludable emocionalmente y con menos factores de riesgo salud.

Independencia

Independencia, según Significados (2021) es la capacidad de actuar, hacer y elegir sin intervención o tutela ajena. Es lo opuesto a la dependencia y aplica tanto a personas como a instituciones formales, como el Estado.

Con la independencia se ejerce la libertad, ya que se actúa por cuenta propia, pero también implica tomar decisiones y asumir la responsabilidad de sus consecuencias.

A nivel personal, la independencia es la capacidad de actuar, tomar decisiones y valer por nosotros mismos. De allí que la independencia también signifique entereza, firmeza de carácter. Independencia viene del latín *independere*, que significa “no estar bajo la voluntad de otros”.

Autonomía

La autonomía como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, así pues, de un ejercicio directo de las propias personas y desde su propio control que se aprende. (López Fraguas y cols 2004)

La autonomía como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas con grave afectación, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos. (López Fraguas y cols 2004)

Lazos sociales

Una de las problemáticas colectivas de salud/salud mental es, la labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria (Stolkiner, 1994), lo que Emiliano Galende denomina soledad relacional (Galende, 1997). Nuestra sociedad se caracteriza por haber transitado un largo y complejo proceso de desarticulación de sus

formas de organización colectiva: “Los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan. Simultáneamente existe una tendencia al abroquelamiento, dado que los espacios públicos se restringen y amplias áreas de la ciudad son vividas como peligrosas” (Stolkiner, 1994, p. 36).

La inclusión de una mirada que identifique este tipo de problemáticas dentro del campo de acciones de prevención y promoción de salud mental comunitaria requiere de una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tantos procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados (Almeida-Filho & Paim, 1999). En estos abordajes, resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad. Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. Desde esta mirada, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Merhy, 2006).

Redes vinculares

La red vincular le permite al individuo crear espacios comunes en donde se puede acceder a mayores oportunidades y beneficios, así como también se hace posible compartir un problema con la garantía de obtener una serie de posibilidades y soluciones, a través de la vinculación de organizaciones o instituciones que hace posible articular fuerzas en torno a un objetivo común, lo que hace que los proyectos tengan una mayor probabilidad de eficacia, desde estrategias de autogestión que

permiten responder con rapidez a los cambios del contexto (Corporación Somos Más Fundación Saldarriaga Concha, 2007).

Perilla y Zapata (2009), sugieren que la red vincular es un potencial de empoderamiento individual, pues, al propiciar un espacio conversacional y dialógico, se hace posible la reflexión sobre las propias prácticas, las de los otros y la interacción de unas y otras, permitiendo el reconocimiento del desacuerdo, la búsqueda de consensos y del hacer con otros; en este sentido, el propósito de las redes, es construir una realidad incluyente, en donde coexistan y convivan las diferencias, en la búsqueda de un bienestar integral a partir de vínculos afectivos y relacionales.

Por lo tanto, se entiende que la participación comunitaria es un elemento esencial para el fortalecimiento de la red vincular, ya que permite detectar necesidades y recursos dentro del contexto educativo, identificando el rol de cada individuo para formular estrategias con el fin conseguir objetivos comunes, favoreciendo la toma de decisiones y responsabilidades de cada agente educativo (Sánchez & Gonzales, 2006).

Capítulo 4: Hospital de día y psicoeducación

*“Todo cambio es duro al principio,
desordenado a la mitad y precioso al final”*

Hospital de día (HD)

El Hospital de Día (en adelante, HD), siguiendo a Universidad Siglo 21 (2019) es un dispositivo terapéutico grupal que surge por iniciativa de la actual jefa del Servicio de Salud Mental. Se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social. Por medio de este dispositivo terapéutico, se aspira a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental.

El proyecto de HD comienza a gestarse a fines del año 2010, cuando la nueva ley provincial de salud mental N° 9848 aún no había sido aprobada y se encontraba en tratamiento legislativo. Al año siguiente, en 2011, este dispositivo se puso en funcionamiento (Universidad Siglo 21, 2019).

Objetivos del hospital de día

- Atender a pacientes con problemáticas psiquiátricas, realizando un seguimiento de su tratamiento farmacológico, asistencia a terapia psicológica y controles médicos generales, con la idea de prevenir recaídas.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Reducir costos respecto a la hospitalización.

- Promover destrezas que le permitan al paciente la integración al medio social en el que se encuentra inserto.
- Generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares.
- Crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia.
- Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria.

Este dispositivo está pensado para personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica, se encuentran en tratamiento y permanecen estables en su afección o cuadro psicopatológico. Se trata de personas que no requieren permanecer con una internación total y, sin embargo, no pueden pasar rápidamente a la vida en comunidad, ya que necesitan adquirir progresivamente las destrezas necesarias para autosostenerse, siendo HD un espacio facilitador de esta transición (Universidad Siglo 21, 2019).

Siguiendo con lo planteado por Universidad Siglo 21 (2019), para la admisión a HD, se tienen en cuenta determinados criterios de inclusión. Entre ellos, se contemplan los casos de personas que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica y se encuentran en condiciones de concurrir diariamente, o en días definidos, a las actividades programadas. Es requisito indispensable estar previamente bajo tratamiento.

También están determinados los criterios de exclusión, a partir de los cuales se consignan las patologías que no estarían incluidas para la atención mediante este dispositivo terapéutico. Según estos criterios, no se admiten personas con cuadros psicóticos agudos, con excitación psicomotriz, psicopatías, adicciones (a cocaína, opiáceos, inhalantes, ácidos, heroína), retrasos mentales graves y profundos y demencias

de cualquier tipo. Sí se admiten pacientes con adicción al alcohol. Más allá de estos criterios establecidos, existe cierta flexibilidad en la admisión que permite considerar cada caso en particular (Universidad Siglo 21, 2019).

La posibilidad de ingreso a HD puede provenir de diferentes vías:

- Por derivación del psiquiatra o psicólogo tratante desde consultorio externo.
- Por derivación de un psiquiatra o psicólogo, posterior al alta de su internación.
- Por derivación desde la guardia, luego de ser evaluado por un médico que considere que el paciente necesita una asistencia que no demanda internación total y para quien la asistencia por consultorio resulta insuficiente (Universidad Siglo 21, 2019).

Además de la entrevista de admisión con el aspirante a ingresar, se hace una entrevista con los familiares para conocer más acerca de él y su familia. Se les solicita que realicen el genograma, detallen cómo está compuesto el núcleo familiar, cómo son los vínculos y datos destacados. Posterior al ingreso, se los suele citar con la intención de evaluar la evolución del paciente y mantenerlos informados sobre el tratamiento. Como parte del protocolo de ingreso a HD se completa una planilla de admisión y, el aspirante debe firmar un consentimiento informado (Universidad Siglo 21, 2019).

A lo largo de los años, Hospital de Día ha contado con talleres como: Asamblea de Pacientes, Autogestión, Autocuidado, Actividades con Perros, Arte, Cine, Cine-debate, Cocina, Comunicación, Computación, Deporte y Recreación, Estimulación Cognitiva, Filosofía, Folklore, Huerta, Lectura de Diarios, Literatura, Música, Pre alta y Teatro (Universidad Siglo 21, 2019).

La evolución favorable de quienes han transitado por HD se puede evaluar considerando diversos aspectos de su vida. Se han observado avances en sus interacciones sociales, la inclusión en diversas actividades de la vida cotidiana, una mejora en sus vínculos familiares y el establecimiento de nuevos lazos sociales. Pudieron incorporar hábitos de la vida cotidiana; también han tenido la posibilidad de incluirse en distintos espacios sociales, laborales, educativos o recreativos. Los pacientes se desestabilizan menos y, cuando esto ocurre, el período de internación que requieren también es menor (Universidad Siglo 21, 2019).

Continuado con lo planteado anteriormente, se pudo observar que la construcción de vínculos saludables entre los pacientes favoreció que pudieran brindarse contención y acompañamiento en diferentes situaciones de su vida que debieron transitar.

En relación a la inclusión en espacios laborales o educativos, desde este dispositivo en conjunto con Intervención Comunitaria, se logró que pudieran incorporarse a trabajos a través de planes, terminaran el secundario e incluso realizaran cursos.

En cuanto a los vínculos familiares, se observó una mejora en este aspecto como resultado del abordaje psicoeducativo. Los integrantes de HD pudieron incorporar nuevos modos de vincularse con su familia, a partir de aspectos más saludables, logrando una vida social más activa.

Pudieron descubrir capacidades y desarrollar potencialidades que hasta el momento no habían tenido en cuenta. Mejoraron las interacciones y la capacidad de comunicarse con el entorno, a partir del desarrollo de habilidades comunicativas y la toma de sus propias decisiones referentes al funcionamiento del dispositivo (Universidad Siglo 21, 2019).

Taller

Ander Egg (1991) define al taller como un sistema de enseñanza-aprendizaje, para diferenciarlo de los distintos usos. Su explicación será desde un punto de vista pedagógico. Taller señala: lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Desde la pedagogía: se trata de aprender y enseñar algo que se realiza conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo, ya que la acción y la práctica conjuntamente con la teoría necesaria para el aprendizaje, predominando así, el aprendizaje por encima de la enseñanza.

El acento está puesto en el que aprende, su metodología es participativa. El vínculo docente-alumno se funda alrededor de la tarea conjunta. Ambos son protagonistas en este modelo de enseñanza-aprendizaje (complementariedad entre lo individual y lo grupal). Los roles no serán los tradicionales, sino que aquí el docente será activo, animando, estimulando, orientando, asesorando y asistiendo técnicamente al alumno (educando), éste será a su vez, sujeto y partícipe de su propio aprendizaje apoyándose en el docente, construyendo así un carácter globalizante e integrador de su práctica.

En contrapartida, Cuberes (1991) se refiere al taller como un tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer; como el lugar para la participación y el aprendizaje; una zona, en donde, a través de la interacción de los participantes, confluyen sentimientos, pensamientos y acción; comprende al taller como un lugar de manufactura y mentefactura, ya que, puede convertirse en el espacio del vínculo, la participación, la comunicación y, por ende, espacio de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

Taller psicoeducativo

La asesoría psicológica para escolares (2013) define al taller Psicoeducativo como una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos o aplicados según los objetivos que se proponen y el tipo de materia que los organice. Puede desarrollarse en un local, pero también al aire libre.

El taller tiene como objetivo la demostración práctica de las leyes, los principios, las ideas, las teorías, las características y las relaciones que se estudian, la solución de las tareas con contenido productivo.

Por eso el taller pedagógico resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y competencias que le permiten al alumno operar con el conocimiento y el transformar el objeto, cambiarse a sí mismo.

Precisamente esta actitud activa y transformadora que exige el desarrollo científico técnico y la formación (construcción cultural), constituye una de las razones para que los talleres hayan renacido en el quehacer pedagógico cotidiano. Es decir, el taller debe servir para formar y ejercitar creadoramente la acción intelectual o práctica de los alumnos, cosa que ya indica su nombre: taller de aprendizaje o taller pedagógico.

Plan de intervención

“Taller Psicoeducativo para abordar la reinserción social en pacientes con adicción al alcohol del HD”

ACTIVIDADES

El dictado del taller, se llevará cabo durante seis encuentros, con una frecuencia temporal de un encuentro por semana, los días martes, durante aproximadamente un mes y medio. El mismo, se desarrollará dentro de las instalaciones del dispositivo de Salud Mental, “Hospital de Día”, dictado por una Licenciada en Psicología. El tiempo estimado para los encuentros es de 150 minutos aproximadamente, compuestos de dos o tres actividades cada uno. El taller comprende una dinámica grupal, con capacidad para incluir a diez participantes como máximo; si bien el taller es a partir de una asistencia voluntaria, se requerirá previamente una inscripción, la cual es gratuita, para mayor organización. En caso de haber más personas interesadas en participar, se considerará volverlo a dictar en un futuro.

Las dinámicas técnicas propuestas para cada encuentro, responden a los objetivos específicos formulados para el taller, por lo tanto, su desarrollo se encuentra a favor del logro de los mismos.

Por otra parte, se espera del taller que los participantes del mismo integren los conocimientos previos adquiridos a lo largo de los encuentros anteriores en los próximos que participen, dando cuenta así que las dinámicas fueron aprendidas y que están comprometidos con el taller.

ENCUENTRO N°1

El siguiente encuentro dispone de tres dinámicas de trabajo.

Tema: Presentación, Concepto de Reinserción Social

Objetivo general del encuentro: presentación de cada uno de los participantes del taller, expectativas ante el mismo y trabajo con la definición de Reinserción Social

Actividad 1: “Acerca de mí”

Materiales: -

Tipo de estrategia: presentación grupal, comunicativa

Tiempo estimado: 50 minutos máximo

Instrucciones para el Coordinador:

- En primer lugar, el coordinador debe presentarse ya que es un taller nuevo y puede que no todos lo conozcan, de esta forma se trata de instalar cierta confianza en el lugar.
 - Luego se les pide a los participantes que se agrupen junto con la persona de su derecha, quedando así cinco grupos de dos personas cada uno.
 - La consigna para grupo es que se presenten entre ambos, intercambiando información relevante como su nombre, su edad, contar acerca de que es lo que les gusta hacer, entre otras cosas; para esto van a tener diez minutos en total por pareja.
- El coordinador no va a intervenir, cada grupo se va a presentar como desee, escuchando a su compañero sin interrumpirlo.
- Finalizado esto, se les va a pedir que, frente a los demás integrantes del taller, cada pareja presente a su compañero, para lo cual debe haber tenido que prestar atención a lo que le contaron, para de esta forma conocerse entre todos.

Actividad 2: “Expectativas”

Materiales: Una caja, 10 hojas de papel y 10 lapiceras

Tipo de estrategia: grupal, comunicativa, grafica

Tiempo estimado: 40 minutos máximo

Instrucciones para el Coordinador:

- Luego de haber realizado la actividad anterior, los participantes se separan de su compañero.
- El Coordinador le entrega una hoja y una lapicera a cada participante.
- Como consigna, se les pide que cada uno escriba las expectativas del taller, que espera poder cumplir o realizar en el mismo, de forma individual, sin mirar la hoja de su compañero.
- Cuando cada persona termina de escribir las expectativas, debe doblar el papel y llevarlo a la caja que tiene el coordinador.
- Deben aguardar en silencio hasta que terminen todos de escribir, de manera que no puedan distraerse de la actividad.
- Una vez que todos hayan terminado, el coordinador va a mezclar los papeles de la caja, y le va a pedir a cada participante que saque uno.
- Cada participante va a tener que leer en voz altas las expectativas del papel que le tocaron, pudiendo este ser el suyo o no.
- Al finalizar, se realiza una puesta en común.

Actividad 3: “Diccionario del taller”

Materiales: pizarra y fibrón

Tipo de estrategia: grafica, reflexiva, comunicacional

Tiempo estimado: 60 minutos máximo

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador les explicará brevemente a los participantes que es lo que significa el termino Reinserción Social, sin utilizar demasiado lenguaje técnico, para que todos puedan comprenderlo.
- Luego de la explicación, se les pedirá a los participantes que realicen una “lluvia de ideas” en relación al tema, estas van a ser anotadas por el coordinador en la pizarra.
- Se espera que cada participante pueda aportar al menos una definición o palabra desde su punto de vista.
- Cuando todos hayan finalizado, se leerán en voz alta, para poder reflexionar al respecto.
- Posteriormente, se les va a pedir que se imaginen como va a ser su vida cotidiana por fuera del hospital, a quien verían, que cosas le contarían, que es lo que harían, entre otras cosas.
- Cada participante deberá mencionar al menos un ejemplo de cómo se vería a corto plazo.
- Finalmente, al concluir la actividad, el coordinador les mencionará lo importante que es cumplir con los encuentros propuestos, comentándoles que los mismos los ayudarán a desempeñarse eficazmente en la vida diaria, a fortalecer relaciones y a poder hacer las cosas por su cuenta; despidiéndose así y recordándoles el encuentro de la próxima semana.

ENCUENTRO N°2

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Autonomía e independencia

Objetivo general del encuentro: propiciar la autonomía e independencia para realizar diferentes actividades

Actividad 1: “Yo puedo”

Materiales: 20 hojas de papel, 10 lapiceras, 10 hojas de simulación

Tipo de estrategia: individual, comunicativa, reflexiva

Tiempo estimado: 50 minutos máximo

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador le va a repartir a cada participante del taller 2 hojas de papel, una lapicera y una hoja de simulación elaborada ad hoc (Ver Anexo I).
- Se le va a pedir que lean la hoja de simulación e hipoteticen como podrían realizar la actividad que se plantea, ¿Qué harían para lograrla?
- Cada persona va a escribir lo que pensó de manera detallada
- Al finalizar, se hará una puesta en común para poder debatir acerca de cuál es la mejor forma de resolver lo planteado.

Actividad 2: “3, 2, 1: Acción”

Materiales: 10 hojas de papel, 10 lapiceras, 10 hojas de simulación

Tipo de estrategia: grupal, comunicativa, lúdica

Tiempo estimado: 75 minutos máximo

Objetivo de la actividad: se busca de que el participante pueda darse cuenta de cómo intervenir y poder solucionar imprevistos si es que surgen.

Instrucciones para el Coordinador:

- Luego de haber realizado el debate, se les va a pedir a los participantes que se agrupen de a dos personas.
- Se les va a pedir que elaboren un guion de cada situación, son 5 situaciones en total, por lo que representarían una por grupo.
- El coordinador puede guiarlos en caso de que lo necesiten, pero se espera que puedan hacer todo ellos.
- Cuando hayan terminado, se les va a pedir que la representen frente a sus compañeros.
- Por último, se utilizarán los 15 min restantes para completar el tiempo del taller para que puedan expresar como se sintieron ante esta dinámica y si les gustaría volver a realizarla.

ENCUENTRO N°3

El siguiente encuentro dispone de tres dinámicas de trabajo.

Tema: redes, vínculos y contención

Objetivo general del encuentro: poder identificar en su entorno más cercano con quienes cuenta, y quienes no al momento de abordar una situación

Actividad 1: “Muchas vidas, muchos maestros”

Materiales: 20 hojas de papel, 10 lapiceras

Tipo de estrategia: individual, reflexiva

Tiempo estimado: 50 min

Objetivo de la actividad: Se espera que el participante luego de identificar que le gusta y con que se siente cómodo, pueda elegir favorablemente un grupo social.

Instrucciones para el Coordinador:

- El coordinador le entrega dos hojas de papel y una lapicera a cada integrante del taller, la didáctica del encuentro consiste en poder identificar grupos de personas con quienes se sentiría cómodo estando el participante.
- En primer lugar, se le va a indicar que escriba una lista de 5 personas con la que puedes hablar sobre tus sueños y con las que te sientes apoyado para soñar y hacer planes.
- En segundo lugar, una lista de 5 personas que admiras ¿Qué rasgos tienen estas personas que tu podrías cultivar en ti mismo?
- Por último, se le va indicar que escriba una lista de 5 personas a las que desearía haber conocido y que han muerto, ¿Qué rasgos encuentras en estas personas que puedas buscar en tus amigos?

- Una vez terminado de escribir, debe comparar los 3 grupos de listas. Fijarse en aquello que realmente te gusta y admiras y fijarse en lo que crees que debería gustarte y deberías admirar.

Actividad 2: “Yin yang”

Materiales: 10 hojas de papel, 10 lapiceras

Tipo de estrategia: individual, reflexiva

Tiempo estimado: 50 min

Objetivo de la actividad: se espera poder identificar los factores de riesgo y de protección cercanos al individuo.

Instrucciones para el Coordinador:

- Se le entregará a cada asistente una hoja de papel y una lapicera.
- Entendiendo el significado del Yin Yang como que en lo malo siempre hay algo bueno y en lo bueno también hay algo malo, y que de eso se puede buscar un equilibrio, se le pedirá a cada participante que complete en un lado de la hoja con el nombre de aquellas personas o cosas que sean buenas para él pero que tengan algo de malo, y del otro lado de la hoja, lo hará a la inversa, completará con aquellas personas o cosas que sean malas pero que tengan algo bueno.

Actividad 3: “Mi hogar”

Materiales: 10 hojas de papel, 10 lapiceras

Tipo de estrategia: individual, reflexiva

Tiempo estimado: 50 min

Objetivo de la actividad: Se espera poder identificar, si su hogar es un lugar propenso a desencadenar factores de riesgo o de protección.

Instrucciones para el Coordinador:

- Se le entregará una hoja de papel y una lapicera a cada participante
- Se le pedirá que describa como es su hogar, si lo considera un espacio seguro o no, con quienes vive, como se lleva con ellos, si tiene un espacio privado para él; cuanto pasa dentro de su hogar, si lo encuentra agradable o no.
- En caso de ser un ambiente donde se sienta a gusto el participante, se le pedirá que indique como puede seguir sintiéndose así, realizando qué cosas; en el caso contrario, si el individuo manifiesta incomodidad, que cosas puede realizar para revertir esa situación.

ENCUENTRO N°4

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Comunicación y Emociones

Objetivo general del encuentro: poder ponerle nombre a las emociones que sentimos en determinados momentos y comunicarlas ante los demás

Actividad 1: “¿Cómo me siento?”

Materiales: hojas con definiciones, 30 hojas en blanco, 10 lapiceras

Tipo de estrategia: aprendizaje, individual, reflexiva

Tiempo estimado: 50min

Instrucciones para el Coordinador:

- Se le repartirá a cada individuo las hojas con las definiciones de las diferentes emociones, realizadas ad hoc (Ver Anexo II).
- Cada individuo tendrá un tiempo para leerlas
- Luego deberán identificar diferentes momentos o situaciones en las cuales sintieron esa emoción, y las escribirán lo más detalladamente posible.

Actividad 2: “¿Cómo lo expreso?”

Materiales: hojas con definiciones, hojas que escribieron en la actividad anterior, 10 hojas de papel, y 10 lapiceras

Tipo de estrategia: aprendizaje, lúdica, comunicacional

Tiempo estimado: 50min

Objetivo de la actividad: Se espera que los miembros del taller puedan comunicar aquello que les pasa en el momento correcto.

Instrucciones para el Coordinador:

- Continuando con la actividad anterior, se les pedirá a los participantes que releen lo que escribieron.

-Posteriormente, se los va a invitar a que traten de comunicar esa emoción que sintieron a alguien, puede ser un amigo, un familiar, un vecino, etc. y que lo escriban en el papel.

ENCUENTRO N°5

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Habilidades cotidianas

Objetivo general del encuentro: proporcionar herramientas para desempeñarse en la vida diaria y poder acompañar a otros en las actividades si así lo requiere.

Actividad 1: “Habitando”

Materiales: una pizarra y marcadores

Tipo de estrategia: comunicacional, reflexiva, grupal

Tiempo estimado: 50min

Objetivo de la actividad: Se espera que puedan tener registro de las actividades de la vida diaria, y en caso de que alguien no lo sepa otro compañero puede aportar dado que es una actividad en conjunto

Instrucciones para el Coordinador:

- Se hará una lluvia de ideas entre los participantes del taller acerca de las actividades que realiza cada persona en su día a día, desayunar, almorzar, bañarse, ir a trabajar o estudiar, etc.
- El coordinador irá registrando esto en la pizarra, primero se anotarán las actividades y luego debatirán como hacer cada una.

Es importante que cada participante pueda tener un registro diario de lo que debería hacer “normalmente”.

Actividad 2: “Avanzando en la ciudad”

Materiales: una pizarra y marcadores

Tipo de estrategia: comunicacional, reflexiva, grupal, educativa

Tiempo estimado: 50min

Instrucciones para el Coordinador:

- Se trabajará con las respuestas de la actividad 1, pero se le agregarán los diferentes tramites que debe hacer cada ciudadano.
- El coordinador les explicará cuales son, tales como ir al banco, a pagar boletas, a realizar las compras, entre otras.
- En el caso de que alguno de los integrantes del taller haya realizado alguno, se indagará acerca de cuáles son las experiencias que ha tenido para la realización del mismo.
- Se trabajará acerca de la realización de cada uno en específico, para que cuando la persona tenga que realizarlo sepa cómo hacerlo, remarcando la importancia de la planificación de los mismos.

ENCUENTRO N°6

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Habilidades cotidianas

Objetivo general del encuentro: proporcionar herramientas para desempeñarse en la vida diaria y poder acompañar a otros en las actividades si así lo requiere.

Actividad 1: “Luz, cámara y acción”

Materiales: -

Tipo de estrategia: lúdica

Tiempo estimado: 50min

Objetivo de la actividad: Se espera que pueda servir como un “entrenamiento” para la vida diaria, un practicar por si algo sale mal.

Instrucciones para el Coordinador:

- Se trabajará con las situaciones cotidianas vistas en el encuentro anterior, se hará un role playing para que pueda observarse mejor y aprender de manera vicaria las diferentes acciones.

-Se trabajará tanto individual como grupalmente, según sea la actividad a realizar.

-Los individuos deberán representar en su totalidad el trámite a realizar para que se entienda bien.

Actividad 2: “Cierre”

Materiales: -

Tipo de estrategia: reflexiva

Tiempo estimado: 50min

Instrucciones para el Coordinador:

- En el último encuentro se hará un cierre del proceso, se revisarán los aspectos aprendidos y se repasarán aquellos donde hayan quedado dudas. El objetivo del taller es que la persona pueda desempeñarse eficazmente en su vida diaria, logrando más autonomía e independencia y que a través de esto pueda fortalecer o crear nuevos lazos relacionales.
- Se realizará una puesta en común de todos los participantes, donde cada uno pueda mencionar como se sintió, si pudo realizar alguna de las actividades planteadas en el taller por fuera de él, y, por último, podrán quienes quieran, proponer sugerencias para futuros talleres.

Diagrama de Gantt

ENCUENTROS	Actividades	Duración	SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	SEM. 4	SEM. 5	SEM. 6
Encuentro 1	“Acerca de Mi”	50 min						
	“Expectativas”	40 min						
	“Diccionario del taller”	60 min						
Encuentro 2	“Yo puedo”	50 min						
	“3, 2, 1: Acción”	75 min						
Encuentro 3	“Muchas vidas, muchos maestros”	50 min						
	“Yin yang”	50min						
	“Mi hogar”	50min						
Encuentro 4	“¿Cómo me siento?”	50min						
	“¿Cómo lo expreso?”	50min						
Encuentro 5	“Habitando”	50min						
	“Avanzando en la ciudad”	50min						
Encuentro 6	“Luz, cámara y acción”	50min						
	“Cierre”	50min						

Recursos

RECURSOS HUMANOS

- 1 Coordinador: Licenciada en Psicología

RECURSOS PROPORCIONADOS POR LA INSTITUCIÓN

- Infraestructura: 1 espacio físico amplio, destinado para el desarrollo de dinámicas grupales.
- 11 sillas.
- 2 mesas grandes de trabajo.
- 1 pizarra.
- Fibrones
- Una caja
- Iluminación y ventilación adecuadas.

Presupuesto

MATERIALES NO PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN	COSTO ESTIMADO
1 Resma a4x 250 hojas	\$419
10 lapiceras	\$80 cada una= \$800
10 hojas de simulación	\$5 cada hoja= \$50
40 Hojas de definiciones	\$5 cada hoja= \$200
COSTO TOTAL	\$1469

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

Considerando que es adoptada la modalidad de taller psicoeducativo para llevar a cabo el presente plan de intervención, se utilizará, el valor fijado para la coordinación de talleres, como cálculo de los honorarios profesionales.

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 coordinación de talleres es igual a \$5830 por encuentro, teniendo en cuenta que se realizarán seis encuentros, el costo final es de \$34980.

El presupuesto estimado para llevar a cabo dicho taller, considera el costo total estimado de materiales técnicos \$1469, más los honorarios mínimos éticos. En efecto, el presupuesto total estimado para llevar a cabo el “Taller Psicoeducativo para abordar la Reinserción Social” Dirigido a Pacientes Alcohólicos de HD” es de: \$36449.

Evaluación de impacto

Con el fin de conocer el impacto y los resultados obtenidos a partir de la realización del taller psicoeducativo de “Reinserción Social en pacientes con adicción al alcohol del HD” se ha decidido desarrollar una serie de evaluaciones cuyos resultados permitirán obtener una noción acerca de la efectividad o no del mismo, así como también, sobre aquellos aspectos que podrían mejorarse.

La metodología seleccionada para llevar a cabo dicha evaluación será Pre-Post test, el cual, consiste en la administración de un cuestionario a cada integrante al inicio del taller y otra al final del mismo. Posteriormente se colocarán los datos obtenidos en una matriz y se compararán los resultados.

Para la administración de ambos cuestionarios, se destinará un momento al inicio del primer encuentro y del último.

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

En anexos también se adjunta el cuestionario que se realizará previa y posteriormente al taller. (ver anexo IV).

Resultados Esperados

En función del taller planteado, se pretende lograr la reinserción social de los pacientes que pertenecen al hospital de día como principal objetivo. Para ello es que se trabaja en la formación de una red solida de contención y en la adquisición de habilidades para el uso cotidiano, además de poner hincapié en que el paciente pueda desarrollar su capacidad de autonomía e independencia.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos, se propone dictar un taller psicoeducativo, compuesto por seis encuentros de dos y tres actividades cada uno, en el que se requiere la participación y el compromiso del paciente asistente, a fin de obtener, por medio de diferentes actividades y estrategias el logro de una reinserción social.

Por último, se espera que las actividades desarrolladas a lo largo del taller le permitan al paciente lograr la reinserción social y mejorar aspectos de su vida, tales como realizar diferentes actividades diarias, o potenciar sus vínculos.

Conclusión

En el transcurso del desarrollo del trabajo final de grado, en el cual se llevó a cabo la implementación de un plan de intervención, se ha podido contar con una vasta bibliografía respecto a algunas de las temáticas tratadas, siendo de igual forma pertinente seguir investigando acerca del proceso de externación y los efectos que conlleva; brindando mayor información al respecto, presentando además, herramientas, estrategias y soluciones orientadas principalmente a la promoción y prevención de los factores de riesgo y protección, ya que estos individuos al re-insertarse en la sociedad pueden no diferenciar acerca de lo que sería mejor para ellos.

Como limitación del proceso del plan de intervención, puede mencionarse que la información recabada sobre la institución puede estar sesgada, ya que, siendo esta una fuente indirecta de información, no nos permitió un contacto directo con la institución y sus participantes. Considero que podría ser enriquecedor que como futuros profesionales podamos recolectar dicha información, aplicando los conocimientos y técnicas vistas a lo largo de la carrera.

Resulta atractivo como recomendación, el hecho de poder lograr un seguimiento de estos pacientes luego de su externación, creando espacios contenedores, donde puedan expresar como se sienten y sobre todo brindarle herramientas para hacer frente a problemáticas que surjan y lograr una satisfactoria reinsertión.

Por último, resulta pertinente destacar que tanto la propuesta como las actividades que componen el taller pueden ser realizadas a otro tipo de población, no solo a aquellas personas adictas al alcohol, procurando la adaptación de las actividades conforme a las nuevas necesidades e intereses.

Referencias

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

Almeida Córdoba, J. E., Martínez Andrade, L. J., Enríquez, M. F., & Figueroa Patiño, D. (2017). Tejiendo la red vincular una forma de re-significar la experiencia educativa. *Saber, Ciencia Y Libertad*, 12(2), 205–219. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2017v12n2.1588>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-5) (5.ta ed.)*. Washington, US: American Psychiatric Association.

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

Barrón, M. (comp.) (2010). Adicciones. Nuevos paraísos artificiales. Indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos. Córdoba: Brujas.

Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. España: Socidrogalcohol.

Bottarini, Lucia (2020). Recuperado de:
[https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/18691/TFG%20BOT
TARINI%20LUCIA%20%20Lucia%20Bottarini.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/18691/TFG%20BOT%20TARINI%20LUCIA%20%20Lucia%20Bottarini.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cameron, J. (2021). El camino del artista (11ed ed.). Aguilar.

Canvas, (2019). Universidad Siglo 21. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/12814/pages/plan-de-intervencion-modulo-1#org5>

Cuberes González, M. T. (1991). El taller de los talleres: aportes al desarrollo de talleres educativos. Buenos Aires: Estrada.

Definición del taller psicoeducativo. (2013). Asesoría psicológica para escolares. <http://asesorespsicologicosescolares.blogspot.com/2013/12/definicion-de-taller-psicoeducativo.html>

Diario La Voz (2019). Las drogas y los jóvenes. Córdoba, Argentina. Recuperado de:
<https://www.lavoz.com.ar/editorial/drogas-y-jovenes>

Dinamarca, M. S., y Ribeiro, A. P. (2017). Internar/externar. ¿En qué condiciones?

Equipo editorial, Etecé. (2021, 6 agosto). Habilidad - Concepto, tipos de habilidad y qué es destreza. Concepto. <https://concepto.de/habilidad-2/>

Escollos en la práctica y reflexiones posibles. Experiencias y estrategias de promoción y prevención comunitaria de Salud Mental y Adicciones. 1° Congreso provincial de salud mental y adicciones. Buenos Aires. Recuperado de

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/internarexternar-en-que-condiciones-escollos-en-la-practica-y-reflexiones-possibles/>

Espacio Logopedico. (s. f.). SALUD Definición, glosario - espacioLogopedico. EspacioLogopedico.com. Recuperado 2 de octubre de 2021, de <https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=246#:~:text=Por%20ello%2C%20Saforcada%20propone%20la,interacci%C3%B3n%20permanente%20y%20rec%20procamente%20transformadora>

Fundación Recal. (2019, 30 enero). CENTRO DE ADICCIÓN MADRID. Clínica Recal de Tratamiento de adicciones. <https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/tipos-de-adiccion/alcoholismo/>

Gómez, R. (2007). Drogas y Control Social. Córdoba: Brujas.

Gómez, R., y Serena, F. (comp.) (2015). Introducción al campo de las drogodependencias.
Córdoba: Brujas

Kuhn, T. (1962), La estructura de las revoluciones científicas, México, Fondo de Cultura Económica.

La autonomía en la atención centrada en la persona. (s. f.). Decalogodocs. Recuperado 2 de octubre de 2021, de <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/laautonomia.htm>

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

Ley Nacional de Salud Mental 26657. (2010). Honorable Congreso de la Nación Argentina.

Recuperado de: <https://goo.gl/su26xJ>

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

Menéndez, M. (2018, 12 noviembre). Las 6 emociones básicas según la psicología. *psicologia-online.com*. Recuperado 24 de octubre de 2021, de <https://www.psicologia-online.com/las-6-emociones-basicas-segun-la-psicologia-4205.html>

Ministerio de Salud de Mendoza. (s. f.). Salud Mental: Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Recuperado 8 de septiembre de 2021, de <https://www.mendoza.gov.ar/salud/temas-de-salud/salud-mental-2/>

Nuevo estudio de la OPS/OMS indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por consumo de alcohol. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Recuperado 26 de septiembre de 2021, de <https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-vida>

Organización Mundial de la Salud Ginebra. (2004). Promoción de la salud mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización panamericana de la salud. (s. f.). Alcohol. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Recuperado 26 de septiembre de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>

Pereira, M. (2017). Adicciones y recaídas: síndrome de la recaída. Recuperado de <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/adicciones-y-recaidas-sindrome-de-la-recaida/>

Pérez Porto, J., & Merino, M. (2014.). Definición de reinserción social — Definicion.de. Definición.de. <https://definicion.de/reinsercion-social/>

Perilla, L. & Zapata, B. (2009). Redes sociales, participación e interacción social. Trabajo Social. Trabajo social - Universidad Nacional de Colombia. 11. pp. 147-158. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4085233>

Psicoperspectivas, 13(2). Recuperado de:

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile%20/399/3>

40

Sampayo, A. R. (2005) La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>

Significado de Independencia. (2020, 6 noviembre). Significados.

<https://www.significados.com/independencia/>

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

Tisera, A., Bavio, B. y Lenta, M. (2009). El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿Externación o expulsión? I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-020/540.pdf>

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

UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). (2016). Informe Mundial Sobre las Drogas 2016. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

ANEXO I

Situación 1: José tiene que juntarse con su amigo a las 18 horas mañana en la plaza de la ciudad. Él vive lejos del lugar, ¿Qué debería hacer para llegar? ¿Cómo debe prepararse para ir?

Situación 2: Martina va a comer con su familia pollo con verduras, para eso necesitará varios ingredientes. ¿Cómo puede solucionarlo? ¿debe ir a comprar a un solo lado o a varios?

Situación 3: Juan decide ir a entrenar al club de su barrio, lo lleva su papá y se tiene que volver solo a su casa. En el club una persona que recién conoce se ofrece a llevarlo ¿Qué debería hacer ante esa situación?

Situación 4: Martha decide ir a visitar a su amiga Elsa a otra ciudad, debe tomarse un colectivo y bajarse en un pueblo para después tomar otro hacia la ciudad de su amiga. ¿Qué debe hacer en este caso?

Situación 5: Santiago tiene un examen en dos días, es un tema que le cuesta mucho y tiene miedo de que le vaya mal, ¿Cómo puede resolverlo?

ANEXO II

Las 6 emociones básicas

Las emociones más significativas son las que denominamos como emociones básicas (**sorpresa, asco, miedo, felicidad, tristeza y enfado**).

Estas emociones básicas son parte del desarrollo natural de cada ser humano y son iguales para todos, independientemente del entorno del individuo. En general, son procesos relacionados con la evolución y la adaptación y tienen un trasfondo neural innato y universal. Además, tienen un estado emocional asociado característico, que podríamos llamar sentimiento.

1. Asco

El disgusto es una de las emociones básicas. Implica una sensación de **repulsión o evitación de la posibilidad** (real o imaginaria) de ingerir una sustancia peligrosa con propiedades contaminantes. La sensación subjetiva es de gran desagrado y una marcada aversión al estímulo ofensivo. Los efectos fisiológicos centrales se manifiestan en diferentes problemas gastrointestinales junto con las náuseas. También hay un aumento general de la activación en el cuerpo.

El asco como emoción negativa también se ve reflejado en el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, la respuesta de la conductancia de la piel y la tensión muscular. La función adaptativa de la repugnancia es rechazar cualquier estímulo que pueda ser tóxico.

2. Sorpresa

Según la psicología, podemos definir la sorpresa como la **reacción provocada por algo inesperado**, nuevo o extraño. En otras palabras, es cuando aparece un estímulo en el que el sujeto no había pensado de antemano. La experiencia subjetiva que acompaña a la sorpresa es una sensación de incertidumbre. En cuanto a las reacciones fisiológicas, normalmente se observa una disminución de la frecuencia cardíaca y un aumento del tono muscular. La respiración se hace más profunda, el tono sube y el sujeto hace vocalizaciones espontáneas.

El propósito de la sorpresa es **vaciar la memoria de trabajo** de toda la actividad residual para poder enfrentar el estímulo inesperado. Para ello, la sorpresa activa los procesos de atención, junto con el comportamiento relacionado con la exploración y la curiosidad. Dependiendo de la calidad del estímulo inesperado, la alegría (positiva) o la ira (negativa) a menudo siguen a esta emoción.

3. Miedo

Esta es la emoción que más estudian los investigadores en humanos y animales. El miedo es un **estado emocional negativo o adverso**. Implica una alta activación que conduce a evitar y escapar de situaciones peligrosas. La experiencia del miedo es la de la alta tensión, junto con la preocupación por la salud y la seguridad de uno mismo. Los síntomas fisiológicos correlacionados nos muestran una rápida elevación de la activación y preparación para el vuelo. La actividad cardíaca se dispara y la respiración se acelera.

La respiración se vuelve superficial e irregular. El miedo es un legado evolutivo que tiene un evidente **valor de supervivencia**. Esta emoción es útil para preparar el cuerpo y

provocar comportamientos de supervivencia ante situaciones potencialmente peligrosas. Además, ayuda a aprender nuevas respuestas de protección.

4. Felicidad

De todas las emociones básicas según la psicología, la felicidad es quizás la más positiva. Nosotros asociamos directamente la felicidad con el **placer y la alegría**. Viene como respuesta a la resolución de algún objetivo personal o después de mitigar una situación negativa, por ejemplo. Debido a la forma en que lo expresamos, no parece tener ningún tipo de función de supervivencia. No parece ser más que el reflejo de nuestro estado interno. Sin embargo, la felicidad es uno de los sistemas corporales que nos mueve a la acción.

También es **una recompensa** por el comportamiento que nos aporta beneficios. Cuando tomamos algún tipo de acción que cumple una meta, surge la felicidad. Gracias a ese sentimiento de felicidad, repetiremos ese comportamiento para volver a experimentar placer. Estos pueden ser los motivadores más naturales que tenemos. A nivel fisiológico, se observa un aumento de la frecuencia cardíaca y una mejor frecuencia respiratoria. Además de eso, encontramos que el **cerebro libera más endorfinas y dopamina**.

5. Tristeza

De todas las emociones básicas según la psicología, la tristeza es probablemente la más negativa. Esta emoción implica una **disminución del estado de ánimo**, así como una reducción significativa de la actividad cognitiva y conductual.

A pesar de la mala reputación que recibe esta emoción, cumple roles que son tan importantes, incluso más importantes, que el resto de las emociones básicas.

El propósito de la tristeza es actuar en situaciones en las que el sujeto se encuentra impotente o no puede tomar ninguna acción directa. Un ejemplo es la pérdida de un ser querido. La tristeza reduce los niveles de actividad, que es el cuerpo tratando de **economizar recursos y evitar esfuerzos innecesarios**. La tristeza también juega un papel de **autoprotección**. Genera un filtro perceptivo que concentra la atención hacia el estímulo dañino. Y lo que es más importante, empuja a las personas a buscar apoyo social, lo que les ayudará a salir de una situación depresiva.

6. Ira

La ira surge cuando un individuo se encuentra en situaciones que producen **frustración o aversión**. La experiencia de la ira es desagradable. Viene acompañado de un sentimiento de tensión que nos impulsa a actuar. Es una emoción multifacética y, en muchos casos, ambigua. Decimos ambiguo porque no siempre está justificado y el objeto no siempre está bien identificado. A nivel fisiológico, se observa un aumento excesivo de la activación y de la preparación para la acción.

Observamos un **aumento de la actividad cardíaca**. El tono muscular y la frecuencia respiratoria también aumentan, además hay un aumento significativo de adrenalina en la sangre. Esto, a su vez, aumenta la tensión cognitiva. La ira tiene una clara función evolutiva. Nos da los recursos que necesitamos para hacer frente a situaciones frustrantes. Cuando tenemos que enfrentarnos a algún tipo de peligro o superar un desafío, gastar estos recursos para aumentar la activación nos ayuda a tener éxito. Si no alcanzamos nuestra meta después de sentir enojo, entonces pasamos a la tristeza. Esto significa que buscamos resolver el problema **utilizando otras herramientas**.

ANEXO III

Matriz de evaluación de impacto

“Taller Psicoeducativo para abordar la reinserción social en pacientes con adicción al alcohol del HD”

Categoría de Análisis	Posibles indicadores	Respuestas
Vínculos familiares y sociales	El paciente construye vínculos con los demás.	
	El paciente comparte calidad y cantidad de tiempo con familiares.	
	El paciente puede identificar factores de protección en su ambiente más próximo.	
	El paciente puede identificar factores de riesgo en su ambiente más próximo.	
Habilidades de la vida diaria	El paciente es capaz de realizar las actividades de cada día.	
	El paciente puede realizar trámites y ayudar a otros a hacerlos.	
Autonomía e independencia	El paciente es capaz de reconocer que puede realizar las cosas por sí solo.	
	Los pacientes pueden pensar y emitir juicios acerca de lo que consideran bueno o malo.	

	El paciente es capaz de expresar sus emociones y comunicárselas a los demás.	
--	--	--

ANEXO IV

Cuestionario previo y posterior al taller

A continuación, encontrará una serie de frases y preguntas. Lea atentamente cada una de ellas y conteste según su propio criterio marcando la respuesta que considere adecuada con un círculo. Las preguntas contienen respuestas de tipo Likert donde deberá escoger entre:

1: muy frecuentemente

2: frecuentemente

3: ocasionalmente

4: raramente

5: nunca

1) ¿Puedes construir vínculos con los demás?

1 2 3 4 5

2) ¿Los demás pueden construir vínculos con usted?

1 2 3 4 5

3) ¿Comparte tiempo de calidad con su familia?

1 2 3 4 5

4) ¿Dedica tiempo para compartir con su familia?

1 2 3 4 5

5) ¿Puede realizar las actividades de cada día?

1 2 3 4 5

6) ¿Requiere ayuda para realizar las actividades diarias?

1 2 3 4 5

7) ¿Puede identificar los factores de riesgo que hay en su familia?

1 2 3 4 5

8) ¿Puede identificar los factores de protección que hay en su familia?

1 2 3 4 5

9) ¿Puede identificar los factores de protección que hay en su grupo de amigos?

1 2 3 4 5

10) ¿Puede identificar los factores de riesgo que hay en su grupo de amigos?

1 2 3 4 5

11) ¿Puedes realizar los trámites solo?

1 2 3 4 5

12) ¿Puedes ayudar a otra persona a hacer los trámites?

1 2 3 4 5

13) ¿Puedes expresar tus emociones?

1 2 3 4 5

14) ¿Puedes comunicar lo que sientes a los demás?

1 2 3 4 5

15) ¿Puedes hacer las cosas por si solo?

1 2 3 4 5

16) ¿Puedes pedir ayuda para realizar las cosas si lo necesitas?

1 2 3 4 5

17) ¿Puedes reconocer lo que es bueno?

1 2 3 4 5

18) ¿Puedes reconocer lo que es malo?

1 2 3 4 5