

DesenREDemos:
Grupo de Apoyo para el Bienestar
Psicológico en el Centro de Servicios
Sociales Sant Martí-Verneda.

Proyecto de Intervención

Victoria Venegas Artaza

Trabajo Final de Máster

Máster en Intervención Psicosocial

Especialidad Profesional

Universitat de Barcelona

Tutora: Dra. Yirsa Jiménez Pérez

Curso 2022-2024



Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mi madre y padre, por acompañarme siempre en el camino de aventurarme a aprender.

Agradezco también a mi tutora, que estuvo presente de manera constante en el proceso, orientando mis decisiones y contribuyendo a enriquecer este trabajo.

Agradezco haber compartido este proceso con mis amigas, que con su cariño, conversaciones y presencia hacen que todo sea más fácil.

Mencionar especialmente el apoyo de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), que a través de la convocatoria 2022 de la Beca Magíster en el extranjero, Beca Chile, me permitió cursar este programa, siendo un soporte fundamental.

Agradezco a las y los trabajadores del Centro de Servicios Sociales de Sant Martí-Verneda, que me abrieron las puertas para conocer de cerca su dedicación y compromiso, permitiendo poder pensar y crear este trabajo final de máster.

Por último, gracias a esta etapa de vida que me ha dado experiencias y posibilidades antes inimaginadas.

Resumen

En el presente trabajo se propone un proyecto de intervención cuyo objetivo es promover el bienestar psicológico en consultantes del Centro de Servicios Sociales de los barrios Sant Martí de Provençals y La Verneda a través de la implementación de un grupo de apoyo piloto en coordinación con el Centro de Atención Primaria (CAP) Sant Martí. A partir del reconocimiento de una problemática global y barrial en torno a la salud mental, este proyecto propone un mayor involucramiento de los servicios sociales en la atención al malestar emocional mediante una intervención grupal coordinada intersectorialmente con el Centro de Atención Primaria del barrio. A lo largo de este trabajo final de máster se dará cuenta de los antecedentes que reflejan esta problemática, el análisis de la necesidad específica vinculada al centro y los conceptos fundamentales que estructuran la intervención, entre los que se encuentra el continuo de bienestar/malestar, el cambio de modelo de atención a la salud mental desde el biomédico al comunitario y la importancia del apoyo social. Posteriormente se presenta el diseño de la intervención, incluyendo el cronograma, detalle de las sesiones grupales, evaluación y costos del proyecto. Para finalizar, las conclusiones dan cuenta de la pretensión de que este proyecto implique un impacto positivo en el bienestar de los y las participantes, a través del desarrollo de la regulación emocional, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo social, teniendo en cuenta las limitaciones propias de un proyecto piloto con alcance limitado, como también los condicionantes estructurales que impactan en la problemática.

Palabras Clave: Bienestar psicológico, grupo de apoyo, salud mental, intervención psicosocial.

INDICE

1. Introducción	1
1.1 Contexto y Justificación del proyecto	1
1.2 Identificación del Problema.....	4
1.3 Diagnóstico de Necesidades	8
2. Marco Teórico	12
2.1 Bienestar/Malestar en la sociedad actual.....	12
2.2 Modelos de atención a la Salud Mental.....	15
2.3 Apoyo Social y Grupos de Apoyo	17
3. Objetivos	19
3.1 Objetivo General.....	19
3.2 Objetivos Específicos:	19
4. Diseño de Intervención	19
4.1 Presentación.....	19
4.2 Población Objetivo y Territorio	20
4.3 Metodología.....	20
4.4 Planificación	22
4.5 Evaluación	24
4.6 Recursos y Costos del proyecto.....	26
4.7 Consideraciones éticas.....	26
5. Conclusiones	27
6. Referencias	29
7. Anexos	34

1. Introducción

1.1 Contexto y Justificación del proyecto

La salud mental se ha posicionado como un tema de creciente preocupación a nivel global. La pandemia de Covid-19 agudizó y puso en evidencia una realidad que se encontraba presente en la vida de las personas, pero que aún no se constituía como un elemento prioritario de las políticas públicas en materia de salud. Hoy, la salud mental se instala como una de las principales preocupaciones para la población española, preocupación congruente con la percepción de un empeoramiento en este ámbito (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023).

El estado de la salud mental en la población responde tanto a factores globales como locales, individuales y sociales, siendo necesario tener a la base una comprensión amplia de la salud mental y el bienestar. En esa línea, la OMS (2022) define la Salud Mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”, siendo considerado como un derecho humano fundamental.

Sin embargo, diversas condiciones económicas, geopolíticas y ambientales, propias de la estructuración de la sociedad actual como la pobreza, el aislamiento social, el estrés por las condiciones y ritmos de vida, la desigualdad, el debilitamiento de vínculos comunitarios y familiares, la desprotección social, etc., se constituyen como factores de riesgo para la aparición de problemáticas de salud mental (Ministerio de Sanidad, 2022; Bang, 2014)

En ese sentido, si bien existe el reconocimiento de que la salud mental es un elemento necesario para el bienestar tanto de las personas como de las sociedades, su atención continúa siendo insuficiente (Ministerio de Sanidad, 2022). Diversos análisis críticos dan cuenta de la predominancia en España de un modelo de atención a la salud mental que tiende a medicalizar e individualizar las problemáticas de la vida cotidiana, con escaso tiempo de atención, sobrecarga laboral de los y las profesionales, largas listas de espera y un enfoque que no apunta al abordaje de las fuentes que originan el malestar, entre otras deficiencias del modelo (Ortiz, 2011; Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023).

De la misma manera, este enfoque desde su visión parcial termina por atender (sumando a las limitaciones ya mencionadas la priorización de recursos) únicamente los trastornos mentales graves, dejando fuera de cualquier espacio de atención las demandas vinculadas al malestar emocional que no cumple con criterios para considerarse patológico, pero que de igual manera implica un sufrimiento psíquico y requiere de un espacio de escucha, contención y orientación (Mesa de Salud Mental de Barcelona, 2022 y Ortiz, 2011). Este punto se vuelve relevante no solo por respeto a quien padece, sino que también porque un malestar no atendido a tiempo puede agravarse o cronificarse y llegar a patologizarse, siendo necesario “favorecer las iniciativas sociales locales con las que se pueda prevenir que el malestar emocional derive en situaciones más graves” (Mesa de Salud Mental de Barcelona, 2022, pág. 5).

En ese sentido, existe un malestar que muchas veces se denomina en el ámbito sanitario “consultas sin patología”, “trastornos menores”, o según el CIE-10 “códigos z”, fuera de la clasificación de trastornos mentales, pero que implica un sufrimiento psíquico vinculado al afrontamiento de diferentes circunstancias vitales críticas y que por no cumplir criterios patológicos suele quedar fuera de los espacios de atención a la salud mental o por el contrario, ser patologizados (Retolaza, 2004; Ortiz et al., 2006).

Frente a esta realidad, desde las políticas públicas, instituciones y ciudadanos se insiste en la necesidad de cambiar el foco en la atención a la salud mental hacia un modelo integral más cercano a la lógica comunitaria, que incorpore la consideración a las problemáticas territoriales y su complejidad, tenga en cuenta los anudamientos de los determinantes sociales en salud mental e implique la participación activa de los distintos colectivos en sus propios procesos, todo esto potenciado desde la coordinación con otros sectores no sanitarios (Ministerio de Sanidad, 2022; Ortiz, 2022; Bang, 2022).

Así, los servicios sociales se posicionan como uno de los actores institucionales explícitamente convocados por la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022) para hacerse parte de este cambio de paradigma, requiriendo de su potencialidad para complementar el abordaje de la salud mental desde una perspectiva barrial y psicosocial. De esta manera, el desarrollo de intervenciones colaborativas entre servicios sociales y atención primaria en materia de salud mental, incidiendo especialmente en población de mayor

vulnerabilidad, se constituye como uno de los principales objetivos para el periodo 2022-2026.

En ese sentido, los centros de servicios sociales debido a su perspectiva psicosocial, su proximidad a los y las habitantes, su composición interdisciplinar y su carácter vertebrador del sistema público de servicios sociales básicos se posicionan como un espacio privilegiado para dar respuesta a las diversas problemáticas presentes en cada barrio (Ayuntamiento de Barcelona, 2009).

Sin embargo, durante el transcurso de la práctica cursada en el Centro de Servicios Sociales Sant Martí- Verneda, Barcelona, durante el periodo octubre 2023 - enero 2024 en contexto del Máster en Intervención Psicosocial de la Universidad de Barcelona que da origen a este Trabajo Final de Máster, fue posible observar un vacío en la atención al malestar emocional que presentaban las/os usuarias/os. Esta falta de respuesta tiene relación en gran medida con lo ya mencionado respecto al modelo de atención a la salud mental predominante que se traduce en una escasez de servicios de atención en el territorio, como también con el rol multitarea de la/el psicóloga/o de servicios sociales, quien tiene funciones vinculadas a la atención directa de usuarios/as, asesoramiento al equipo de trabajo, coordinación con redes y abordajes grupales y comunitarios de las diversas problemáticas presentes en el centro (Ayuntamiento de Barcelona, 2010).

En este contexto, el malestar de los y las usuarias tiende a ser abordado con atenciones individuales esporádicas y superficiales debido a las limitaciones propias del contexto institucional, dejando a la deriva a diversas personas que debido a sus circunstancias vitales se encuentran con dificultades emocionales para sobrellevar su situación y que a la vez no cumplen con los criterios para asistir a otros espacios de acompañamiento a la salud mental. De esta manera, pese a ser dos elementos constitutivos de un mismo problema, el malestar es posicionado en un segundo plano con respecto a las demandas por prestaciones económicas y soluciones habitacionales.

Frente a este escenario y desde la óptica de la intervención psicosocial, existen diversas maneras de intervenir, siendo el formato de grupo de apoyo uno que ofrece ventajas frente a otras aproximaciones individualizadas, ya que tiene el potencial de generar redes de apoyo social, promover el compartir e identificarse con la experiencia del otro/a, intercambiar conocimientos y fomentar la sensación de pertenencia y comunidad (Palacín, 2003). Además,

se constituye como una intervención más eficiente en términos de recursos, ya que además de los beneficios inherentes a la intervención, es posible tener un alcance a mayor número de personas en menor tiempo, lo que considerando las cargas profesionales resalta su pertinencia (Gracia, 2011).

Frente a este contexto, a continuación se presenta el trabajo final de máster que se plantea como proyecto piloto en el centro de servicios sociales Sant Martí-Verneda, titulado “DesenREDemos: Grupo de Apoyo para el bienestar psicológico”. Este proyecto pretende promover el bienestar psicológico en consultantes del Centro de Servicios del barrio Sant Martí-Verneda a partir de la implementación de un grupo de apoyo en el que a través de sus 10 sesiones espera contribuir a la regulación emocional, desarrollo de estrategias de afrontamiento y establecimiento de redes de apoyo.

1.2 Identificación del Problema

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud el año 1948, surge una definición de salud ligada a aspectos físicos, mentales y sociales asociados al bienestar, estableciendo una mirada integral que ha orientado la comprensión que sostienen actualmente con respecto a la salud mental, identificándose como “la primera organización internacional gubernamental que asume la tarea de estimular las actividades en materia de salud mental” (OMS, 1958, p. 324).

En ese camino, en 1971 la Asamblea General de las Naciones Unidas crea la "Declaración de los Derechos del Enfermo Mental", siendo uno de los primeros documentos en abordar específicamente los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, constituyéndose como un evento significativo en la historia de la salud mental a nivel global.

Pocos años después, la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 marcó un hito para la salud mental en España, en donde junto con establecer el marco general para la regulación del sistema sanitario en España se incluyen disposiciones sobre la atención a la salud mental, pronunciándose sobre la necesidad de su promoción y mejora de manera equiparada con el resto de las problemáticas de salud, avanzando en contra de la invisibilización que históricamente ha cargado.

En la actualidad, la salud mental continúa posicionándose como un elemento central en diversos documentos internacionales, como el Plan de Acción Europeo sobre Salud

Mental (2013-2020) de la OMS, nacionales, como la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad de España (2022), y locales, como la Ley 18/2009, de salud pública de la Comunidad Autónoma de Cataluña, el Pacto Nacional de Salud Mental de la Generalitat de Cataluña (2023) y el II Plan de Salud Mental de Barcelona 2023-2030 (Ayuntamiento de Barcelona, 2023), que en concordancia con las directrices de la OMS intentan generar lineamientos estratégicos en cuanto a las necesidades de salud emocional y mental del territorio.

Sin embargo, si bien los acuerdos y legislaciones sobre salud mental han sido fundamentales para generar un marco que estructure la política pública, promueva el mejoramiento de los servicios y disponga un objetivo común hacia el cual avanzar, según el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios (2007, p.13) “posiblemente, la salud mental sea el área más descuidada de la salud pública”, siendo una realidad visualizada décadas antes por la OMS, expresando que “para la prevención de las enfermedades físicas y la defensa de la salud física existen en muchos países servicios sanitarios bien organizados, pero en materia de salud mental la iniciativa de análogos cuidados suele estar abandonada a unas cuantas personas” (1958, p.325).

En esa línea, se estima que entre una cuarta parte y la mitad de la población se verá afectada por alguna problemática de salud mental en su vida, proyectando los gastos directos e indirectos de la mala salud mental de la población en más del 4% del PIB mundial, siendo un problema que afecta no solo en términos de salud, sino que de manera transversal a las sociedades (Mesa de Salud Mental de Barcelona, 2022).

Según una investigación de la Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña (2023) un 74,7% de la población entrevistada valora que la salud mental de la sociedad española ha empeorado en los últimos años, mientras que al mismo tiempo considera que la salud mental tiene una importancia de 4,5 en una escala de 1 a 5 en el bienestar general de las personas.

Según datos recogidos por la Generalitat de Catalunya (2023) Cataluña se encuentra en un momento de crisis con respecto a la salud mental, en donde el 24% de las personas de 15 años o más declara tener malestar emocional, aumentando con ello la demanda a los servicios de atención sanitaria y social.

En complemento, mediante la Encuesta de Salud de Barcelona, llevada a cabo por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (2023a) ha sido posible dar cuenta del importante aumento de porcentaje en la presencia de mala salud mental en los habitantes de Barcelona, pasando de un 19,9% en mujeres y un 16,5% en hombres el año 2016, a un 31,4% y 21,6% respectivamente el año 2021.

Las causas asociadas a este empeoramiento de la salud mental son múltiples, incluyendo las condiciones estructurales producto de la organización actual de la sociedad, en la cual se ha tendido a la desarticulación y fragilización de los lazos sociales, la importante desigualdad socioeconómica, las dificultades con respecto a la vivienda, los factores políticos y ambientales, la discriminación asociada al género, edad y etnia, la exclusión social, malas condiciones de vida y de trabajo, etc. (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023; Bang, 2014, Ortiz; 2022). En ese sentido, existe una conclusión clara con respecto a que las condiciones de vida y la realidad social son factores fundamentales en el deterioro de la salud mental de las personas.

Los datos corroboran esta realidad, mostrando que existe una prevalencia 3 veces mayor de algunos trastornos de salud mental entre quienes se encuentran frente a dificultades laborales (Instituto Nacional de Estadística, 2020) y mayor registro de problemas psicológicos a medida que disminuye el nivel de rentas. Así mismo, las razones más señaladas como causa del empeoramiento en salud mental en España son las dificultades económicas (91,4%), la incertidumbre ante el futuro (89%) y el estrés del día a día (88,8%) (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023).

En Barcelona, el informe proporcionado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (2023) identifica en la población barcelonesa la prevalencia de ciertos determinantes sociales comúnmente asociados en la literatura a las problemáticas de salud mental, dando cuenta de que la soledad no deseada afecta a casi un 10% de la población adulta, mientras que un 9% declara tener un bajo apoyo social.

Sin embargo, frente a la creciente problemática de salud mental, en la cual ha sido posible identificar en su trasfondo la relevancia de los determinantes sociales, la tendencia ha sido responder desde un modelo de atención que cuenta con múltiples deficiencias. En primer lugar, en Cataluña, los Centros de Atención Primaria (CAP) funcionan como la puerta de entrada al sistema sanitario, en donde los casos que acuden por problemáticas de salud

mental o malestar emocional que no son derivados por su gravedad o complejidad se encuentran con la tendencia a la medicación psicofarmacológica por parte de los profesionales (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023). Además, existe una sobrecarga profesional generalizada que impide disponer del tiempo necesario para atender la problemática, como también una insuficiente formación en salud mental que permita dar orientación y tratamiento pertinente.

En el caso de que el médico/a de atención primaria lo valore necesario, se deriva a la atención especializada que otorga el Centro de Salud Mental de Adultos de referencia, sin embargo, pese a que estos centros sí cuentan con un elevado grado de especialización en los profesionales en cuanto a las problemáticas de salud mental, presentan algunas dificultades similares a las ya mencionadas, como lo son largas listas de espera, poca frecuencia y corta duración de las consultas y alta rotación de los/as profesionales, lo que dificulta el vínculo con el/la paciente (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023).

No obstante, no es únicamente el desborde de los servicios de atención a la salud mental lo que surge como problemático, sino que también su propensión a una visión médica que tiende a ignorar los determinantes sociales, aislar e individualizar el sufrimiento y patologizar y medicalizar los malestares de la vida cotidiana. (Ministerio de Sanidad, 2022; Ortiz, 2011).

Esta priorización de dispositivos clínico-asistenciales, con las deficiencias ya mencionadas, ha tendido a desplazar otras formas de atender a la salud mental incluso más pertinentes y adecuadas, obviando las insistentes recomendaciones y directrices en avanzar hacia un modelo de atención a la salud mental con un enfoque comunitario (Bang, 2022).

En esa línea, el llamado es a diversificar los espacios y enfoques de atención a la salud mental, desenraizándola de lo sanitario e involucrando a otros sectores. Así, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud recomienda “Ir hacia un modelo de atención basado en intervenciones complementarias y coordinadas entre profesionales, servicios y sectores que proporcionen los cuidados de forma coherente entre sí, optimizando los recursos disponibles” (Ministerio de Sanidad, 2022, p.106), destacando la importancia de la coordinación entre el ámbito sanitario y social, y en particular, el despliegue de acciones de bienestar y cuidado emocional desde los servicios sociales.

Los servicios sociales básicos se constituyen como el primer nivel de atención, siendo los más próximos a las/os usuarios y caracterizados por su organización territorial y equipo multidisciplinar (Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales.). Tienen un carácter comunitario y están destinados a detectar, valorar y atender situaciones de necesidad personal, familiar y comunitaria, respondiendo a ellas mediante la orientación, tramitación de prestaciones, coordinación con otros servicios y desarrollo de programas y proyectos.

Desde las directrices de los servicios sociales básicos, los tres niveles de atención que estructuran el modelo son la atención individual/familiar, grupal y comunitaria, promoviendo estos últimos dos niveles mencionados debido a la comprensión social de las problemáticas y la posición estratégica que tienen los centros en su vinculación territorial. Sin embargo, a semejanza del sistema sanitario, los servicios sociales tienden a caer en la misma lógica de priorización de la atención individualizada que implica un desaprovechamiento de la versatilidad de formas de atención e intervención (Arenas, 2011).

En ese sentido, la atención a las necesidades del territorio mediante modalidades de intervención que puedan resultar más efectivas y eficientes se constituye como un elemento central para este proyecto de intervención. Siendo el trabajo grupal una modalidad que favorece la creación de vínculos, la cooperación mutua y el intercambio de experiencias entre participantes, como también mejora la adhesión de los usuarios al servicio, facilitando la intervención de los profesionales y potenciando las posibilidades de cambio, pudiendo incluso sentar las bases para la organización colectiva (Ayuntamiento de Barcelona, 2015).

1.3 Diagnóstico de Necesidades

Frente a este escenario previamente descrito, es fundamental analizar las necesidades específicas que presenta tanto el territorio como el centro en el cual se llevará a cabo la intervención. Por esto, a continuación se describen algunos datos sociodemográficos del distrito Sant Martí, de los barrios Sant Martí de Provençals y La Verneda i La Pau, de los cuales es referente el Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda, como también información obtenida a partir de la observación de las problemáticas expresadas por los usuarios/as del Centro, el análisis de los datos del Sistema Informático de Servicios Sociales y los resultados de la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas a profesionales del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda.

El Centro de Servicios Sociales Sant Martí- Verneda, se inserta en el distrito Sant Martí, uno de los 10 distritos de Barcelona, y cuenta con una población de 242.221 habitantes, concentrando un 14,2% de la población de Barcelona (IDESCAT, 2023).

El distrito de Sant Martí se encuentra dividido en 10 barrios, que presentan importantes contrastes entre ellos con respecto a sus indicadores socioeconómicos, expresando una gran heterogeneidad y desigualdad de la población en los diferentes barrios del distrito (Agencia de Salud Pública, 2014). Estas desigualdades se ven reflejadas en cuanto a la densidad poblacional, nivel educativo, nivel de renta y paro registrado, siendo los barrios La Verneda i La Pau y Sant Martí de Provençals dos de los tres barrios más desfavorecidos. Ambos barrios se encuentran muy relacionados entre sí, formando un continuo urbano y social.

En cuanto al total de habitantes y la distribución etaria de ambos barrios, como se muestra a continuación, es posible dar cuenta de una mayor concentración de población en el tramo entre 40 y 64 años:

Tabla 1: Distribución etaria barrios Sant Martí de Provençals y La Verneda i La Pau

Barrio	Total	0-15 años	16-64 años	25-39 años	40-64 años	65 y más años
Sant Martí de Provençals	26.169	3.153	2.228	4.898	9.418	6.472
La Verneda i la Pau	29.250	3.543	2.548	5.285	10.364	7.510

Fuente: Ayuntamiento de Barcelona. Departamento de Estadística y Difusión de Datos. Lectura del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero 2023.

Con respecto a la situación de salud mental del distrito Sant Martí, la valoración realizada por la Taula de Salut Mental del Ayuntamiento de Barcelona (2019) da cuenta de una insuficiencia de recursos psicoterapéuticos y comunitarios en la prevención y abordaje de la salud mental. Esta información se complementa con las cifras obtenidas a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona (Agencia de Salud Pública, 2023a), en donde un 26% de las personas encuestadas del distrito Sant Martí presentan riesgo de mala salud mental.

En cuanto al barrio La Verneda i La Pau, a partir del programa Barcelona Salut als Barris (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2014, 2023b) se llevó a cabo un diagnóstico que da cuenta que la situación de salud mental en el barrio está vinculada con problemas

económicos graves, falta de soporte familiar, problemas de convivencia, falta de oportunidades laborales, paro, dificultades de vivienda y violencia de género, entre otras problemáticas, siendo valorado como una zona desfavorecida socioeconómicamente en Barcelona y resaltando la necesidad de dar prioridad al fomento del bienestar psicológico en esta área.

En relación al Centro de Servicios Sociales, en primer lugar, a partir de la observación de las atenciones a los/as usuarias que asistieron al Centro durante el desarrollo de la práctica profesional, fue posible constatar en reiteradas ocasiones un malestar emocional vinculado a las dificultades socioeconómicas o relacionales por las que consultaban, que de manera frecuente se encontraba acompañado de una solicitud explícita por un espacio de escucha, contención y orientación.

En cuanto a los datos proporcionados por el Sistema de información de Acción Social utilizado por servicios sociales (SIAS), se registran 3.590 casos activos en el Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda al mes de noviembre del año 2023. Con respecto a los problemas vinculados a cada caso a través de SIAS, es posible identificar una prevalencia de situaciones de dificultades económicas, estando presente esta problemática en más del 40% de los casos atendidos. En segundo lugar, la problemática asociada a la pérdida de autonomía funcional (dependencia) está presente en un 28% de los casos. El paro constituye un 19,7% de los casos atendidos y la precariedad laboral un 8,11%. Por otra parte, se encuentran registradas 244 personas asociadas a la problemática de red familiar escasa o débil, representando un 6,8% de los casos atendidos y 195 personas (5,4%) que son ingresados al SIAS asociados a una afectación emocional y del estado de ánimo. Si bien estas cifras presentan deficiencias que responden a una asignación poco estandarizada de las problemáticas a cada caso por parte de los profesionales, como también a un listado de más de 360 categorías y subcategorías asignables en cuanto a las problemáticas en SIAS que dificultan la precisión al momento del registro de los casos, permiten un primer acercamiento a la casuística del centro.

Estos datos son coincidentes con la valoración de 7 profesionales del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda, que a través de la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas de elaboración propia (Anexo 1) da cuenta como principales necesidades del centro la necesidad de vivienda, las dificultades económicas y la necesidad de contar con

un espacio de compañía y escucha. En esa línea, se valora por parte de los profesionales que existe más demanda de apoyo emocional de lo que parece a simple vista y que no se prioriza este aspecto, ignorándola como necesidad por estar vinculada a otra necesidad económica.

En cuanto a los servicios de apoyo emocional presentes en el territorio los profesionales expresan que no existe cobertura para toda la demanda, valorándose su disponibilidad como limitada, escasa, insuficiente y selectiva, refiriéndose a que algunas problemáticas son atendidas y otras no se consideran. Además, expresan que estos servicios tienen carencia de personal y de recursos, como también una insuficiente coordinación con otros servicios.

Al llevar a cabo una revisión de los programas relacionados con la promoción de la salud en el territorio, es posible encontrar en el barrio La Verneda i La Pau diversas iniciativas vinculadas a la promoción de una alimentación saludable y actividad física, alternativas recreativas para jóvenes, fomento del bienestar emocional en jóvenes y personas mayores, la socialización y soporte en personas mayores y desarrollo de las competencias de crianza (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2023b). Además, en específico enfocado en el mejoramiento del bienestar físico y emocional se encuentra el proyecto “Al Barri Ens Cuidem”, el cual consiste en la realización durante algunos meses del año de actividades gratuitas como talleres de yoga, pilates y espacios de información sobre alimentación saludable y estrategias para la disminución del estrés.

También, de manera transversal en Barcelona se desarrolla el programa Konsulta'm, que se encuentra presente en el distrito Sant Martí y consiste en un servicio de atención al malestar emocional y psicológico, que si bien inició como un programa destinado a jóvenes, hoy cuenta también con atención a mayores de 22 años en algunos distritos. En ese sentido, si bien es un avance en cuanto a los servicios disponibles para la atención al malestar emocional, es un programa principalmente orientativo y de atención breve e individualizada.

Por último, como ya fue mencionado previamente, los CAP se constituyen como el principal referente de salud, introduciendo el año 2021 una nueva figura que pretende mejorar la atención a las personas con malestar emocional. Los referentes de bienestar emocional y comunitario (REBEC) procuran potenciar la presencia de un modelo de atención comunitario en los servicios de salud, siendo un gran avance en la prevención y promoción del bienestar desde un enfoque sociosanitario (Generalitat de Catalunya, 2021).

En ese sentido, el diagnóstico de la situación da cuenta de la relevancia de la problemática de salud mental tanto a nivel global como local y de la insuficiencia actual en su abordaje, apuntando a la importancia de ampliar los servicios de atención por fuera del ámbito sanitario, incluyendo una perspectiva psicosocial. En esa línea, modalidades de atención que propongan alternativas a la atención individual son requeridas, siendo los grupos de apoyo una técnica de intervención que reporta múltiples beneficios especialmente vinculados a la generación de apoyo emocional y redes de apoyo social que contribuyen al fomento del bienestar psicológico.

2. Marco Teórico

2.1 Bienestar/Malestar en la Sociedad Actual

Aproximarnos a comprender el contexto en el que las personas se desenvuelven nos permitirá tener luces sobre las dificultades que enfrentan y cómo abordarlas. En esa línea, Bauman (2000) a través de su conceptualización de la “modernidad líquida”, ofrece una mirada sobre la naturaleza cambiante del mundo contemporáneo.

La metáfora de la liquidez intenta dar cuenta de la realidad de la sociedad actual, en la que la fragilidad de las estructuras y vínculos sociales ha generado un quiebre con las certezas previas, dejando a los seres humanos en una constante tendencia hacia la volatilidad, la inestabilidad y el individualismo. Las estructuras políticas, económicas y sociales son más cambiantes que nunca, conllevando gran precariedad y derrumbe en aspectos como el empleo, la identidad y la familia (Bauman, 2000)

En ese marco, con un mundo en el que todo se plantea como provisional, las relaciones interpersonales tienden a la superficialidad, dificultando conexiones significativas y duraderas, profundizando los sentimientos de soledad y desmoronando la posibilidad de acción colectiva (Bauman, 2000).

El filósofo Byung-Chul Han (2012), plantea que cada época tiene sus enfermedades representativas, y que a diferencia de otros momentos en la historia en que estas han sido bacterianas o víricas, lo que sufre el sujeto de la modernidad tardía es un agotamiento del alma, siendo un sufrimiento sumamente violento y peligroso porque se vive a solas y quita la fuerza para la vida comunitaria.

Desde una perspectiva más actual y vinculándolo directamente con la situación de salud mental, Michelson (2020) en su libro titulado “Hasta que valga la pena vivir” genera una crítica a los discursos y contradicciones propias de las sociedades occidentales neoliberales que han, sistemáticamente, moldeado estilos de vida en donde se fortalece el deseo egoísta sobre el colectivo, y se ha soltado el vínculo con los otros en pos del consumo, la competencia y la mercantilización. En ese sentido, la autora inicia su libro con la frase “Ha aumentado la esperanza de vida. Se dice que viviremos cada vez más. La moral de la ciencia es esa: pero el deseo de vivir es otra cosa.” (Michelson, 2020, p.9), aludiendo a que nos encontramos en una epidemia depresiva producto de las exigencias interiorizadas del día a día y de la moral individualista que predomina en la subjetividad posmoderna.

Padilla y Carmona (2022) nombran ese sufrimiento extendido que no cumple con los criterios para caer en una categoría diagnóstica como “malestar”, planteándolo como un concepto que tiende a la indefinición, pero que es comprendido colectivamente cuando se nombra y que agrupa un sentimiento de época que tiene la base en las condiciones estructurales, sociales y políticas. Este malestar se caracteriza por ser colectivo, pero vivido como si fuese individual y se diferencia de la enfermedad, pero también de la salud, situándose en la frontera (Padilla y Carmona, 2022).

Así, el malestar puede ser definido como “el amplio conjunto de sentimientos desagradables (...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada y, por tanto, no patológica” (Ortiz, 2004, p. 17). Este malestar implica una experiencia subjetiva de sufrimiento que puede interferir en la capacidad de enfrentarse a las diferentes situaciones de la vida, pudiendo experimentarse como insatisfacción, desánimo, angustia, desesperanza, sensación de sobrecarga, abandono, soledad, etc. (Mesa de Salud Mental de Barcelona, 2022). En esa línea, pese a que no cumple con los criterios diagnósticos de enfermedad mental, un abordaje pertinente y oportuno es necesario para prevenir los riesgos de cronificación y agravamiento del sufrimiento emocional, evitando que llegue a constituirse como un cuadro clínico más severo (Berezon et al., 2014; Herranz, 2024).

Sin embargo, el malestar no se plantea como un estado fijo, sino que se encuentra en un continuo malestar- bienestar que puede oscilar en función de las situaciones vitales, los

recursos con los que se cuente y las herramientas que se hayan desarrollado para hacer frente (Mesa de Salud Mental de Barcelona, 2022).

En ese sentido, el concepto de bienestar en el ámbito de la psicología ha tenido un gran recorrido, posicionándose para algunos autores como la valoración subjetiva de la calidad de vida (Muñoz et al., 2022). En términos generales los estudios sobre el bienestar se enmarcan en dos grandes tradiciones: hedónica y eudaimónica, que si bien tienen matices relevantes, guardan estrecha relación entre sí (Díaz et al., 2006). Como principal representante de la tradición eudamónica, que concibe el bienestar como un estado vinculado a la realización del ser humano, se encuentra Carol Ryff (1989) quien a partir del desarrollo del constructo de bienestar psicológico, apunta a la multidimensionalidad del bienestar y a la integración de la emocionalidad negativa.

Este modelo de bienestar psicológico ha sido uno de los más expandidos y está compuesto por 6 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff y Keyes, 1995) (Anexo 3). En esa línea, el bienestar psicológico se define en relación al desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, posicionando al ser humano en una búsqueda continua del desarrollo de su potencial, encontrándose en un proceso fluctuante (Díaz et al., 2006).

En ese sentido, frente a situaciones vitales estresantes se hace necesario desplegar múltiples estrategias y desarrollar las herramientas necesarias para reconducir a un estado de bienestar, siendo el favorecimiento de la regulación emocional una vía para su promoción, ya que a través del proceso de modificar de manera funcional las reacciones emocionales es posible afrontar diversos escenarios complejos, siendo un proceso que implica tanto la conciencia e identificación de las emociones, como también la respuesta conductual (Gómez y Calleja, 2016).

En esa línea, son múltiples las formas de hacer frente a las situaciones vitales complejas o estresantes, siendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento una de las variables intervinientes en el bienestar psicológico (Macías et al., 2013). Existen múltiples acercamientos teóricos al concepto de estrategias de afrontamiento, siendo uno de los más reconocidos el propuesto por Lazarus y Folkman (1986), en donde definen afrontamiento como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se

desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

Siguiendo este modelo teórico precursor, Carver, Scheier y Weintraub (1989) generan un instrumento de evaluación multidimensional de respuesta ante el estrés ampliado (COPE), en el que se categorizan las estrategias de afrontamiento en: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y auto-inculpación (Morán et al., 2009).

En ese sentido, el bienestar psicológico se verá favorecido por la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas o funcionales, siendo necesarias las intervenciones que se enfoquen en promover y diversificar los recursos de cada individuo (Izquierdo, 2020).

2.2 Modelos de Atención a la Salud Mental

Como se mencionó previamente, desde las políticas nacionales e internacionales se promueve de manera cada vez más enfática la necesidad de un modelo de atención integral a la salud mental, que apunte a una atención comunitaria, que comprenda el vínculo del sufrimiento psíquico con los determinantes sociales y que comprenda la salud mental no únicamente como la ausencia de patología, sino que desde una mirada amplia que apunte al bienestar global (Ministerio de Sanidad, 2022 y OMS?).

Sin embargo, se genera una discordancia entre el modelo esperado y el existente. El modelo predominante en atención a la salud mental en España continúa siendo el Modelo Biomédico, el cual se caracteriza por presentar una visión de la salud centrada en la enfermedad y su tratamiento, en donde existe una figura de experto que ostenta el conocimiento y el poder, posicionando a los sujetos como espectadores pasivos dependientes de los expertos (Ramos y Robles, 2015; Ona, 2018; Ortiz, 2004, 2022). Además, las problemáticas psicosociales pasan a reducirse a un problema biológico que se resuelve mediante medicación u otras terapias con foco en lo orgánico, siendo este ocultamiento de lo social un aspecto inherente al abordaje biomédico de la salud mental (Ona, 2018). Para Ona (2018), este modelo establece la superioridad de la observación por sobre la escucha, generando una deshumanización en la atención.

En ese sentido, este modelo implica peligros para la atención a la salud mental, ya que “una perspectiva médica finalmente puede favorecer la cronificación de ciertos cuadros leves y producir un mayor dispendio de tiempo y recursos” (Ortiz, 2011, p). La iatrogenia que puede producir la atención sanitaria en algunos casos de salud mental es grave y no ha sido lo suficientemente relevada (Ortiz y Ibáñez, 2011; Padilla y Carmona, 2022). Así, el abordaje patologizante del malestar emocional puede conducir a un círculo vicioso en el cual se quitan los determinantes sociales asociados, se fomenta la individualización del problema y se incentiva a acudir a los servicios sanitarios (Ortiz, 2022).

Frente a esto, la prevención cuaternaria se sitúa como un concepto fundamental, aludiendo a la importancia de prevenir el daño producto de una excesiva intervención, sobrediagnóstico y sobretratamiento asociado al sistema sanitario (Ministerio de Sanidad, 2022). En esa línea, se promueve la coordinación con el ámbito social, apuntando hacia un abordaje en red que proporcione una atención coherente con las necesidades fuera del campo sanitario.

El surgimiento del modelo comunitario en salud mental como un campo plural de prácticas y procesos, que posee sus bases en el movimiento antipsiquiatría de los años 60', implica recuperar la vivencia subjetiva, más no individual, como elemento central en el continuo salud-enfermedad o bienestar-malestar, siendo esencial la comprensión de las personas insertas en contextos socio-histórico-políticos y relacionales complejos (Bang, 2022).

La salud mental comunitaria promueve la prevención, la inclusión social, la participación activa de las personas en sus propios procesos de recuperación y la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud y miembros de la comunidad para abordar los determinantes sociales de la salud mental. Al mismo tiempo, implica una perspectiva territorial y descentralizada que favorezca un reconocimiento comprensivo de las necesidades de las personas y grupos (Desviat y Fernandez, 2000).

El modelo comunitario en salud mental pone énfasis en la importancia del apoyo social y la organización colectiva para la promoción y mantenimiento de la salud, siendo un elemento clave en esta aproximación la participación de grupos y miembros de la comunidad en el proceso de cambio o transformación de las situaciones generadoras de malestar (Rosa

y Mercado, 2020). Para Bang (2014), el abordaje comunitario en salud mental implica reconocer que

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 (p.111)

2.3 Apoyo Social y Grupos de Apoyo

Comprendiendo el marco mencionado previamente, el apoyo social se constituye como un elemento clave en la promoción del bienestar de las personas, siendo por tanto, un concepto central en la intervención comunitaria (Herrero, 2004). El recorrido histórico de este concepto tiene múltiples matices que surgen desde autores como Cobb (1976), Caplan (1974) o Lin (1986), en los que las dimensiones, formas y fuentes de apoyo que recibimos de nuestro entorno, como también la configuración de sistemas de ayuda se vuelven centrales en el análisis. De manera sintética, es posible encontrar en las definiciones del apoyo social cuatro ejes: la estructura o fuente de la red de apoyo social (desde dónde proviene el apoyo), las funciones del apoyo social (de qué manera aporta), la naturaleza percibida y recibida y por último, los contextos en los que el apoyo se produce (Gracia, 2011). Así, el apoyo social comprendido como el establecimiento de lazos y relaciones con personas, grupos o comunidades que entregan provisiones emocionales, materiales, o cognitivas, en diferentes contextos, es esencial para el mantenimiento del bienestar, incrementándose la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental en su ausencia (Gracia, 2011).

En ese sentido, las intervenciones basadas en el apoyo social presentan múltiples beneficios, favoreciendo la movilización de recursos que propician la participación, la capacidad de afrontamiento a situaciones de estrés, impactan positivamente en el bienestar no solo de las personas implicadas directamente sino que también de quienes las rodean y pueden ser aplicadas a una multiplicidad de problemáticas sociales (Palacín, 2003).

Cabe destacar que existen dos fuentes de apoyo, las denominadas informales o naturales, en las que son considerados los grupos cercanos, las familias, amigos/as, vecinos/as, etc., y que brindan su apoyo de manera voluntaria a partir del vínculo afectivo, de compromiso o colaboración existente, mientras que por otro lado se encuentran las fuentes

institucionales, las cuales a diferencia de las anteriores están diseñadas esencialmente para brindar apoyo a través de algún servicio, por lo cual tienen una responsabilidad social al respecto (Caplan, 1974; Veil, 1985, citado en Navarro, 1990).

Los grupos de apoyo pueden considerarse, dependiendo de su estructuración, una convergencia de ambos sistemas de ayuda, ya que pueden surgir y contar con la participación institucional/profesional, pero a la vez se sostiene y nutre del soporte generado por los propios miembros del grupo (Herrero, 2004).

Los grupos de apoyo son la modalidad de intervención basada en el apoyo social más utilizada, ya que tienen beneficios frente a innumerables problemáticas sanitarias, sociales, educativas, etc., fomentando la salud y reduciendo el malestar psicológico (Gracia, 2011; Barrón, 1996 en Palacín, 2003). A rasgos generales, estos grupos se caracterizan por estar compuestos por miembros que comparten un problema, estresor o transición vital común, en los que existe un estatus igualitario entre los participantes, los miembros reciben y proporcionan apoyo, existe un objetivo definido y actividades que van dirigidas hacia él, y por último, cuentan con la facilitación y guía de un profesional/es que promueve la generación de dinámicas que favorezcan al grupo (Herrero, 2004).

El formato de grupo de apoyo ofrece ventajas sobre las intervenciones individualizadas, ya que además de ser más eficiente en término de costos y alcance, presenta beneficios únicos. En esa línea, Levine et al (1987) plantean que los grupos de apoyo cumplen con cinco funciones fundamentales: 1) promueven el sentimiento de comunidad al compartir una experiencia que se pensaba individual y pasa a ser grupal, 2) favorecen la generación de una identidad social normalizada, apuntando hacia la acción social en vez de la estigmatización 3) promueven la crítica y solidaridad mutua, 4) brindan modelos de conductas y permiten roles de ayuda intercambiables y 5) proporcionan una red de relaciones sociales que disminuye el aislamiento.

Para hacer frente al malestar emocional los grupos de apoyo también han demostrado ser intervenciones útiles, ya que “nos ayudan a mejorar el estado de salud de las personas, sobre todo en situaciones de vulnerabilidad social y emocional (problemas de salud mental, aislamiento social, paro)” (Castelló et al., 2016, p.29), favoreciendo los recursos de afrontamiento, el aumento del autoestima y del estado de ánimo, contribuyendo también a la

identificación precoz de un agravamiento en la sintomatología de problemáticas de salud mental (Palacín, 2003).

Por último, es fundamental relevar que la participación en grupos de apoyo y la identificación de las causas estructurales del malestar puede contribuir a la organización colectiva que facilite lograr objetivos sociales más amplios, conectando así con el principio transformador que promueve el modelo comunitario (Gracia, 2011).

Es por todo lo mencionado anteriormente, que se propone a continuación un proyecto de intervención que pretende aportar al bienestar comunitario basado en las técnicas de grupos de apoyo, buscando favorecer la creación de redes y el desarrollo personal y colectivo.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General: Promover el bienestar psicológico en consultantes del Centro de Servicios Sociales o Centro de Atención Primaria del barrio Sant Martí-Verneda a través de la implementación de un grupo de apoyo.

3.2 Objetivos Específicos:

- Favorecer la regulación emocional de los consultantes del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda mediante el uso de técnicas grupales que permitan identificar, comprender y gestionar sus emociones en el encuentro con otros.
- Promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento de los consultantes del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda a partir de identificación de recursos personales y grupales.
- Fomentar la construcción de redes de apoyo social entre los consultantes del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda a través de técnicas que promuevan la vinculación, confianza mutua y cooperación.

4. Diseño de Intervención

4.1 Presentación

A continuación, se detallarán los componentes específicos de la intervención, consistente en la implementación de un grupo de apoyo para promover el bienestar psicológico en el Centro de Servicios Sociales Sant Martí- Verneda. Para esto, se dará cuenta de las características del grupo, su composición y espacio físico de implementación, como también los objetivos de cada sesión y las técnicas asociadas. Además se presentan las

estrategias de coordinación, el cronograma de intervención y el sistema de evaluación. Por último, se especifican los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo el proyecto, junto al presupuesto total. Este apartado tiene el fin de ofrecer una visión clara y detallada de cómo se llevará a cabo este proyecto de intervención psicosocial.

4.2 Población Objetivo y Territorio

La presente intervención está dirigida a personas adultas, habitantes del barrio Sant Martí de Provençals o La Verneda, que acudan al Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda o al Centro de Atención Primaria Sant Martí de Provençals y que presenten malestar emocional. En ese sentido, se define a continuación los criterios de inclusión y exclusión para la participación del grupo de apoyo, los cuales serán confirmados en la entrevista inicial previo al comienzo del grupo.

- Criterios de Inclusión: a) Ser adulto entre 40 y 64 años. Debido a que es el rango etario con mayor representación en ambos barrios, y sin intervenciones dirigidas de manera específica. B) Residir en el barrio Sant Martí o La Verneda. c) Experimentar malestar emocional. Criterio valorado desde los profesionales de CAP o CSS luego de atención.

- Criterios de Exclusión: a) Presentar algún diagnóstico de trastorno mental moderado o grave no estabilizado. (A partir de criterios CIE-10).

El grupo se implementará en el distrito Sant Martí, Barcelona, en el Centro Cívico del barrio Sant Martí de Provençals, ubicado a un costado del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda. El centro cuenta con salas disponibles para reservar de manera gratuita acondicionadas para talleres, reuniones y espacios grupales, equipadas con mesas, sillas, pizarras y recursos audiovisuales (parlantes, proyector, etc.), cumpliendo con los requerimientos básicos de espacio y mobiliario para la implementación del grupo.

4.3 Metodología

- Etapa Inicial

En un primer momento se llevará a cabo una coordinación con el Centro de Atención Primaria de Sant Martí para establecer los canales de comunicación y derivación para quienes se encuentren interesados/as en el grupo y cumplan con los criterios para participar. Posteriormente se llevará a cabo la difusión mediante afiches en el Centro de Servicios Sociales, Centro Cívico de Sant Martí y Centro de Atención Primaria de Sant Martí. También se informará durante la reunión de equipo del CSS al resto de los profesionales sobre la

implementación del grupo, solicitando su cooperación con la detección de posibles participantes para informales e invitarles a la entrevista inicial.

La entrevista inicial consiste en una instancia individual en la que se informa a los interesados/as sobre el objetivo y características del grupo, se revisan los criterios para su posible participación y se proporciona el cronograma de sesiones. Si la persona confirma su interés por participar, se entrega el consentimiento informado y se lleva a cabo la evaluación inicial del proceso, profundizando en la motivación de la persona a participar y administrando los instrumentos correspondientes que se detallan en el apartado de evaluación.

- **Estructura del Grupo**

En primer lugar, con respecto al tamaño del grupo, el número de participantes será entre 8 y 12 personas, favoreciendo con este rango un espacio lo suficientemente íntimo que permita la posibilidad de cada miembro de ser escuchado, mientras que al mismo tiempo permita una variedad de perspectivas y posibilidades de interacción.

En cuanto al tipo de grupo, este será un grupo de apoyo cerrado, lo que significa que todo el proceso se llevará cabo con un número fijo de participantes que estarán presentes desde la primera sesión, sin incorporaciones nuevas una vez iniciado. A partir de esta modalidad se pretende priorizar la cohesión grupal, profundidad y estabilidad de los vínculos, como también la simultaneidad del proceso entre los miembros.

Con respecto al equipo técnico, el grupo se encontrará integrado por dos profesionales, un conductor/a y un co-conductor/a, que guiarán durante el proceso, dinamizando, acompañando y sosteniendo al grupo, apuntando hacia una progresiva autonomía y protagonismo de los participantes. El rol de conductor/a y co-conductor/a son complementarios, favoreciendo el soporte entre profesionales, un mayor rango de actuación frente a imprevistos y un mejor análisis de la dinámica grupal. Estos roles estarán asignados a una psicóloga/o y trabajador/a social o educador/a social del Centro de Servicios Sociales Sant Martí-Verneda.

El grupo de apoyo consistirá en 10 sesiones, de 90 minutos cada sesión, con periodicidad semanal, teniendo como duración aproximada 2 meses.

- **Implementación**

Si bien cada sesión tiene un objetivo y técnicas particulares que responden a éste, existe una estructura o planificación general que orienta la implementación tanto del proceso

grupal en su globalidad, como también de todas las sesiones. Tanto la programación global del grupo como la de cada sesión presentan una fase inicial, de desarrollo y cierre.

En cuanto a la programación global:

a) Fase inicial: Está dado por las primeras tres sesiones del proceso grupal. Durante este periodo se espera propiciar un ambiente cómodo y de confianza en el que los participantes se sientan seguros y puedan comenzar a conocerse y darse a conocer. Cada sesión se enfocará en actividades diseñadas para fomentar la apertura y participación en el espacio, el conocimiento mutuo y la confianza. Se proporcionará un espacio para que los participantes compartan sus motivaciones para unirse al grupo, sus expectativas y preocupaciones, y para explorar sus necesidades individuales y colectivas. Se introducirán los temas clave que se abordarán durante el proceso del grupo y se establecerán las normas de confidencialidad y respeto mutuo.

b) Fase de desarrollo: Consta de las siguientes cinco sesiones. En esta fase se conducirá al grupo hacia un proceso de trabajo más profundo con respecto al malestar que trae a cada uno de los participantes al espacio, y se enfocará en torno a la regulación emocional y estrategias de afrontamiento. Además, se potenciará el aprendizaje cooperativo y el establecimiento de vínculos de apoyo.

c) Fase de cierre: Consiste en las últimas dos sesiones del grupo. Se enfocará la reflexión sobre el proceso vivido y los aprendizajes obtenidos durante las sesiones anteriores. Se enfatizará en las estrategias para sostener el bienestar psicológico una vez finalizado el grupo, junto a la promoción de formas para mantener las relaciones generadas en el grupo y la posibilidad de llevar a cabo acciones colectivas.

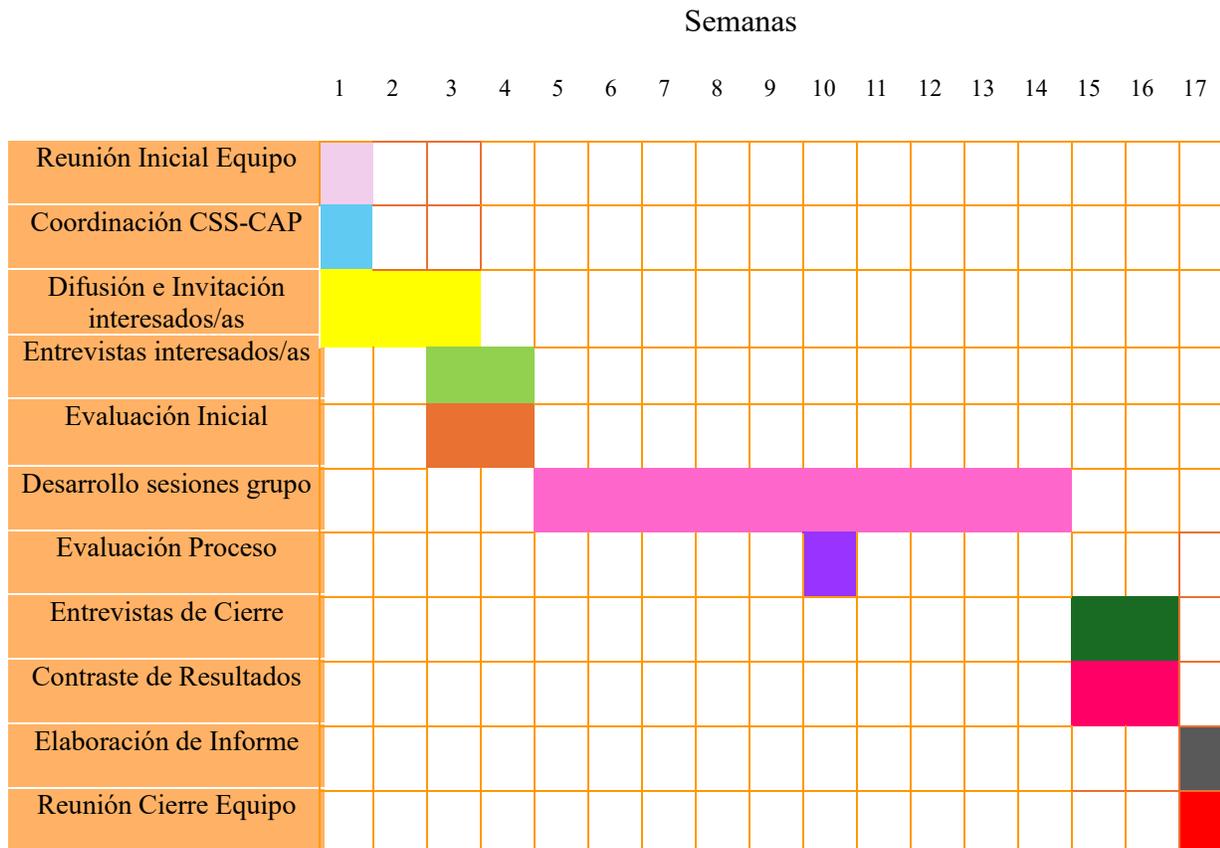
En cuanto a la estructura de las sesiones, estas constan de:

- Inicio: Recibimiento de integrantes e introducción del objetivo de la sesión. Se abordan elementos relevantes o pendientes de la sesión anterior.
- Desarrollo: Trabajo enfocado hacia el objetivo de la sesión junto a la/s técnica/s facilitadora/s.
- Cierre: Se realiza una recapitulación de lo trabajado en la sesión, se otorga un espacio para compartir lo elaborado en el día y se promueve una valoración conjunta.

4.4 Planificación

- **Carta Gantt Proyecto**

Gráfico 1: Cronograma Proyecto



- Cronograma Sesiones Grupo de Apoyo

A continuación se presenta el cronograma de las sesiones de grupo con la fecha de implementación y el objetivo de cada sesión. La información más detallada sobre las técnicas, desarrollo y materiales utilizados en cada sesión se encuentra en el anexo 4.

Tabla 2: Cronograma de Sesiones Grupales.

Número Sesión	Fecha	Objetivo Sesión
1	03/10/2024	Generar un espacio de presentación, encuadre de la estructura y normas del grupo.
2	10/10/2024	Facilitar la apertura y participación de los integrantes.
3	17/10/2024	Fomentar el conocimiento mutuo y la confianza entre los integrantes del grupo.
4	24/10/2024	Explorar el malestar emocional de los integrantes.
5	31/10/2024	Favorecer el proceso de identificación y expresión emocional.

6	07/11/2024	Facilitar el reconocimiento de los recursos propios y las diversas estrategias de afrontamiento.
7	14/11/2024	Fortalecer el aprendizaje sobre el uso de las estrategias de afrontamiento.
8	21/11/2024	Fortalecer la cohesión grupal y los vínculos de apoyo entre los miembros del grupo.
9	28/11/2024	Explorar las acciones colectivas para promover el bienestar psicológico en la comunidad.
10	05/12/2024	Reconocer los aprendizajes surgidos en el proceso grupal y cierre.

4.5 Evaluación

La evaluación del proyecto se llevará a cabo en 3 fases:

a) Inicial: La evaluación inicial se desarrollará en el marco de la entrevista individual con cada participante, estableciendo una línea base que permita generar una comparación pre-post para medir los cambios al finalizar la intervención. Los instrumentos que se utilizarán se detallan a continuación, todos se encuentran validados para población española.

- Bienestar: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB). La escala abreviada consta de 29 ítems que abarcan las dimensiones del bienestar psicológico planteado por Carol Ryff. Escala tipo Likert de 6 alternativas que aborda 5 dimensiones. (Anexo 5)

- Estrategias de Afrontamiento: Cuestionario COPE-28 ítems. Versión abreviada, multidimensional, que explora las diferentes formas de afrontar situaciones estresantes. Consta de 28 ítems con escala tipo Likert de 4 alternativas. Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para evaluar estrategias de afrontamiento. (Anexo 6)

- Apoyo Social: Cuestionario de Apoyo social Funcional Duke-UNC-11. Cuestionario autoadministrado que evalúa el apoyo social percibido. Se compone de 11 ítems, escala tipo Likert (1 a 5). (Anexo 7)

b) De Proceso:

- Registro continuo de la asistencia de los participantes del grupo

- Observación directa de ambas/os profesionales que permita valorar la participación de los integrantes en el logro de los objetivos esperados e identificar elementos a reforzar.

- Revisión metodológica sesión a sesión por parte de ambas/os profesionales.

- Cuestionario de retroalimentación en la quinta sesión que permita explorar la utilidad y contribución del espacio grupal, como también la valoración sobre el uso de las técnicas y satisfacción general con respecto al grupo de apoyo. Esta evaluación permitirá realizar ajustes en caso de ser necesarios. (Anexo 8)

c) De Resultados: Posterior al término de la última sesión se realizará una entrevista con cada participante para explorar su experiencia con respecto al grupo de apoyo y se administrarán nuevamente los 3 instrumentos utilizados en la fase inicial para evaluar posibles cambios en los resultados. (Cuestionario de Apoyo social Funcional Duke-UNC-11; Cuestionario COPE-28 ítems; Escala de Bienestar Psicológico (SPWB)).

Además, en esta entrevista se integrará una evaluación cualitativa respecto al favorecimiento de la regulación emocional, en la cual a partir de 2 preguntas abiertas se pretende identificar la utilidad del grupo en el cumplimiento de este objetivo, para posteriormente llevar a cabo un análisis del contenido (Anexo 9).

A partir de esta entrevista se analizarán los resultados para evaluar el logro de los objetivos, junto con identificar áreas de mejora en la implementación del grupo de apoyo.

- Indicadores de Éxito:
 - Incremento en el puntaje promedio entre la evaluación inicial y final de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB), Cuestionario COPE-28 y Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC-11.
 - Porcentaje de asistencia global superior al 70%.
 - Satisfacción general del 80% de los participantes en el cuestionario de retroalimentación. Se considerarán como satisfactorias las respuestas “de acuerdo” y “muy de acuerdo”.
 - Feedback positivo sobre la experiencia en al menos el 80% de los participantes del grupo a partir de los comentarios cualitativos obtenidos en la entrevista final.

4.6 Recursos y Costos del proyecto

Tabla 3: Recursos

Recursos Disponibles	Recurso Humano	Detalle
	2 Profesionales (conductor/a y co-conductor/a de grupo).	La implementación de intervenciones grupales se encuentra dentro de las funciones asignadas a los/as profesionales del Centro de Servicios Sociales. La implementación del grupo se llevará a cabo en horario laboral, por lo que se encuentra integrado en su sueldo.
	Recursos Materiales	Detalle
	Espacio físico	Sala de reuniones adecuada para grupos pequeños.
	Mobiliario	Sillas y mesas.
	Dispositivos tecnológicos	Ordenadores, teléfonos, proyector y parlantes.

Recursos Requeridos	Recursos Materiales	Detalle	Costo
	Materiales fungibles y no fungibles.	Materiales para implementación de sesiones y evaluación.	145 €
		Total	145 €

*El desglose de todos los materiales y su costo se encontrará en el Anexo 10.

4.7 Consideraciones éticas

Con respecto a las consideraciones éticas a tener en cuenta, en primer lugar, se entregará en la entrevista inicial con cada participante un consentimiento en el que conste la información sobre el objetivo del proyecto, la estructura del grupo, los instrumentos de evaluación y su aplicación, los resultados esperados y el manejo de los datos. Además, se insistirá en el carácter voluntario de la participación en el grupo, como también que la decisión tanto de participar como de no participar no afectará de ninguna manera a cualquier proceso, beneficio o prestación que se lleve de manera individual en el Centro de Servicios Sociales o Centro de Atención Primaria.

Posteriormente, en la primera sesión del grupo, se pedirá a los participantes que junto al resto de las normas acordadas, se lleve a cabo un compromiso con la confidencialidad de la información compartida en el grupo, lo que es fundamental para crear un ambiente seguro y de confianza.

Por último, destacar que se establecerán redes expeditas de derivación con el Centro de Atención Primaria, para que en caso de desestabilización o una agudización del malestar pueda existir una atención oportuna.

5. Conclusiones

La crítica situación de salud mental en la actualidad requiere de un abordaje urgente y desde las diversas áreas de intervención. Al ampliar la mirada sobre las causas del malestar y su vinculación con las condiciones materiales es posible también ver la necesidad de integrar a los servicios del tercer sector, promover intervenciones que busquen reconectar el tejido social y el desarrollo de estrategias individuales y colectivas para el afrontamiento de las dificultades de la vida cotidiana.

En este escenario, a lo largo del presente trabajo final de máster se expuso el proyecto de intervención “DesenREDemos: Grupo de Apoyo para el bienestar psicológico”, a través del cual se pretende contribuir al bienestar de los vecinos y vecinas de los barrios Sant Martí de Provençals y La Verneda i la Pau desde una perspectiva territorial, esperando que la implementación de este proyecto sea exitosa y pueda constituirse como una intervención a implementar en el resto de los Centros de Servicios Sociales de la ciudad, llevando a cabo las adaptaciones necesarias a cada contexto.

En ese sentido, se espera ayudar a impulsar el abordaje grupal y comunitario del malestar y de otras problemáticas de salud mental. Se pretende que este proyecto implique un impacto positivo en el bienestar de los y las participantes, a través del desarrollo de la regulación emocional, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo social.

En cuanto a las limitaciones de este proyecto, en primer lugar mencionar que se intenta dar respuesta a situaciones que suelen tener su origen en problemas estructurales, por lo que si bien se espera promover el desarrollo de herramientas, estrategias y vínculos que puedan contribuir al bienestar individual y colectivo, el desafío es mayor, y requiere apuntar a cambios en la política pública.

También es necesario reconocer que la capacidad del grupo está limitada a un número reducido de participantes, lo que puede excluir a personas que también necesitan apoyo y limitar el impacto potencial del proyecto. La coordinación con otros servicios será esencial, pero puede enfrentar barreras logísticas y burocráticas que deberán ser gestionadas para asegurar una intervención efectiva.

Otro de los desafíos puede ser sostener el compromiso y motivación de los participantes a lo largo de las sesiones. La participación voluntaria puede resultar en tasas de deserción que afectan la cohesión del grupo y los resultados esperados.

La última limitación por mencionar refiere a que al llevar a cabo el análisis de necesidades se detectó que se vuelve necesario para futuras intervenciones contar con bases de datos a disposición de los y las trabajadoras, como también de carácter público, que reúnan de manera sistematizada la información con respecto a las problemáticas y necesidades del barrio, favoreciendo así la detección y pronta respuesta.

Para finalizar, se confía en este proyecto de intervención como una respuesta necesaria y pertinente al malestar que afecta a las personas en su vida cotidiana, ofreciendo un espacio seguro para la expresión, el apoyo mutuo, el desarrollo emocional y la organización colectiva. Aunque cuenta con algunas limitaciones ya mencionadas, su implementación es viable y tiene potencial de ser un aporte para el bienestar de los y las participantes.

6. Referencias

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2014). Salut als Barris. Diagnòstic. La Verneda i La Pau.
- Agència de Salut Pública de Barcelona (2023a). La salut mental a Barcelona, 2021-2022.
- Agència de Salut Pública de Barcelona (2023b). Barcelona Salut al Barris. Memòria 2022.
- Arenas, M. (2011). Crítica y razón de los servicios sociales de base. Atención y proactividad en el Estado social.
- Ayuntamiento de Barcelona (2009). Model de Serveis Socials Bàsics Una aposta per repensar i millorar l'Acció Social territorial des de l'Administració local.
- Ayuntamiento de Barcelona (2010). L'atenció psicosocial en els Serveis Socials Bàsics.
- Ayuntamiento de Barcelona (2015). Bases del model d'atenció grupal als serveis socials bàsics de l'Ajuntament de Barcelona: conceptes, estratègies i eines per la gestió.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.
- Bauman, Z. (2000). Modernidad líquida. Fondo de Cultura Económica.
- Bellón, J., Delgado, A. Luna, J. y Lardelli, P. (1996) Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Elsevier.
- Berenzon, S., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor, L. y Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la ciudad de México. Un estudio cualitativo.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health. Lectures on concept development. Nueva York: Behavioral Publications.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

- Castelló, M., Fernández, M., García, J., Mazo, M., Mendive, J., Rico, M., Rovira, A., Serrano, E., Zapater, F. (2016). Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*.
- Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña (2023). La situación de la Salud Mental en España.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, C., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. Vol 18, nº3.
- Del Cueto, A. (2014). La salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear. Fondo de Cultura Económica.
- Desviat, M. y Fernández, A. (2000). Salud Mental comunitaria como estrategia o como utopía.
- Generalitat de Catalunya (2021). Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut.
- Generalitat de Catalunya (2023). Informe I: Proposta de les estratègies del Pacte Nacional de Salut Mental i Benestar Emocional de Catalunya 2024-2030.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria.
- Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*.
- Han, B. (2012). La sociedad del cansancio. (1ª ed). Heder Editorial
- Herrero, J. (2004). Capítulo VII. Reedes sociales y apoyo social. En Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. Introducción a la Psicología comunitaria. Editorial UOC
- Herranz, C. (2024). Malestar emocional en Atención Primaria, el abordaje no medicalizado del malestar emocional en la consulta. DOI: 10.1016/j.aprim.2024.102859

- Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta Europea de Salud en España.
- Izquierdo, M. (2020). Estrategias de afrontamiento: Una revisión teórica. Universidad Señor de Sipán, Perú.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Nueva York: Martínez Roca.
- Levine, M., Perkins, D. y Perkins, D. (1987). Principles of Community Psychology. New York: Oxford University Press.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (Eds). Social support, life events and depression. Nueva York: Academic press.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Universidad del Norte, Colombia.
- Mesa de Salud Mental de Barcelona (2022). Acciones de bienestar y cuidado emocional para la ciudadanía.
- Michelson, C. (2020). Hasta que valga la pena vivir. Ensayos sobre el deseo perdido y el capitalismo del yo. Editorial Paidós.
- Ministerio de Sanidad (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026.
- Morán, M., Landero, R. y González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del brief COPE. DOI:10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv
- Muñoz, C., Cardona, D., Restrepo-Ochoa, D., y Calvo, A. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. Rev. CES Psico, 15(2), 151-168. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.5275>
- Navarro, J. (1990). Intervención en Grupos Sociales. Facultad de Psicología de Salamanca. Rev. Psicoterapia, nº6-7.
- OMS (1958). Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos.

- OMS (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Centro de prensa.
- Ona, J. (2018). Modelo Biomédico en Salud Mental: Un modelo a superar.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10ª revisión. CIE-10.
- Ortiz, A. (2004). Consultas sin patología en un centro de salud mental. DOI:10.13140/RG.2.1.3716.1360
- Ortiz, A., González, R. y Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Atención Primaria. doi: 10.1157/13095928
- Ortiz, A. (2011). El significado de las demandas "menores" en salud mental. DOI:10.4321/S0211-57352011000400001
- Ortiz, A. y Ibañez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Revista Española de Salud Pública.
- Ortiz, A. (2022). “¿En qué puedo ayudarle?”. Entre la solución individual tecnológica y la metaperspectiva sociopolítica. doi: 10.4321/S0211-57352022000100002
- Padilla, J. y Carmona, M. (2022). Malestamos. Cuando estar mal es un problema colectivo. Capitan Swing Libros, S.L.
- Palacín, M. (2003). Estrategias de Apoyo Psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua.
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de Salud Mental, nº 19.
- Ramos, S. y Robles, B. (2015). La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. Rehabilitación Psicosocial 12(1).
- Ryff, C. (1989) Scale of Psychological Well-being. The structure of Psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology. (69); 719-727.

Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2.

Taula de Salut Mental (2019). L'estat de la situació en salut mental del districte de Sant Martí. Ajuntament de Barcelona.

7. Anexos

Anexo 1: Cuestionario Análisis de Necesidades Profesionales CSS

Cuestionario profesionales CSS

Unidad: _____

Rol: _____

¿Qué necesidades detectas mayoritariamente en las personas que asisten al centro?

¿Cuáles de estas necesidades consideras que no se están respondiendo adecuadamente y por qué?

¿Consideras que existe una demanda de apoyo emocional en las personas que asisten al centro? Si la respuesta es sí, ¿Cómo evaluarías que se responde a esta demanda?

¿Cómo describirías la disponibilidad de servicios de apoyo emocional en el territorio?

Consentimiento Informado

El siguiente cuestionario tiene por objetivo conocer la apreciación de los/las profesionales del Centro de Servicios Sociales de Sant Martí-La Verneda en torno a las necesidades de los/las usuarias del centro. Esta aplicación se enmarca en la elaboración del Trabajo Final de Máster del Máster en Intervención Psicosocial de la Universidad de Barcelona.

Las respuestas entregadas en este cuestionario serán utilizadas de manera anónima. La participación es voluntaria y los datos serán tratados de manera confidencial únicamente con fines académicos.

Nombre Responsable: Victoria Venegas Artaza

Contacto: victoriaavear@gmail.com

Tutora UB: Yirsa Jiménez

Estoy de acuerdo con participar de este cuestionario y con el uso de la información proporcionada para los fines mencionados

Si

No

1 de febrero 2024. Barcelona, España.

Anexo 3: Dimensiones Bienestar Psicológico

Tabla 1. Dimensiones del Modelo Integrado de Desarrollo Personal de Carol Ryff.

Dimensiones	Definición
Autoaceptación	Actitud positiva hacia uno mismo; Acepta aspectos positivos y negativos; Valoración positiva del pasado.
Crecimiento Personal	Sensación de desarrollo continuo; Se ve a sí mismo en progreso; Abierto a nuevas experiencias; Capaz de apreciar mejoras personales.
Propósito en la vida	Objetivos en la vida; Sensación de llevar un rumbo; Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido.
Relaciones Positivas con los otros	Relaciones estrechas y cálidas con otros; Le preocupa el bienestar de los demás; Capacidad de empatía, afecto e intimidad.
Autonomía	Capaz de resistir presiones sociales; Es independiente y tiene determinación; Regula su conducta desde dentro; Se autoevalúa con sus propios criterios.
Control sobre el entorno	Sensación de control y competencia; Control de actividades; Saca provecho de oportunidades; Capacidad para crear o elegir contextos.

Fuente: Elaboración de Muñoz et al 2022.

Anexo 4: Detalle de Sesiones

Sesión	Objetivo	Técnica central	Descripción	Materiales
1	Generar un espacio de presentación, encuadre de la estructura y normas del grupo.	Aviones de papel.	<p>Inicio: Se realiza la presentación del espacio y se encuadran las normas del grupo.</p> <p>Técnica: La mitad de los participantes escriben su nombre en un papel y crean un avión de papel. Al mismo tiempo todos los lanzan hacia la otra mitad y comienzan a devolverlos por un minuto. Al acabarse el tiempo quienes no hicieron avión se quedan con uno y se reúnen con la personas que aparece en el papel. Cada persona queda con una pareja a quien deben entrevistar para empezar a conocer (viceversa). Al finalizar la entrevista cada persona presenta a su pareja frente al resto del grupo.</p> <p>Posteriormente se dialoga sobre los elementos que se comienzan a conocer sobre casa participante.</p>	<p>-Hoja de papel</p> <p>- Bolígrafos (8-12 und)</p>

2	Facilitar la apertura y participación de los integrantes.	Cuestionario Curioso.	<p>Inicio: Se da bienvenida a la sesión, se comenta el objetivo y se lleva a cabo una técnica inicial sencilla que permita conocer el estado emocional de cada participante.</p> <p>Técnica: Se le proporciona a cada participante un cuestionario que contiene enunciados a los que deben asignar el nombre de algún otro participante que cumpla con esa descripción. Para eso deben acercarse, hablar y comenzar a conocerse.</p> <p>Cierre: Se profundiza en la experiencia del encuentro con otros, sensación con la que se quedan, etc.</p>	-Cuestionario Impreso. -Bolígrafos (8-12und)
3	Fomentar el conocimiento mutuo y la confianza entre los integrantes del grupo.	El lazarillo	<p>Inicio: Se da la bienvenida y se presenta el objetivo de la sesión. Se realiza una actividad que recoja lo aprendido sobre los otros y prepare los cuerpos para el movimiento (cambio de sillas).</p> <p>Técnica: Se establecen parejas y se asignan dos roles: vendado y lazarillo. La</p>	-Venta de tela.

			<p>persona vendada debe empezar a deambular por el espacio sola mientras sus compañeros se acercan e intentan molestar.</p> <p>Posteriormente el lazarillo comienza a guiar al ciego con la mano o la palabra. Al finalizar cada pareja se reflexiona sobre las diferencias en la experiencia estando solo y acompañado.</p> <p>Cierre: Se reflexiona sobre la experiencia de confiar en otro y de guiar a otro, se introduce la integración de estos elementos a otras áreas de sus vidas. Se invita a la tarea para la próxima sesión.</p> <p>Posteriormente se invita a comentar la sesión.</p>	
4	Explorar el malestar emocional de los integrantes.	Diario Emocional	<p>Inicio: Se lleva a cabo la bienvenida y se comparte el objetivo.</p> <p>En el cierre de la sesión anterior se les pide a los participantes que escriban sobre sus emociones diarias por una semana. En esta sesión se les invita a compartir sobre el proceso y</p>	<p>-Papelógrafos (8-12und)</p> <p>- Rotuladores</p>

			<p>algunos extractos.</p> <p>Posteriormente se les invita a crear un mapa emocional sobre un dibujo de sus cuerpos, en donde deben ubicar la emoción en cada parte y cómo se ve. Al finalizar se les pide compartir el trabajo realizado.</p> <p>Posteriormente se abre la conversación sobre las dificultades que se presentan al relacionarse con el malestar.</p> <p>Cierre: Se cierra la sesión mencionando una emoción presente en alguno de sus compañeros.</p>	
5	Favorecer el proceso de identificación y expresión emocional.	Emocionario	<p>Inicio: Bienvenida y se les invita a adivinar el objetivo de la sesión mediante una actividad de mímica en duplas.</p> <p>Técnica:</p> <p>A partir del libro “Emocionario”, se retoma el trabajo con el diario de emociones y se identifican las emociones que se encuentran presentes, se revisan sus definiciones y se</p>	<p>-Libro: Emocionario.</p> <p>- Post it</p> <p>- Papelógrafo</p> <p>- Rotuladores</p>

			<p>discute sobre en qué momento estas emociones surgen con mayor intensidad. Se reflexiona sobre la utilidad de la emoción, se les pide que la escriban en un post it y los peguen en un papelógrafo. Con este insumo se les invita a que creen su propio emocionario grupal. Cierre: se comparte la experiencia sobre la técnica.</p>	
6	Facilitar el reconocimiento de los recursos propios y las diversas estrategias de afrontamiento.	Mapa de Recursos	<p>Inicio: Se da la bienvenida y presentación de objetivo junto a una técnica que recoja la sesión previa y la experiencia entre sesiones a partir de lo aprendido.</p> <p>Técnica: Los participantes crean un mapa visual de sus recursos personales, incluyendo habilidades, apoyos sociales y estrategias que ya utilizan para afrontar el malestar. Posteriormente cada participante le agrega al mapa de los demás un recurso que identifique que el otro tiene y también uno propio que quisiera “regalarle” al otro de manera</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Rotuladores - Lápices de Colores - Hojas de papel.

			<p>simbólica. De esta manera se va “tejiendo” una red de recursos y estrategias.</p> <p>Cierre: Junto al “emocionario” se guarda el material de la red de recursos y estrategias para que queden ambos disponibles para visualizar en las sesiones.</p>	
7	Fortalecer el aprendizaje sobre el uso de las estrategias de afrontamiento.	Role playing	<p>Inicio: Bienvenida y objetivo. Se les invita a pensar en una estrategia que hayan incorporado o tenido presente durante las últimas semanas.</p> <p>Técnica: Se simulan situaciones de estrés donde los participantes practican diferentes estrategias de afrontamiento. Esta técnica permite experimentar y reflexionar sobre la efectividad de diferentes enfoques. Se promueve la creación conjunta permitiendo a otros integrantes sumarse como “improvisadores”.</p> <p>Cierre: A partir del conocimiento que ya tienen los participantes a agradecer una estrategia que ha</p>	

			adquirido o desea fortalecer en las últimas sesiones.	
8	Fortalecer la cohesión grupal y los vínculos de apoyo entre los miembros del grupo.	La Red	<p>Inicio: Bienvenida y presentación de objetivo, se abre la sesión con técnica sencilla de identificación del estado actual.</p> <p>Técnica: Cuatro miembros del grupo extienden los brazos hacia adelante y luego doblan el brazo derecho, abrazando el codo izquierdo con la mano derecha. A continuación, se unen y se agarran los brazos entre sí, formando una red. Esta red debe ser lo suficientemente fuerte como para sostener el peso de otro miembro del grupo. Los participantes se van rotando hasta que todos hayan sostenido y sido sostenidos. Posteriormente se reflexiona sobre el apoyar y sentirse apoyados.</p> <p>Cierre: Se invita a identificar y compartir los aprendizajes de la sesión.</p>	
9	Explorar las acciones colectivas para promover el	Lluvia de Ideas	Inicio: Bienvenida y presentación objetivo. Se invita a reunirse en parejas	-Pizarra - Marcador

	bienestar psicológico en la comunidad.		<p>mediante una técnica rápida y se les pide que compartan sus experiencias participando en espacios colectivos.</p> <p>Técnica: Se realiza una sesión de brainstorming para generar ideas sobre posibles acciones colectivas que el grupo puede llevar a cabo para mejorar el bienestar en su comunidad. Luego se imagina el escenario de que son una junta de expertos y deben crear un proyecto de transformación, definiendo cuál es la necesidad que detectan y cómo la abordarían. Se finaliza incentivando la participación en sus barrios.</p> <p>Cierre: Se reconoce y valora la participación que cada uno ha tenido en sus espacios y se les invita a continuar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de papel. - Bolígrafos.
10	Reconocer los aprendizajes surgidos en el proceso grupal y cierre.	Nuestro Libro	<p>Inicio: Bienvenida y objetivo. Se les invita a comentar sus expectativas sobre la última sesión.</p> <p>Técnica: Luego de una técnica conativa sencilla, los participantes se sientan en</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cartulinas - Rotuladores - Lápices de Colores - Tijeras - Pegamento - Goma Eva

		<p>círculo en el suelo, se les pide que cierren los ojos y que lentamente se relajen centrándose en su respiración. Se les pide que piensen en los aprendizajes que se llevan de este proceso que hemos compartido juntas.</p> <p>Luego de unos minutos se les pide que abran los ojos y que lleven esos aprendizajes a la elaboración de un libro conjunto que incluya aprendizajes, anécdotas, frases, habilidades que como grupo consideran que se llevan. La idea es que este libro no cuente la historia de cada uno, sino que de todo el grupo.</p> <p>Cierre: Se le pide a cada participante que comparta sus sentires sobre el término del grupo y que cierren con una palabra de despedida hacia sus compañeros.</p>	<p>- Stickers</p>
--	--	---	-------------------

Anexo 5: Escala de Bienestar Psicológico Ryff. 29 ítems.

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

Fuente: Extraído de Díaz et al, 2006.

Anexo 6: Cuestionario COPE 28 Ítems

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ___ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ___ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ___ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ___ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ___ Me digo a mí mismo “esto no es real”.
6. ___ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ___ Hago bromas sobre ello.
8. ___ Me critico a mí mismo.
9. ___ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ___ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ___ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ___ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ___ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ___ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ___ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ___ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ___ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ___ Me río de la situación.
20. ___ Rezo o medito.
21. ___ Aprendo a vivir con ello.
22. ___ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ___ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ___ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ___ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ___ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ___ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Fuente: Extraído de Morán et al, 2010.

Anexo 7: Cuestionario de Apoyo social Funcional Duke-UNC-11

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y elija una opción de las numeradas del 1 al 5 rodeándola con un círculo.	Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
1. recibo visitas de mis amigos y familiares.	1	2	3	4	5
2. recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. cuento con personas que se preocupan de lo que sucede.	1	2	3	4	5
5. recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	1	2	3	4	5
7. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5
9. recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	1	2	3	4	5
10. recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

Fuente: Extraído de Bellón et al, 1996.

Anexo 8: Cuestionario evaluación de proceso

Instrucciones: Por favor, marque la opción que más refleje su experiencia y opinión sobre cada una de las siguientes afirmaciones. Use la escala de 1 a 5, donde 1 significa “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

- 1) Considero que las sesiones hasta ahora han sido bien organizadas y estructuradas

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	---------	------------	-----------------------

- 2) Me siento cómodo/a participando en las actividades del grupo

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	---------	------------	-----------------------

- 3) Los contenidos y técnicas aprendidas en las sesiones son aplicables a mi vida diaria

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	---------	------------	-----------------------

- 4) Los/as facilitadores han manejado las sesiones de manera eficaz y profesional

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	---------	------------	-----------------------

- 5) Estoy satisfecho/a hasta ahora con mi experiencia en el grupo de apoyo

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	---------	------------	-----------------------

- 6) ¿Hay algo que te gustaría cambiar o mejorar en el grupo de apoyo?

- 7) ¿Algún comentario adicional que quieras compartir sobre tu experiencia?

Anexo 9: Preguntas sobre Regulación Emocional

Responde las siguientes preguntas con la extensión que tu desees.

- ¿Consideras que el grupo de apoyo te ha ayudado a identificar mejor tus emociones? ¿De qué manera?
- ¿Consideras que tu capacidad para regular tus emociones ha cambiado después de participar en el grupo de apoyo? ¿De qué manera?

Anexo 10: Presupuesto materiales fungibles y no fungibles.

MATERIALES		
Materiales Fungibles	Cantidad	Precio Total
Impresiones	80	20 €
Post-it	3	4 €
Bolígrafos	15	8 €
Pegamento	5	5 €
Caja lápices de colores	2	6 €
Paquete de papel blanco	1	6 €
Pliegos goma eva	7	6 €
Rollo de papel Kraft/marrón	1	15 €
Stickers	5	5 €
Caja marcadores	1	6 €
Cartulinas	15	15 €
Marcadores	2	4 €
Materiales No Fungibles		
Emocionario	1	20 €
Vendas	12	10 €
Tijeras	5	15 €
	Total	145 €