

Universidad Siglo 21



Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Grado

**Importancia del rol de Punto de Apoyo para
pacientes en tratamiento por consumo
problemático:**

*Taller psicoeducativo para el grupo de “Puntos de
Apoyo” del dispositivo Casa de día de Programa
Cambio*

María Candela Le Bihan

Córdoba, 2019

Agradecimientos

El presente trabajo está dedicado a mis padres, quienes con su amor y apoyo incondicional me han hecho capaz de lograr todas las metas que me he propuesto.

A mis hermanos, por ser tan compañeros y estar siempre en mi vida.

A José, Esther y Florencia, quienes me impulsan y ayudan a seguir haciendo lo que amo.

A mis compañeros, de quienes aprendí y sigo aprendiendo.

A mis profesores, en especial a Rubén Pereyra, Teresa Reyna y Beatriz Ergo, la pasión y el compromiso por lo que hacen tiene mucho que ver con la profesional en la que me estoy convirtiendo.

A demás, agradezco a todos los profesionales de Programa Cambio, sin ustedes este trabajo no hubiese sido posible.

Resumen

En el siguiente trabajo final de grado, para la licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21; se presenta una propuesta de intervención destinada a concientizar sobre la importancia del rol de punto de apoyo en personas que decidan acompañar a sujetos con consumo problemático que se encuentran actualmente en tratamiento en el dispositivo “Casa de día” de Programa Cambio.

Programa Cambio es una organización civil privada dedicada a la prevención, asistencia, rehabilitación, capacitación e investigación de consumo problemático de sustancias.

Tras haber llevado a cabo un relevamiento institucional se advirtió la necesidad de fortalecer el compromiso de amigos y familiares, así como también potenciar hábitos saludables que les permita acompañar adecuadamente al paciente.

Es por tal motivo que el presente proyecto de aplicación profesional propone talleres psicoeducativos que permitan subsanar las necesidades antes descriptas.

Palabras Claves: consumo problemático – adicciones - familia – tratamiento – psicoeducación – punto de apoyo.

Abstract

The present Final Degree Project, for the licenciature degree in Psychology at the Universidad Siglo 21; a proposal of intervention is presented destined to raise awareness about the importance of the role of support point in people who decide to accompany subjects with problematic consumption that are currently under treatment in the device "Casa de día" of Programa Cambio

Programa Cambio is a private civil organization dedicated to the prevention, assistance, rehabilitation, training and research of problematic substance use.

After carrying out an institutional survey, it was detected the necessity of promote healthy habits that allowed them to adequately accompany the patient.

The present project of professional application proposes psychoeducational workshops that allow to fulfill the necessity described above.

Key words: problematic use - addictions - family - treatment - psychoeducation – supporting guide.

Índice

Introducción	pág. 07
Antecedentes	pág. 08 – 09
Objetivo general y específicos	pág. 10
Marco Teórico	
Capítulo 1: La droga en la sociedad	pág. 11 – 12
Capítulo 2: Conceptos básicos en adicciones	pág. 13 – 14
Capítulo 3: Clasificación de drogas y sus efectos	pág. 15 – 16
Capítulo 4: Vulnerabilidad, factores de riesgo y factores de protección	pág. 17 – 18
Capítulo 5: La familia y las adicciones	pág. 19 – 20
Capítulo 6: El dispositivo taller	pág. 21 – 22
Relevamiento Institucional	
Reseña de la institución	pág. 23 – 24
Devenir histórico	pág. 25
Filosofía del programa cambio	pág. 26
Organigrama	pág. 27
Metodología	pág. 28
Procedimiento	pág. 28
Instrumentos	pág. 29
Muestreo	pág. 29 -30
Consideraciones éticas	pág. 30
Síntesis de los datos recolectados	pág. 30 - 33
Análisis FODA	pág. 34
Fundamentos de la demanda	pág. 35

Trabajo Final de Graduación

Proyecto de aplicación	pág. 36
Resumen del proyecto de aplicación	pág. 37 - 38
Diagrama de Gantt	pág. 39
Plan de actividades	
Módulo I	pág. 40 - 45
Módulo II	pág. 45 - 51
Módulo III	pág. 51 - 56
Evaluación de impacto	pág. 57 – 58
Presupuesto	pág. 59
Conclusión	pág. 60
Bibliografía	pág.61 – 63
ANEXO	
Modelo de consentimiento informado	pág. 64
Consentimiento informado	pág. 65
Guía de preguntas	pág. 66
Entrevista a operadora terapéutica y coordinadora del Dispositivo “Casa de Día” de la Asociación Civil Programa Cambio	pág. 67 – 80
Entrevista a la Licenciada en Psicología de la Asociación Civil Programa Cambio	pág. 81 - 88
Anexo A – Carta Ministerio – Proyecto de Seminario Final	pág. 89
Anexo E – Formulario Descriptivo del Trabajo Final de Graduación	pág. 90 - 91

Introducción

El presente Proyecto de Aplicación Profesional se encuentra enmarcado dentro del trabajo final de grado de la carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21.

Para la realización del mismo se llevó a cabo un relevamiento institucional del dispositivo “Casa de Día” de la Asociación Civil Programa Cambio. “Casa de Día” consta de un equipo interdisciplinario de profesionales que ofrecen un dispositivo psico-socio-educativo integral para adultos con consumo problemático de sustancias.

El objetivo de la recolección de datos fue el de lograr identificar tanto las debilidades como las oportunidades de la institución a través del empleo de diferentes instrumentos metodológicos. Una vez detectadas las mismas, se procedió a seleccionar una de ellas que fuese plausible de ser abordada desde la Psicología mediante una intervención.

La problemática elegida es la falta de compromiso de las familias y amigos de los pacientes del dispositivo “Casa de Día”, tras lo cual se plantea la posibilidad de proponer un taller psicoeducativo a fin de concientizar sobre la importancia de su rol como Puntos de Apoyo saludables.

Se espera que a través del taller que los Puntos de Apoyo no sólo logren reforzar su compromiso para con el tratamiento de sus seres queridos, sino que también comprendan las implicancias de su rol y que aprendan a potenciar hábitos saludables.

Antecedentes

A través de una revisión científica fue posible constatar que existen estudios e investigaciones acerca de la importancia de la familia y de redes de apoyo en la rehabilitación de la persona que consume.

Zapata Vanegas (2009) sostiene que la familia es un soporte importante para la recuperación de la adicción a las drogas. En su artículo el autor afirma que si se pretende optimizar el tratamiento de los pacientes es necesario no sólo comprender el origen multicausal de esta enfermedad sino también planificar una intervención integral que tenga en cuenta el soporte familiar y/o social del paciente.

En el citado artículo, el autor propone un modelo de intervención familiar que consta de 6 ítems a modo de principios o guías que se recuestan sobre la premisa de que la familia es el eje fundamental a la hora de llevar a cabo un tratamiento integral y efectivo. Además expone que la importancia de incluir a la familia en el tratamiento del paciente radica en que de esta manera la recuperación será sostenida a largo plazo.

El autor concluye que el modelo ubica a la familia como el factor fundamental con el cual trabajar para el tratamiento del paciente que consume. La eficacia residiría en que a través de los ítems propuestos, la familia se encontraría mejor posicionada para enfrentarse y disminuir el riesgo, lo cual se lograría dejando en claro las relaciones de autoridad, de afecto y comunicación.

Por último, Zapata Vanegas(2009) menciona que pueden presentarse barreras a la hora de intentar llevar a cabo un abordaje integral de este tipo, como lo pueden ser que el soporte familiar sea inexistente, que la familia se niegue a participar y acompañar el tratamiento del paciente, que haya problemas de adicción y/o trastornos mentales en los miembros de la familia o que su entorno social no comprenda y acepte las fases esperables en la recuperación del paciente. Ante esto, el autor concluye que han de superarse dichas barreras y si no es posible contar con la familia, deberán buscarse alternativas, como lo pueden ser familias substitutas, vecinos, amigos, etcétera, que puedan brindar al paciente su solidaridad, afecto y comunicación positiva.

Por otro lado, Rodríguez Sáez (2013) también subraya la importancia de la intervención con familias en la recuperación de la adicción a la droga. En el mencionado artículo el autor expone ventajas y obstáculos de dicha intervención, como

así también el modelo de tratamiento utilizado por la Asociación Proyecto Hombre desde 1984 en España.

La Asociación Proyecto Hombre está integrada por 26 centros que comparten mismo método terapéutico: un programa educativo-terapéutico, desde una mirada holística e integradora que trabaja sobre 3 aspectos fundamentales: prevención, rehabilitación y reinserción de la persona que consume. En este contexto, la implicación y apoyo de las familias es considerado como un factor que aumenta las posibilidades de éxito terapéutico. Desde esta concepción, la familia es vista como: un sujeto de intervención, un agente terapéutico, un cauce de normalización y un mediador social.

Dentro de las ventajas de incluir a la familia, Rodríguez Sáez (2013) argumenta que la misma puede ser entrenada mediante un proceso educativo para enfrentarse mejor a los problemas, manejar conceptos como recuperación o recaída que aumenten su comprensión sobre las temáticas, identificar riesgos a fin de prevenirlos, etcétera. Además, se propone que la familia registre en un diario señales de cualquier tipo de estancamiento por parte del paciente en su proceso.

En cuanto a las desventajas, el autor menciona que no en todos los casos resulta conveniente incluir a los parientes, tales son los casos de familias con una tasa de disfuncionalidad muy alta, familias desligadas o que han perdido contacto. Es por ello que el autor, citando a Santos, Pulido, Donaire y Santos (2011) propone hacer uso de criterios de exclusión, a saber: familias que perdieron contacto hace tiempo, padres muy ancianos y/o enfermos, miembros que no estén dispuestos o se muestren reticentes a la hora de ayudar al paciente, menores, familiares con trastorno adictivo o trastorno mental graves y casos especiales.

Por último, el autor concluye que la incorporación de la familia y/o entorno social del paciente constituye un factor fundamental para aumentar la eficacia en el tratamiento del paciente, y es deseable que el mismo pueda ser un soporte positivo. Cuando no lo sea, habrá que estar atento para evitar que la familia no obstaculice la intervención terapéutica.

Objetivo General

- Concientizar sobre la importancia del rol de “Puntos de Apoyo” en familiares y amigos de pacientes con consumo problemático de sustancias.

Objetivos Específicos

- Promover el compromiso de los Puntos de Apoyo en el acompañamiento del tratamiento de los pacientes
- Reflexionar sobre las implicancias de ser un Punto de Apoyo saludable
- Potenciar hábitos saludables tanto en ellos como en los pacientes

Marco Teórico

Capítulo 1: La droga en la sociedad

La historia del uso de drogas es tan antigua como la historia de la humanidad misma. Desde un tiempo a esta parte, diferentes sociedades del mundo han hecho uso de ellas con diversos fines, ya sea para sedarse, estimularse, alterar y/o modificar el estado de ánimo, percepción o diferentes procesos cognitivos. (Gómez & Serena, 2012).

González (2015) realiza un recorrido del uso que se le ha dado en antiguas culturas a diferentes sustancias. Así, por ejemplo, resalta como los incas masticaban la hoja de coca para contrarrestar efectos como la altitud, la fatiga y el hambre, como los vikingos consumían variedades de hongos antes de una batalla o de qué manera los egipcios empleaban el opio para tranquilizar a los bebés por el efecto narcótico del mismo.

Siguiendo a la autora, desde la antigüedad las drogas han estado presentes en las culturas del mundo con diferentes fines: medicinales, para obtener placer, alterar la conciencia, acercarse a dioses o lleva a cabo ritos sagrados, etcétera.

De Guiñazú (2010) señala que no tener en cuenta el contexto socio cultural e histórico impide tomar conciencia de la influencia que tiene el mismo a la hora de configurar nuestra subjetividad, identificar los códigos que se producen dentro del mismo y de registrar cual es el discurso social que se maneja en determinado momento histórico sobre determinado fenómeno o suceso.

Gómez y Serena (2012) sostiene que la droga en si no existiría, y que sería el individuo quien establecería cierto tipo de relación y patrón de uso con alguna sustancia que se convertiría en objeto de una adicción. El autor enfoca la problemática desde esta imposibilidad por parte del sujeto de poder dejar de consumir, el vínculo patológico que el mismo entabla con la droga.

De Guiñazú (2010) argumenta que lo que preocupa en la actualidad no es sólo como se ha masificado y extendido la problemática de las drogas, sino la baja en la edad en que una persona inicia su consumo y los efectos destructivos que acarrea el consumo de sustancias.

Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2010) señala que en la actualidad el hombre sigue utilizando las mismas sustancias que antes, pero con sus derivados químicos o industriales. En cuanto a sustancias resalta las más importantes como la cocaína, la heroína y las drogas de diseño. Pero en cuanto a adicciones comportamentales, es decir, adicciones sin sustancias, menciona la adicción a internet, teléfonos celulares, juegos de azar, sexo, compras, etcétera, todas ellas como resultado de los cambios tecnológicos que ha sufrido nuestra sociedad.

De Guiñazú (2010) subraya que la drogadicción afecta no sólo a quien consume sino a su entorno próximo, ya que termina siendo el entorno mismo del sujeto el que recibe los impactos de los efectos que la droga produce.

Musacchio de Zan y Ortiz Frágola (1992) sugiere que aún en países desarrollados las drogas constituyen un gravísimo problema y que no hay comunidad que no se haya visto afectada por el flagelo de la droga. Es por este motivo que la autora considera que el estudio de la temática resulta hoy por hoy indispensable.

Capítulo 2: Conceptos básicos en adicciones

Existen tres conceptos claves a la hora de hablar de adicciones: uso, abuso y dependencia. Se entiende por uso cuando el consumo no produce en el sujeto algún tipo de malestar o consecuencia negativa o al menos la misma no es advertida por el sujeto. Además, cuando se habla de uso, lo más habitual es que el consumo sea de tipo esporádico. En cuanto al abuso de sustancias, el consumo es continuado a pesar de ya haber empezado a advertir consecuencias negativas para quien consume. La dependencia, por último, implica haber hecho un uso excesivo, con presencia de consecuencias significativamente negativas, por un largo periodo de tiempo. (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2010).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV establece una serie de criterios tanto para el diagnóstico de dependencia de sustancias, como para otros desordenes asociados al consumo, a saber: abuso de sustancias, intoxicación, síndrome de abstinencia y psicosis inducida por el uso de sustancias. (American Psychiatric Association, 1995).

En cuando al diagnóstico de dependencia de sustancias, el manual sostiene que la dependencia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de determinada sustancia que acarrea un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por lo menos en tres ítems de los siete pautados en algún momento dentro de un periodo de 12 meses.

Dentro de los ítems encontramos que debe encontrarse: 1) tolerancia: cuando se necesite de cantidades cada vez mayores de la sustancia para lograr el efecto deseado o la intoxicación o el efecto de las mismas cantidades disminuya con su consumo continuado. 2) abstinencia: síndrome característico según la sustancia o la toma de la misma sustancia para aliviar o evitar síntomas de abstinencia. 3) la sustancia se toma en cantidades mayores y por un periodo más largo del que se pretendía al inicio. 4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo. 5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas a la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia. 6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, y por último, 7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas físicos o psicológicos que el consumo trae aparejados. (American Psychiatric Association, 1995).

A su vez, se determinará si la dependencia es fisiológica si se cumple alguno de los ítems 1 y 2, y sin dependencia fisiológica cuando no se cumplan ninguno de los ítems mencionados. (American Psychiatric Association, 1995).

Sin embargo, al igual que varios autores, Gómez y Serena (2012) al hablar de dependencia distingue dos tipos. Por un lado, se encuentra la dependencia fisiológica, la cual es definida como un estado adaptación que se expresa a través de la aparición de trastornos físicos de gran intensidad cuando la administración de la droga es interrumpida. Este tipo de dependencia consta de dos fenómenos: la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Por el otro lado, el autor denomina dependencia psicología o psíquica como aquel impulso físico o sentimiento de insatisfacción que lleva a una persona a administrarse la droga a fin de evitar algún malestar o en busca de placer.

En cuanto a los criterios para el abuso de sustancias, el DSM-IV indica que debe presentarse un patrón desadaptativo de consumo de determinada sustancia que acarrea un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los cuatro ítems propuestos en algún momento dentro de un periodo de 12 meses y los síntomas no deben cumplir los criterios para la dependencia de sustancias. Los ítems son: 1) consumo recurrente que impide cumplir obligaciones en diferentes ámbitos, 2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso hacerlo, 3) problemas legales repetidos como consecuencia del consumo, y por último, 4) consumo persistente de la sustancia a pesar de tener problemas sociales, interpersonales, continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. (American Psychiatric Association, 1995)

Por otro lado, Gossop (1998) define cuatro elementos característicos de una adicción. En primer lugar, subraya la existencia de un deseo o un sentimiento de compulsión a la hora de llevar a cabo una conducta en particular, sobre todo cuando no sea posible llevar a cabo esa conducta. En segundo lugar, menciona que la capacidad de controlar la conducta se encuentra deteriorada. En tercer lugar, advierte malestar y/o estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer. Por último, el sujeto persiste a pesar de haber percibido que tal conducta le está trayendo graves consecuencias.

Capítulo 3: Clasificación de drogas y sus efectos en el sujeto

En cuanto a la clasificación de drogas, Gómez y Serena (2012) menciona que existen varios criterios con los cuales distinguir una droga de otra. Según su origen se puede discriminar drogas sintéticas de drogas naturales. Si tenemos en cuenta el contexto socio-cultural, es posible distinguir drogas legales de las ilegales, duras o blandas, más o menos peligrosas, etc. También por su acción farmacológica y su estructura química. (Gómez & Serena, 2012).

Sin embargo, las clasificaciones antes mencionadas resultan insuficientes y son de carácter parcial, por lo tanto, y continuando con el autor, subraya la importancia clasificar teniendo en cuenta el efecto de la droga sobre el Sistema Nervioso Central, lo cual permite qué modificaciones provoca tal o cual droga en el comportamiento y los procesos cognoscitivos.

Así, el autor distingue entre drogas que deprimen el Sistema Nervioso Central, drogas que lo estimulan y drogas que lo perturban. En cuanto a las drogas depresoras del SNC, las mismas disminuyen y bloquean funciones, reducen el nivel de activación, producen sedación y relajación, y en cuanto al procesamiento de la información y respuesta de un individuo, el mismo se encuentra enlentecido. Dentro de esta clasificación encontramos el alcohol, los opiáceos y analgésicos narcóticos (heroína, morfina, codeína, metadona, etc.), los sedantes o ansiolíticos (diazepam, alprazolam, clonazepam, etc.), hipnóticos (barbitúricos, no barbitúricos), tranquilizantes mayores o anti-psicóticos (Levomepromacina, clozapina, haloperidol, etc.).

Por otro lado, las drogas estimulantes del SNC activan o estimulan diferentes funciones del mismo, pueden modificar y/o aumentar el estado de alerta, producir en el individuo la sensación subjetiva de poseer un mayor rendimiento tanto mental como físico y disminuir la fatiga y reducir el hambre. Los estimulantes pueden dividirse en: estimulantes mayores (la cocaína es sus diversas formas), anfetaminas (metanfetaminas, dextroanfetamina, etc.), y estimulantes menores (nicotina, cafeína, xantinas, etc.).

Por último, encontramos las drogas perturbadoras del SNC, las cuales producen modificaciones en la actividad mental provocando distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones, con una intensidad variable. Subjetivamente, pueden brindar sensación de bienestar, euforia y relajación. Además, tienen la propiedad de dificultar la atención, concentración y memoria, junto con una marcada disminución en lo que se refiere a la motricidad. Aquí encontramos: alucinógenos (LSD, serotoninérgicos, mescalina, etc),

agentes anticolinérgicos alcaloides de la belladona (atropina, etc.), anestésicos disociativos (fenciclidina, ketamina), derivados del cannabis (marihuana, hachís, aceite de hachís), drogas de síntesis (éxtasis, MDA, MDEA, etc.) y, por último, los inhalantes (solventes volátiles, gases propelentes en aerosol, anestésicos generales, etc.).

Capítulo 4: Vulnerabilidad, factores de riesgo y factores de protección

Musacchio de Zan y Ortiz Frágola (1992) expone que son muchos los factores que harán que un consumidor se vuelva adicto, a saber: la familia de origen, la existencia de alguna patología previa, los ideales que sostenga la persona, su vulnerabilidad psicofísica y la calidad y cantidad de estímulos a los cuales se encuentre expuestos.

Según la autora antes citada, existe una serie de pasos a seguir por una persona antes de que su consumo se instale como adicción y se refiere a la frecuencia y/o finalidad con la cual se consume. Entre ellos la autora menciona el consumo por curiosidad y en pequeñas dosis, el consumo esporádico por la presión grupal o ambiental, el consumo espaciado y el consumo inhabitual.

Becoña Iglesias y Cortés Tomás. (2010) por su parte, sostiene que el paso de uso a la dependencia no se produce de manera inmediata, sino que se despliega un proceso complejo que consta de diversas etapas a saber: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de experimentación e inicio al consumo, 4) fase de consolidación, 5) abandono o mantenimiento, y, por último, 6) una posible fase de recaída.

La fase previa o de predisposición se encuentra directamente relacionada a factores tanto biológicos, como psicológicos y socioculturales. La fase de conocimiento se relaciona con la disposición que haya en el entorno próximo del sujeto de tal o cual sustancia. La etapa anterior puede dar lugar a la fase de experimentación e inicio del consumo o puede ser que el sujeto no vuelva a consumir. Si se consolida el consumo, esta fase se caracteriza por ser el periodo donde se pasa del uso al abuso y dependencia, como así también puede darse un aumento en el consumo o la experimentación con nuevas y más peligrosas drogas. Se puede considerar que la adicción ya se encuentra consolidada cuando la dependencia es sostenida en el tiempo. El abandono o mantenimiento implicara la toma de conciencia por parte del sujeto de las consecuencias negativas por sobre las positivas en lo que al consumo se refiere. Por último, la fase de recaída es esperable y habitual en el proceso de abandono de sustancias, y puede suceder incluso varios años después del último consumo (Becoñ Iglesias & Cortés Tomás, 2010).

Resulta fundamental conocer que variables son aquellas que pueden influir a que se aumente o se disminuya la probabilidad de consumo en el individuo. Dichas variables

se pueden dividir en factores de riesgos o factores de protección. Los factores de riesgo aumentarían la probabilidad de consumo, mientras que los factores de protección la disminuirían. (Becoña Iglesias & Córtes Tomás, 2010).

Clayton (1992) amplía al denomina al factor de riesgo como el atributo o característica personal, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de consumo, sea para su uso, abuso o mantenimiento del mismo. En cuanto al factor de protección el autor la denomina como el atributo o característica personal, condición situacional y/o contexto que atenúa, reduce o inhibe el uso, abuso u implicación en cuanto al consumo de sustancia.

Becoña Iglesias & Córtes Tomás (2010) expone aquellos factores de riesgo y protección que son considerados en la literatura científica como aquellos que han demostrado ser relevantes a la hora de hablar de adicciones. Para tal fin el autor describe dichos factores según el ámbito en el cual se desarrollen, a saber: ámbito familiar, ámbito comunitario, grupo de pares, escolar e individual.

En cuanto a factores de riesgo dentro del ámbito familiar se encuentra: consumo por parte de los padres, supervisión y disciplina familiar baja, conflicto familiar, historia familiar de conducta anti-social, actitud parental favorable tanto hacia la conducta antisocial como hacia el abuso de sustancias, expectativas bajas para los niños o para el éxito y abuso físico. En cuanto a los factores de protección: apego familiar, oportunidades para la implicación familiar, creencias saludables y estándares claro de conducta, expectativas parentales altas, sentido de confianza y una dinámica familiar positiva. (Becoña Iglesias & Córtes Tomás, 2010)

En el ámbito comunitario es posible registrar como factores de riesgo: deprivación tanto económica como social, desorganización comunitaria, cambios y movilidad de lugar, normas, creencias y leyes de la comunidad que favorecen el consumo de sustancias, tanto la disponibilidad como accesibilidad a las drogas, y percepción social baja del riesgo que representa cada sustancia en particular. Por otro lado, los factores de protección que puede aportar una comunidad son: un sistema de apoyo externo positivo, oportunidades para participar en la comunidad de manera activa, descenso de la accesibilidad a las drogas, normas culturales que proporcionan altas expectativa a los jóvenes y sistemas y redes sociales de apoyo dentro de la comunidad misma. (Becoña Iglesias & Córtes Tomás, 2010).

Capítulo 5: La familia y las adicciones

La familia es el primer agente socializador del sujeto. Es en el seno de la misma donde el sujeto podrá crecer y desarrollar tanto su personalidad como sus valores, a través de las experiencias vividas dentro de cada familia. Es por este motivo que, en adicciones, el grupo familiar es ampliamente estudiado. (Becoña Iglesias & Córtes Tomás, 2010).

Existe un fenómeno que suele darse en el contexto de la familia y es el fenómeno de la co-dependencia. Pérez Gómez y Delgado Delgado (2003) definen al concepto de co-dependencia como aquel vínculo que presenta subordinación. Los autores, siguiendo a Peele (1990), sostienen que se han considerado al abuso de sustancias y a la co-dependencia como enfermedades con el fin de desculpabilizar, por un lado, al consumidor, y por el otro, los efectos negativos de los actos que llevan a cabo los co-dependientes.

En cuanto a los comportamientos característicos que presentan los co-dependientes, los autores citan aquellos que son mencionados con mayor frecuencia en la literatura. Entre ellos, se observa un locus de control externo, es decir que, la conducta del co-dependiente carece de decisión propia, ya que la misma se encuentra determinada por su ambiente próximo.

Por otro lado, estas personas presentan un inadecuado manejo de sentimientos, en tanto el co-dependiente se siente merecedor del maltrato y agresión del consumidor, el sentimiento de culpa los lleva a proteger y disculpar al adicto contantemente.

Generalmente estas personas tienen baja autoestima. El autoconcepto que poseen de ellos mismos depende cómo sean mirados por el adicto y/o el entorno. Temer ser rechazados, abandonados y el no poder complacer a los demás los hace percibir en ellos mismos algún tipo de falla o carencia personal.

En cuanto a su actuar, se pueden observar comportamientos de tipo impulsivo en cuanto a que las personas co-dependientes buscan mitigar y/o eliminar su angustia intentando controlar tanto a las personas como a las situaciones que acontecen a su alrededor. El no hacerlo les provocaría un sentimiento de culpa, por lo cual el control se ejerce compulsivamente.

Existe además una dificultad para fijar límites en las relaciones y se observan problemas con las relaciones interpersonales en general. En este punto, el co-dependiente siente culpa y ansiedad ante los defectos de los otros y pueden llegar hasta

percibirlos como propios a dichos defectos. Consideran que el poner límites implicaría algún tipo de traición hacia el adicto.

Por último, los autores refieren que en personas co-dependientes es común observar estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión. Físicamente, estas personas suelen experimentar agotamiento, síntomas depresivos, ansiedad y secuelas físicas debidas a la exposición a altos niveles de estrés.

Programa Cambio utiliza el término “Puntos de apoyo” para designar a aquellos familiares o vínculos cercanos del paciente que presentan las características antes descritas.

Capítulo 6: El Dispositivo Taller

Se denomina taller a aquel sistema de enseñanza-aprendizaje y es en sí mismo un lugar donde trabajar, elaborar y transformar algo a fin de ser utilizado. Pedagógicamente hablando, el dispositivo taller es una modalidad para enseñar y aprender mediante la producción de un algo que se llevara a cabo de manera conjunta por todos los integrantes que participen del mismo. Esta modalidad implica un aprender haciendo, un aprender mediante el descubrimiento, que se lleva a cabo de manera grupal. (Ander Egg, 2007).

Ander Egg (2007) describe aquellos supuestos y principios que sustentan al dispositivo taller en lo que a modelo de enseñanza-aprendizaje:

- ❖ Implica un aprender haciendo
- ❖ Su metodología es de tipo participativa
- ❖ Utiliza la pedagogía de la pregunta, en contraposición a la pedagogía de la respuesta
- ❖ Implica un entrenamiento que tiende a la interdisciplina y al enfoque sistémico
- ❖ A través de la realización de una tarea en común es que queda establecida la relación docente-alumno
- ❖ Su práctica es de carácter globalizante e integrador
- ❖ Su funcionamiento implica y exige un trabajo grupal y la implementación de técnicas que sean adecuadas
- ❖ Es un proceso que implica la integración de tres instancias: la docencia, la investigación y la práctica.

Por otro lado, los autores Bulacio, Vieyra, Alvarez, y Benatuil (2004) al hablar de psicoeducación, la definen como aquel proceso que pretende brindar a las personas la oportunidad tanto de desarrollar como fortalecer diversas habilidades y/o capacidades a fin de que los mismos logren afrontar diferentes situaciones de la manera más adaptativa posible.

Siguiendo con los autores previamente citados, la psicoeducación, en cuanto a herramienta, puede ser implementada en personas con alguna afección clínica

psicopatológica o a personas en general y además, es posible de aplicar en diferentes ámbitos, a saber: individual, familiar, vincular, grupal, entre otros.

Relevamiento Institucional

Reseña de la Institución

Programa Cambio es una Organización Civil privada dedicada a la Prevención, Asistencia, Rehabilitación, Capacitación e Investigación de consumo problemático de sustancias. Dicha Institución cuenta con un vasto equipo interdisciplinario de profesionales, a saber: Psicólogos, Psiquiatras, Operadores Terapéuticos, Trabajadores Sociales, Docentes y Practicantes. Los mismos se encuentran insertos en las diversas áreas que posee el Programa, como lo son el área de Capacitación, Prevención, Investigación y cada uno de los Dispositivos de Tratamiento con los que cuenta el Programa en el área de Asistencia.

Dentro del área de Asistencia, el Programa consta actualmente de tres propuestas terapéuticas, las cuales son: el Dispositivo Ambulatorio para Adultos, el Dispositivo Ambulatorio para Adolescentes y el Dispositivo Casa de Día. En cada uno de ellos los profesionales dedican todos sus esfuerzos a problematizar el consumo y proveer herramientas a partir de los diversos enfoques desde donde cada profesional ejerce su profesión.

El Dispositivo “Casa de Día” es una comunidad terapéutica de media jornada a la cual los pacientes asisten de lunes a viernes de 08:00hs hasta las 12:00hs. La propuesta terapéutica de dicho Dispositivo es la de ofrecer al paciente mayor contención cuando otras alternativas, como lo pueden ser Dispositivos Ambulatorios o Tratamientos individuales, han fallado. Casa de Día ofrece a cada uno de sus pacientes un espacio en donde pueda llevar a cabo un proceso socio-terapéutico-educativo integral compuesto por etapas, las cuales poseen ciertas características y objetivos específicos dentro de cada una de ellas:

- FASE A - “Adaptación” (Etapa Inicial): Integración a los grupos de autoayuda de pares coordinados por profesionales para la problematización del consumo de sustancias/ incorporación de normas básicas para el tratamiento y la convivencia/ logro de abstinencia (total, incluido el alcohol)/ exámenes médicos y estudios complementarios/ evaluación psiquiátrica/ talleres educativos/ grupos terapéuticos de

grupos de apoyo y de padres/ reuniones multifamiliares/ entrevistas familiares/ coloquios (instancias individuales) a cargo de los terapeutas.

- FASE B - “TRATAMIENTO” (Etapa Intermedia): grupos terapéuticos/ profundización de la conflictiva individual (historia vital-consumo de sustancias)/ sostenimiento de abstinencia/ fortalecimiento del funcionamiento familiar, vínculos y comunicación/ reconocimiento de factores predisponentes para la recaída/ ampliación de la red social control médico periódico/ seguimiento psiquiátrico/ talleres educativos grupos terapéuticos de puntos de apoyo y de padres/ reuniones multifamiliares/ entrevistas familiares/ coloquios (instancias individuales) a cargo de los terapeutas. Delineamiento de un proyecto vital/ deshabitualización progresiva de la estructura del tratamiento

- FASE C – “AMBULATORIO” (Etapa Final): grupos terapéuticos destinados a la reinserción en la sociedad/ desvinculación total de la estructura de tratamiento/ sostenimiento de la abstinencia/ coloquios semanales a cargo de los terapeutas/ motivación para continuar con un proceso terapéutico individual/ grupos de puntos de apoyo/ control médico periódico/ seguimiento psiquiátrico/ entrevistas familiares.

Devenir histórico

Asociación Civil Programa Cambio surge en 1989 cuando el Licenciado en Psicología Juan Carlos Mansilla se encuentra con Carlos Iglesias, quien por entonces era un Operador Terapéutico que había llevado a cabo su tratamiento de rehabilitación en Proyecto Andrés, en Buenos Aires.

Por ese entonces, Juan Carlos Mansilla se preguntaba de qué manera era posible trabajar en adicciones en Córdoba, lo que lo lleva tanto a investigar como a capacitarse para tal fin. A demás, a través del encuentro con Carlos Iglesias, comienza a interesarse por el rol del Operador Terapéutico como referente positivo para la rehabilitación de los pacientes adictos.

Al principio fue una Iglesia Evangélica, en la cual Mansilla se desempeñaba como pastor, la que hace las veces de sede y es allí donde el Programa Cambio tiene sus primeras reuniones y en donde se comienza a gestar y tramitar esta ONG.

El Programa fue cambiando, tanto de espacio físico como de paradigmas. Con el paso del tiempo, se pasó de la Iglesia a una casa localizada en la Cumbre en donde se asienta la primera Comunidad Terapéutica. Luego se mudan a Barrio Juniors, donde se abre una Comunidad de Día, en donde pacientes que eran externados de la Comunidad Terapéutica, continuaban su tratamiento en dicho dispositivo, sólo que ya no vivían allí.

Años más tarde, y como consecuencia de la Ley de Salud Mental y un cambio de paradigma a nivel institucional, Juan Carlos Mansilla decide cerrar la Comunidad Terapéutica y enfocarse en Dispositivos Ambulatorios.

El Programa sigue mudándose hasta llegar en el 2006 a la casa donde actualmente funciona. La misma de adquiere gracias tanto a donaciones de particulares como al Gobierno de España, SEDRONAR y la Presidencia de la Nación.

Filosofía de Programa Cambio

“Estamos aquí, porque no hay ningún refugio,
donde escondernos de nosotros mismos,
hasta que una persona no se confronta a los ojos
y el corazón de los demás, escapa.

Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos,
no se liberara de ellos.

Temeroso, de ser conocido,

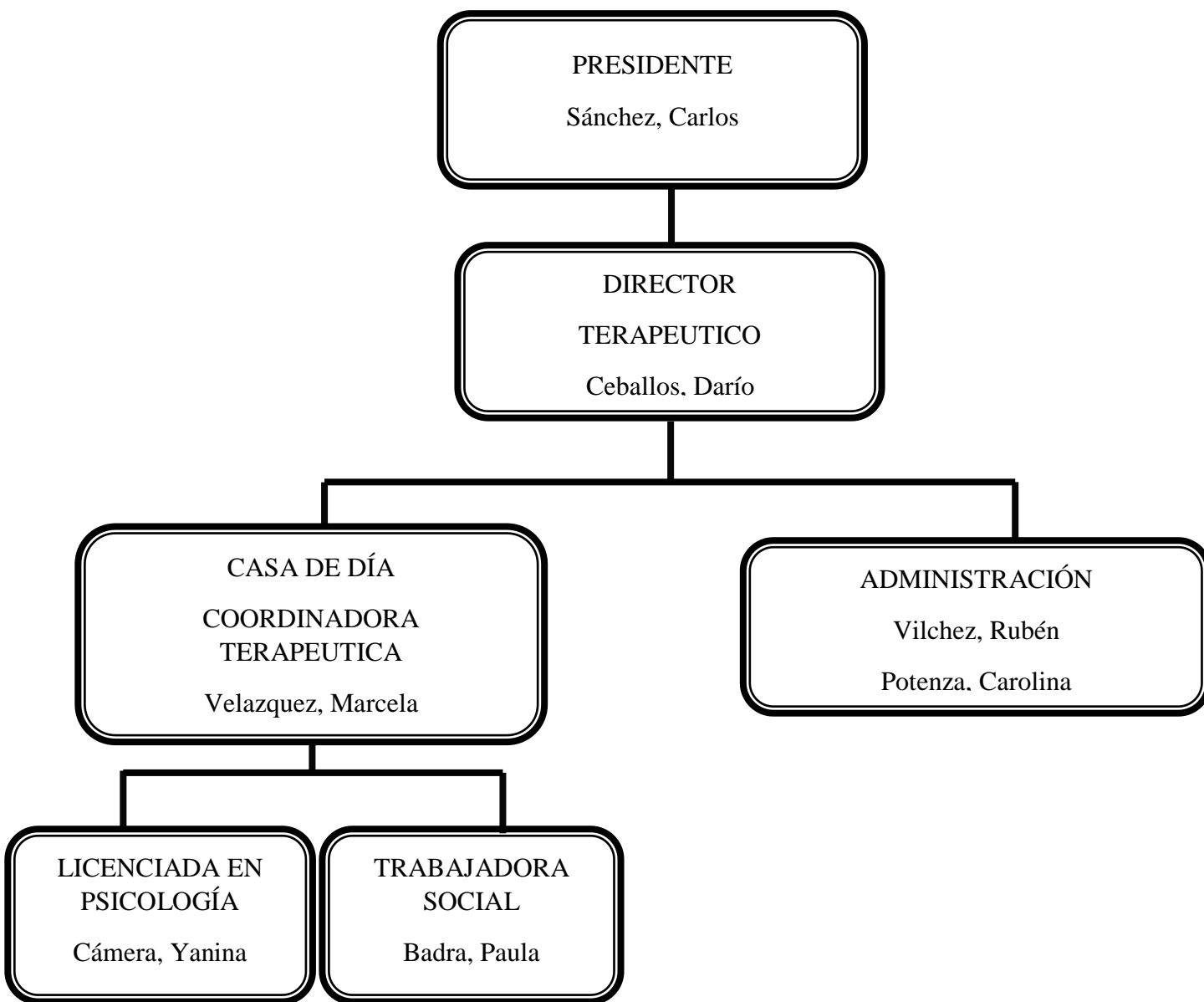
No podrá conocerse a sí mismo, ni a ningún otro, estará siempre solo
¿Dónde podríamos conocernos mejor, sino en nuestros puntos comunes?

Aquí juntos.

Una persona puede manifestarse claramente,
no como el gigante de sus sueños
ni como el enano de sus miedos,
sino como el hombre, parte de un todo,
con un mismo propósito para dar.

Sobre esta base podemos enraizarnos y crecer,
ya no más solos, como en la muerte,
sino vivos para nosotros mismos,
y para los demás”

Organigrama



Metodología

Para la realización de este trabajo final de grado se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo.

Según los autores Sampieri, Callado, y Lucio (2006), un estudio cualitativo es aquel en el cual el investigador, a la hora de recabar datos, explora y describe aquel fenómeno sobre el cual desea investigar y lo contextualiza para tal fin. Tiene en cuenta la subjetividad de los participantes tal como es desplegada por los mismos en el contexto en el cual se investiga. Este tipo de estudio permite hacer una lectura interpretativa de mayor profundidad de los datos recabados.

Por otro lado, siguiendo a los citados autores, un estudio de alcance exploratorio brinda al investigador la posibilidad de estudiar un fenómeno del cual poco se sabe o que se quisiera investigar desde una perspectiva que hasta el momento no haya sido tenida en cuenta, es decir que, permite un primer acercamiento a dicho fenómeno.

Por último, aquellos estudios denominados descriptivos, tienen la finalidad de describir, rasgos, características, propiedades, etcétera, sobre el fenómeno, personas, contextos, eventos o situaciones de interés para el investigador.

Procedimiento

Para un primer acercamiento a la Institución se asistió a la misma en una franja temporal de una semana, durante 4 horas cada día, con el objetivo de poder llevar a cabo observaciones no participantes en los diferentes contextos posibles de Casa de Día.

En el transcurso de esa semana se observó la dinámica tanto de los profesionales como de los pacientes, como así también las diversas actividades que tienen programadas para cada uno de los días de la semana.

Además, se pautaron dos encuentros más con el fin de realizar entrevistas semi-dirigidas a dos de las profesionales del equipo. En primera instancia la misma se llevó a cabo con la Licenciada en Psicología Camera, Yanina, y en segunda instancia, con la Operadora Terapéutica y coordinadora del equipo, Velázquez, Marcela.

Instrumentos

➤ **Entrevistas Semi-estructurada:**

Sampieri, Callado, y Lucio (2006) denominan así a aquellas entrevistas en las cuales el investigador plantea a priori una serie de preguntas. Dichas preguntas tienen como finalidad hacer las veces de guía al investigador, ya que en el transcurso de la entrevista el investigador tiene la libertad de agregar nuevas o cambiar otras a fin de recolectar los datos deseados.

➤ **Observación Participante**

Según León y Montero (2003) esta modalidad de observación implica cierto grado de intervención por parte del investigador en el contexto sobre el cual lleva a cabo su estudio, es decir, que forma parte de aquello que observa y esta experiencia le permite recabar datos que de otra manera no podría obtener.

Muestreo

Según Sampieri, Callado, y Lucio (2006) se denomina población al conjunto de casos que reúnan ciertas características específicas, las cuales permiten que el investigador pueda, a partir de delimitar dicha población, extraer una muestra representativa de la misma para poder llevar a cabo su estudio.

Siguiendo con los mencionados autores, una muestra es aquel subgrupo de una determinada población de interés. La misma deberá ser representativa de la población seleccionada para que la investigación tenga validez.

Para la realización del presente trabajo se llevó a cabo un tipo de muestro probabilístico a propósito. Vieytes (2004) denomina a los muestreos probabilísticos como aquellos en los cuales cualquier elemento de una determinada población tiene las mismas posibilidades de pertenecer a la muestra. Por otro lado, y siguiendo a la autora, los muestreos a propósitos son aquellos en los cuales el investigador selecciona aquellos sujetos que considere clave o típicos para su muestra, según la finalidad que persiga su investigación.

Para la recolección de datos participaron dos profesionales del equipo psicoterapéutico, una psicóloga y una operadora terapéutica, a las cuales se les realizó

una entrevista a cada una. En cuanto a la observación participante, fueron tomados en consideración tanto los diez pacientes de “Casa de Día” como los familiares que asistieron a la institución en la semana en la cual se llevó a cabo la recolección de datos y al equipo psicoterapéutico.

Consideraciones Éticas

Al momento de llevar a cabo la recopilación de datos en la Institución se hizo entrega de un consentimiento informado a la Psicóloga del equipo en el cual se dejaba asentado el carácter de confidencialidad de los datos a recabar y anonimato de los participantes.

A demás se le consultó a las entrevistadas si prestaban su consentimiento para grabar las entrevistas y se les recordó que los datos que se aportaran serian voluntarios y confidenciales.

Síntesis de los datos recolectados

➤ **Entrevista a la Operadora Terapéutica**

Entrevistando a la Coordinadora de “Casa de Día” se pudo recabar información sobre los orígenes del Programa y como progresivamente la Institución fue constituyéndose hasta llegar a ser lo que es en la actualidad. Se puede apreciar como el Programa ha ido mutando no sólo a través de cambios socio-económicos, sino también a través de cambios de paradigmas y formas de ver a la sociedad, las adicciones y a la persona que consume.

Al indagar sobre con qué otras problemáticas se enfrentan los profesionales en su quehacer diario, se pudo constatar que la mayoría de las veces el consumo es secundario a diversos factores sociales, económicos, de violencia, etc.

A demás, fue posible tener conocimiento sobre el trabajo que se lleva a cabo con el contexto próximo del paciente, la mayoría de las veces el mismo consta de la familia de los pacientes, pero otras veces puede ser algún amigo que pueda ser un punto de apoyo para el paciente en el transcurso de su tratamiento.

Siguiendo con el trabajo que se lleva a cabo con las familias, se sugiere que es muy parecido al que se lleva a cabo con el paciente, sólo que se tiene en consideración que no hay consumo por parte de las mismas. Desde el equipo, se trabaja con las familias desde un enfoque sistémico y se los ayuda a verse como co-dependientes

respecto de la persona que consume. A su vez, se trabajar arduamente para evitar recaídas, ya que la entrevistada sugiere que cuando la persona que consume comienza a organizarse y acomodarse, las recaídas estarían relacionadas a situaciones desencadenadas por las familias al no tener más un “enfermo” en la familia.

➤ **Entrevista a la Psicóloga**

Al entrevistar a la Psicóloga del equipo, se pudo recabar información complementaria en cuanto al devenir de la institución, la organización de la misma en cuanto al organigrama institucional y de qué manera se divide las tareas para funcionar como un equipo.

Indagando sobre qué otras problemáticas, además de la del consumo, puede registrar, la Licenciada sostiene que las adicciones serían consecuencia de otros tipos de problemas, a saber: problemas en el vínculo, problemas económicos, problemas de salud.

Se pudo tener mayor conocimiento sobre qué se trabaja con los puntos de apoyo, es decir, con los familiares o referentes saludables de los pacientes. La entrevistada menciona:

- ✓ Contener a la familia
- ✓ Que dispongan de un espacio para elaborar aquello que les acontece
- ✓ Brindar herramientas para acompañar a las familias durante el proceso de tratamiento
- ✓ Darles seguridad de que están haciendo las cosas bien
- ✓ Que puedan llevarse lo trabajado a sus hogares

Por otro lado, la Licenciada resalta que el rol de punto de apoyo no es sencillo y que registra dificultad por parte de los mismos para ejercer ese rol, lo que implicaría una falta de compromiso y la asistencia a este espacio sólo cuando se sienten colapsados por alguna situación particular.

➤ **Observación Participante**

A través de la observación se pudo observar en el transcurso de una semana cómo funciona el dispositivo “Casa de Día”, qué actividades realizan los pacientes y cómo trabaja el equipo terapéutico día a día.

Trabajo Final de Graduación

El horario de ingreso es a las 08:00hs y existe una tolerancia hasta las 09:00hs. Una vez cumplido ese horario no se permite el ingreso de los pacientes a la Institución. Todas las mañanas los pacientes desayunan y comparten la mañana junto al equipo. Una vez finalizado el desayuno se realiza una Asamblea. La misma consiste en poder dar un encuadre a ciertos temas que se deban tratar, como puede ser qué está sucediendo con algún compañero en particular, situaciones que se estén dando en la casa o simplemente organizarse para llevar a cabo las actividades del día.

El Dispositivo cuenta con diferentes talleres y actividades que se realizan de lunes a viernes en los diferentes días de semana y que tienen fines específicos.

Los días lunes y jueves los pacientes tienen grupo terapéutico. Es allí cuando el grupo de pacientes que asiste se divide en dos, los que se encuentran en la “Fase A” tiene grupo con la Operadora Terapéutica del Programa y los que están en “Fase B” tiene grupo con la Psicóloga. Actualmente no hay pacientes en “Fase C” ya que recientemente los pacientes que se encontraban en esa Fase han sido dados de alta institucional. A su vez los pacientes tienen la opción de solicitar un Coloquio Individual para tratar cualquier tema que por alguna razón no quieran compartir con el grupo o que decidan mantenerla en una instancia más privada. Sin embargo, el equipo terapéutico puede, a su vez, requerir algún Coloquio Individual cuando adviertan alguna situación particular con algún paciente.

Por otro lado, los días lunes se lleva a cabo lo que se denomina “Área”, que consiste en que los pacientes se dividan y organicen para limpiar los espacios que utilizan del Programa.

Los días martes y miércoles los pacientes tienen un día Taller Deportivo o Taller Psico-Socio-Educativo, dependiendo la semana. En el Taller Deportivo los pacientes practican futbol, básquet o pelota paleta en diferentes lugares con los que el Programa tiene convenio. En cuanto a los Talleres Psico-Socio-Educativos, los mismos varían la temática según la demanda que el equipo advierta o según alguna necesidad que los pacientes hagan explícita sobre qué herramientas o conocimientos identifican que les puede llegar a ser útil para su tratamiento.

Por último, los días viernes los pacientes llevan a cabo un Taller de Producción donde, por lo general, llevan a cabo la elaboración de diferentes comidas para vender. El fin que persigue dicho taller es el de recaudar dinero no sólo para “Casa de Día” y las compras que sean necesarias hacer para convivir de lunes a viernes allí, sino también para llevar a cabo el proyecto “La Salida”, el cual consiste en que los pacientes puedan

autoorganizarse y autogestionarse para llevar a cabo la planificación de un viaje que tenga un sentido terapéutico para todos ellos.

A demás existe un espacio de grupo terapéutico para los familiares, parejas o referentes saludables para el paciente, el cual se llama Grupo de Puntos de Apoyo y se llevan a cabo los días lunes cada 15 días.

Sin importar la cantidad de pacientes que haya, existen tres roles específicos a ejercer por parte de los pacientes y que se van rotando con el tiempo. Por un lado, está el rol de Administrador que se encarga que gestionar las compras y la alacena. Por otro lado, está el rol de Referente de Área, el cual tiene la función de distribuir tareas a la hora de limpiar la casa, y por último, está el Supervisor, quien es el encargado de verificar que los demás roles se cumplan correctamente.

Análisis F.O.D.A.

A continuación, se llevará a cabo un análisis F.O.D.A. (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) a partir de los datos previamente recabados en la Institución.

Según Talancón (2007), el mencionado análisis es una herramienta sencilla que permite llevar a cabo una evaluación de diversos factores dentro de una organización. Tiene como finalidad tener una perspectiva general sobre la organización o situación sobre la cual se quiere intervenir.

Siguiendo al autor, son consideradas fortalezas de una organización aquellas funciones, recursos, habilidades, capacidades y competencias que se desarrollan de manera correcta, mientras que las debilidades apuntan a aquellos factores que vulneran a la organización y/o aquellas actividades que realice la misma de manera deficiente.

En cuanto a las oportunidades y amenazas, el autor describe a las primeras como aquellos elementos que podrían llegar a potenciar a la organización, provocando un crecimiento de la misma. A las segundas, las define como la contra cara de las primeras, es decir, aquellos elementos que tiene el potencial de afectar negativamente a la organización.

A continuación, y en base a los datos recabados, se presenta un cuadro con las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas detectadas en el Programa Cambio.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Enfoque de Inclusión social- Compromiso por parte del equipo de seguir capacitándose- Abordaje Integral	<ul style="list-style-type: none">- La nueva Ley de Salud Mental incluye a las adicciones- Mayor concientización socio-cultural de la importancia del rol del punto de apoyo- Aumento de gestión en políticas públicas sobre la eficacia del abordaje integral en materia de consumo problemático
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">- Problemas financieros- Inadecuada selección de personal- Falta de profesionales- Falta de capacitación- Falta de compromiso de los Puntos de Apoyo	<ul style="list-style-type: none">- Pérdida de Becas debido a cambios en Políticas Públicas- Pérdida de pacientes debido a la situación económica del país

Fundamento de la Demanda

A través de los datos recabados se pudieron detectar una serie de oportunidades y debilidades, las cuales son posibles de abordar desde la Psicología para trabajar sobre ellas.

En cuanto a las debilidades de Programa Cambio se pudo registrar una falta de compromiso por parte de los Puntos de Apoyo, tanto en la asistencia al espacio como al uso apropiado del mismo.

Por tal motivo, la propuesta para el presente Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) consiste en que se lleven a cabo una serie de talleres psicoeducativos para los Puntos de Apoyo.

El objetivo de los talleres radica no sólo en que puedan apropiarse del espacio, sino también aprender qué es ser un “Punto de Apoyo” y de qué manera es conveniente acompañar a una persona que está transitando un tratamiento por consumo de drogas.

Se considera que tales talleres serian pertinentes y beneficiosos ya que ambas entrevistadas registraron esta debilidad y remarcaron los efectos negativos que tiene sobre los pacientes cuando los Puntos de Apoyo no los acompañan en su tratamiento de manera adecuada.

Proyecto de Aplicación Profesional

A partir del análisis realizado en la institución “Asociación Civil Programa Cambio”, fue posible advertir la necesidad de concientizar sobre la importancia del rol de “Puntos de Apoyo” y fortalecer el compromiso por parte de familiares y/o amigos de personas con consumo problemático que se encuentran actualmente en tratamiento, tras lo cual la intervención estará destinada a aquellos familiares y/o amigos que decidan acompañar al paciente en su tratamiento.

En base a ello, se pretende que, a través de talleres psicoeducativos, los cuales constarán de diversas actividades asociadas a la problemática, se logre satisfacer las necesidades antes descritas. Se espera que en el transcurso de los talleres los Puntos de Apoyo vayan adquiriendo en cada encuentro herramientas y conocimientos que les resulten beneficiosos a la hora de ejercer su rol que tan importante y necesario es para sus familiares/amigos.

Los talleres se dictarán para un mínimo de cinco participantes y un máximo de diez, a fin de no sólo lograr hacer un buen uso del espacio sino también para llevar a cabo eficientemente las actividades planteadas. Los talleres se desarrollarán en el espacio que antes se utilizaban para los grupos de Puntos de Apoyo. Dicho espacio cuenta con sillas, una mesa grande y un proyector. Para determinadas actividades las sillas estarán ubicadas en círculos, en otras ocasiones se hará uso de las sillas y en otra instancia se utilizará en proyector.

El profesional tendrá momentos donde será más directivo, cuando se trate de transmitir algún conocimiento específico que resulte elemental que los participantes se apropien, y en otros momentos adquirirá un rol de facilitador para dejar a los participantes tomen un rol más activo.

La propuesta de intervención está pensada para llevarse a cabo en seis encuentros cada quince días de 90 minutos de duración cada uno aproximadamente.

Resumen del Proyecto de Aplicación Profesional

- Nombre del proyecto de intervención: Importancia del rol de Punto de Apoyo para pacientes en tratamiento por consumo problemático: *Taller psicoeducativo para el grupo de “Puntos de Apoyo” del dispositivo Casa de día de Programa Cambio.*
- Frecuencia: Cada quince días
- Carga horaria: 90 minutos por encuentro aproximadamente
- Horarios: de 12:00hs a 13:30hs
- Cantidad de encuentros: seis encuentros distribuidos en tres módulos
- Temáticas para abordar por módulo:
 - ❖ Módulo I
 - Presentación
 - Implicancias sobre qué significa ser un punto de apoyo.
 - ❖ Módulo II
 - Potenciar hábitos saludables
 - ❖ Módulo III
 - Promover el compromiso hacia el acompañamiento a sus familiares/amigos y al tratamiento en sí mismo
 - Cierre
- Objetivo general:
 - ❖ Concientizar sobre la importancia del rol de “Puntos de Apoyo” en familiares y amigos de pacientes con consumo problemático de sustancias.
- Objetivos específicos:
 - ❖ Promover el compromiso de los Puntos de Apoyo en el acompañamiento del tratamiento de los pacientes
 - ❖ Reflexionar sobre las implicancias de ser un Punto de Apoyo saludable
 - ❖ Potenciar hábitos saludables tanto en ellos como en los pacientes

➤ Recursos materiales para utilizar:

- ❖ Espacio amplio
- ❖ 11 sillas
- ❖ Mesa
- ❖ Proyector
- ❖ 20 hojas blancas
- ❖ 70 fotocopias
- ❖ 15 Lapiceras
- ❖ 2 Afiche
- ❖ Computadora
- ❖ 2 Globo
- ❖ 1 Aro de metal
- ❖ Pizarra
- ❖ 1 Fibrón para pizarra
- ❖ 1 Carretel de hilo
- ❖ 1 Cinta de papel

Cronograma

Fecha de inicio: viernes 02 de octubre del 2019

Fecha de finalización: viernes 11 de octubre 2019

Encuentro N°1: 02/08/2019

Encuentro N°2: 16/08/2019

Encuentro N°3: 30/08/2019

Encuentro N°4: 13/09/2019

Encuentro N°5: 27/09/2019

Encuentro N°6: 11/10/2019

Trabajo Final de Graduación

Diagrama de Gant

MODULO	ENCUENTRO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	AGO	SEP	OCT
1	N° 1	Presentación	15 min			
		El globo	30 min			
		Clase teórica	30 min			
	N° 2	Darse cuenta	30 min			
		Clase teórica	30 min			
		Estrella	30 min			
2	N° 3	Pregunta del milagro	30 min			
		Clase teórica	15 min			
		Ventajas y desventajas	30 min			
	N° 4	Creando límites	45 min			
		Normas de convivencia	45 min			
3	N° 5	Clase teórica	20 min			
		Contrato terapéutico	60 min			
	N° 6	Reafirmar el compromiso	45 min			
		Cierre	45 min			

Plan de Actividades

Módulo I

Encuentro N°1:

Primera Parte

Objetivo: Presentación del proyecto y justificación de la importancia del mismo

Dinámica: El coordinador se presentará ante los participantes, expondrá la propuesta de trabajo y los objetivos del mismo.

Duración: 15 minutos

Materiales: -

Segunda Parte

En este primer momento se llevará a cabo una presentación formal del coordinador como así también del proyecto, con el objetivo de que los participantes comprendan qué los convoca y que se espera de cada encuentro. A demás se invitará a que cada participante se presente al grupo, con la libertad de compartir sólo lo que ellos consideren apropiado contar sobre sí mismos.

Objetivo: Favorecer un clima de apertura para empezar a trabajar

Dinámica: El globo

Una vez presentado el coordinador y el proyecto, el coordinador inflará un globo. Se les pedirá a los participantes que se pongan de pie y formen un círculo. La consigna será: “Soltaré este globo en el medio del círculo, el globo no debe tocar nunca suelo. El primero en agarrarlo deberá presentarse a sí mismo, compartiendo con los demás aquello que quiera contar sobre sí mismo. Mientras lo hace no debe dejar de golpear el globo hacia arriba para que no se caiga. Cuando finalice su presentación debe elegir otro compañero al cual tirarle el globo. Dicho compañero deberá estar atento a recibirlo y seguir manteniéndolo en el aire hasta que termine de presentarse. Se continuará la dinámica hasta que todos los participantes se hayan presentado.

Trabajo Final de Graduación

Duración: Aproximadamente 30 minutos

Materiales: 1 globo

Tercera Parte

En esta instancia se trabajarán los conceptos teóricos de adicción, uso, abuso, dependencia y codependencia.

Organización de la clase:

Concepto a trabajar	Temario
Adicción	El objetivo es lograr que los participantes distingan las diferencias entre estos conceptos
Uso	
Abuso	
Dependencia	
Co-dependencia	

Objetivo: Lograr que los participantes conozcan e internalicen conceptos centrales de la problemática que los convoca.

Dinámica: Lluvia de ideas/Uso de Power Point

En un primer momento se los invitará a los participantes a que digan lo primero que se le venga a la cabeza sobre los conceptos a trabajar. El coordinador dispondrá de un pizarrón en el cual irá anotando las ideas que los participantes compartan sobre el concepto a tratar.

Una vez anotadas todas las ideas, se procederá a hacer una presentación de Power Point para que los conceptos queden fijados.

Duración: 30 minutos

Materiales: Pizarrón, fibrón, computadora y proyector.

Encuentro N°2

Primera Parte

Aquí se les pedirá a los participantes que lean atentamente la poesía “Darse cuenta” y que contesten individualmente unas preguntas. Al finalizar se hará una puesta en común.

Objetivo: Lograr que los participantes puedan identificar sus propios “pozos”.

Dinámica: Se pedirá que algún participante lea la poesía de Jorge Bucay “Darse cuenta”

Darse cuenta

Me levanto una mañana,
salgo de mi casa,
hay un pozo en la vereda,
no lo veo y me caigo en él.

Al día siguiente,
salgo de mi casa,
me olvido de que hay un pozo en la vereda,
y vuelvo a caer en él.

Tercer día: salgo de mi casa
tratando de acordarme
que hay un pozo en la vereda,
sin embargo, no lo recuerdo, y caigo en él.

Cuarto día: salgo de mi casa
tratando de acordarme
del pozo en la vereda,
lo recuerdo, y a pesar de eso,
no lo veo y caigo en él.

Quinto día: salgo de mi casa,
recuerdo que tengo que

Trabajo Final de Graduación

tener presente el pozo en la vereda
y camino mirando al piso, y lo veo
y a pesar de verlo, caigo en él.

Sexto día: salgo de mi casa,
recuerdo el pozo en la vereda,
voy buscándolo con la vista,
lo veo, intento saltarlo, pero caigo en él.

Séptimo día: salgo de mi casa y veo el pozo,
tomo carrera, salto, rozo con las puntas de mis pies
el borde del otro lado, pero no es suficiente
y caigo en él.

Octavo día: salgo de mi casa,
veo el pozo, tomo carrera, salto,
¡llego al otro lado!
Me siento tan orgulloso de haberlo conseguido,
que festejo dando saltos de alegría...
y al hacerlo, caigo otra vez en el pozo.

Noveno día: salgo de mi casa,
veo el pozo, tomo carrera,
lo salto, y sigo mi camino.

Décimo día: me doy cuenta
recién hoy...
¡que es más cómodo caminar por la vereda de enfrente!

Actividad: En base a la lectura conteste:

- 1) ¿Me identifico con el relato? De ser así, ¿en qué sentido?
- 2) ¿Identifico algún pozo/s en relación a la problemática de la convivencia con el adicto?

Trabajo Final de Graduación

Duración: 30 minutos

Materiales: 10 hojas, 10 lapiceras

Segunda Parte

A través de la siguiente exposición se pretende que los participantes conozcan qué factores de riesgo aumentan la probabilidad de consumo y qué factores de protección disminuyen esa probabilidad. A su vez se busca que los participantes puedan empezar a identificar dichos factores en su vida personal.

Organización de la clase:

Concepto a trabajar	Temario
Factores de protección	Generalidades de factores de riesgo y de protección, y como aplicarlos a la vida cotidiana de cada participante
Factores de riesgo	

Objetivo: Reconocer qué factores aumentan o disminuyen la probabilidad del consumo.

Dinámica: Clase teórica

Duración: 30 minutos

Materiales: Computadora, proyector.

Tercera Parte

En este tercer momento se le hará entrega a cada participante una hoja con una estrella en la cual deberán identificar conductas que deberán: dejar de hacer, comenzar a hacer..., hacer mas de..., seguir haciendo..., hacer menos de..., a fin de empezar a registrar y clasificar ciertas conductas según lo trabajado hasta el momento.

Objetivo: Registrar conductas



Dinámica: Estrella

Duración: 30 minutos

Materiales: 10 hojas, 10 lapiceras.

Módulo II

Encuentro N°3

Primera Parte

Objetivo: Reflexionar sobre la problemática actual

Dinámica: Pregunta del milagro

Se le hará entrega de una hoja a cada participante con las siguientes preguntas:

- 1) Si esta noche me acostara a dormir y al levantarme por la mañana la adicción de mi hijo/a hubiese desaparecido...
 - A) ¿Qué cosas cambiarían en la casa?
 - B) ¿Qué cosas mejorarían a partir de este suceso?
 - C) ¿Cómo se me ocurre que actuaría como punto de apoyo?
 - D) ¿Cómo creería que actuarían los demás con quienes convive el adicto?
- 2) Si no ocurriera esta especie de milagro o solución mágica del problema....
 - A) ¿Qué se me ocurre que haría hoy?
 - B) ¿De qué manera acompañaría hoy?
 - C) ¿Qué podrían hacer los demás miembros?

Trabajo Final de Graduación

Duración: Aproximadamente 30 minutos

Materiales: 10 hojas y 10 lapiceras

Segunda Parte:

En este segundo momento se trabajará sobre los aspectos teóricos de los hábitos a fin de remarcar la importancia del porqué es importante desarrollarlos y cómo hacer para construir un hábito.

Organización de la clase:

Concepto a trabajar	Temario
Hábitos	<ul style="list-style-type: none">✓ Qué es un habito✓ Cómo se forma un habito✓ Porqué es importante un habito✓Cuál es la diferencia entre un hábito saludable y uno no saludable

Objetivo: Concientizar sobre la importancia de los hábitos

Dinámica: Clase teórica

Bibliografía de clase: Ministerio del ambiente, Perú; Sanz (s.f.)

Duración: Aproximadamente 15 minutos

Materiales: Computadora y proyector

Tercera Parte

A fin de lograr distinguir ventajas y desventajas de ciertas acciones u omisiones que llevamos a cabo diariamente, se les pedirá a los participantes que ante ciertos disparadores puedan posicionarse y llevar a cabo una acción/omisión para, posteriormente, poder reflexionar que ventajas o desventajas traen como consecuencia dicho accionar/omisión.

Objetivo: Distinguir las ventajas y desventajas del accionar del punto de apoyo

Trabajo Final de Graduación

Dinámica: Ventajas y desventajas

Ante el pedido de dinero, yo _____	
Ventajas	
Desventaja	

Cuando se comporta agresivamente, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Ante el ausentismo laboral/académico a causa del consumo, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Cuando se aísla en su cuarto y no interactúa, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Cuando desaparece por más de 24hs sin aviso, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Cuando vuelve al hogar bajo el efecto del consumo, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Trabajo Final de Graduación

Ante el incumplimiento de normas básicas domésticas, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Cuando no asiste a las reuniones, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Cuando falta o incumple a los compromisos asumidos, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Cuando descuida su higiene personal y del espacio de convivencia, yo _____	
Ventajas	
Desventajas	

Puesta en común y discusión final

Duración: Aproximadamente 30 minutos

Materiales: 10 hojas, 10 lapiceras

Encuentro N°4

Primera Parte

A través de un Power Point se buscará definir qué es un límite y porqué es importante establecerlo.

Trabajo Final de Graduación

Organización de la clase:

Concepto a trabajar	Temario
Límites	<ul style="list-style-type: none">✓ Qué es un límite✓ Cómo se implementa un límite✓Cuál es la importancia de un límite

Objetivo: Reconocer la importancia de los límites

Dinámica: Clase teórica

Bibliografía de clase: Rodríguez Carabajal M. (2018) Por qué poner límites en las relaciones es saludable. Psicología social y relaciones personales.

Duración: Aproximadamente 45 minutos

Materiales: Computadora y proyector

Segunda Parte

En esta segunda parte se los invitara a los participantes a reflexionar y manifestar qué normas de convivencia les gustaría implementar en sus vidas cotidianas para vincularse saludablemente con el paciente.

Objetivo: Estipular normas de convivencia

Dinámica: Construcción de normas de convivencia a través de las siguientes actividades:

- 1) Antes que comenzara el consumo:
 - a) ¿Cómo era la convivencia?
 - b) ¿Existían normas de convivencia?
 - i. En el caso que SI hubiesen existido ¿se cumplían las mismas?
¿quién las establecía?

Trabajo Final de Graduación

ii. En el caso de que NO hubiesen existido ¿por qué crees que no existían?

2) Completar el siguiente cuadro en base al ejemplo.

DISPARADOR	NORMA
“Antes comíamos todos juntos en la misma mesa”	Ejemplo: 1) Se compartirá al menos una comida al día en la misma mesa al mismo tiempo” 2) “Se compartirá una comida al menos una vez por semana”
“Sus nuevas amistades me han apartado de él/ella”	

Trabajo Final de Graduación

Duración: Aproximadamente 45 minutos

Materiales: 10 hojas, 10 lapiceras.

Módulo III

Encuentro N°5

Primera Parte

En este encuentro se dará una clase teórica del compromiso, como una primera instancia para conocer las implicancias que tiene un compromiso para luego poder asumirlo.

Organización de la clase:

Concepto a trabajar	Temario
Compromiso	<ul style="list-style-type: none">✓ Qué es el compromiso✓ Qué implica✓ Responsabilidad✓ Porqué incluir a puntos de apoyo en el tratamiento

Objetivo: Comprender la importancia del compromiso por parte del punto de apoyo

Trabajo Final de Graduación

Dinámica: Clase teórica

Bibliografía de clase: Mansilla (2000) El Modelo Socio-Terapéutico-Educativo de las Comunidades Terapéuticas para la Rehabilitación de la Drogadependencia.

Duración: Aproximadamente 20 minutos

Materiales: Proyector y computadora

Segunda Parte

Se buscará que entre los participantes elaboren un contrato terapéutico nuevo, más específico que el que firman junto al paciente cuando ingresa a tratamiento, que ampare y regule las reglas básicas de la institución que a su vez sean plausibles de ser cumplidas por parte de los participantes.

Objetivo: Construir conjuntamente un nuevo contrato terapéutico que sea conciso y conste de pautas claras.

Dinámica: Co-construyendo el contrato terapéutico.

Se les pedirá a los participantes que se dividan en dos grupos. A cada grupo se le hará entrega de una un recipiente con enunciados “adecuados” y “poco adecuados” para armar un contrato terapéutico. Tendrán 15 minutos para elegir y descartar enunciados. Una vez pasado los 15 minutos cada grupo pondrá en común el resultado final. Entre todos, incluido el coordinador, se irá seleccionando y armando el contrato terapéutico final, con la posibilidad de agregar algún enunciado que consideren pertinente. En un afiche, que deberá estar pegado en la pared, se irán pegando uno a uno los enunciados. A su vez, ese contrato deberá ser digitalizado e impreso para que los participantes lo firmen.

Trabajo Final de Graduación

Enunciados “Adecuados”	Enunciados “Poco adecuados”
- El punto de apoyo del asistido participará activamente de los “Grupos de puntos de apoyo”.	- El punto de apoyo se compromete a asistir solamente a las entrevistas solicitadas por el equipo.
- El punto de apoyo se compromete a ponerse en contacto con la Institución o acercarse a la misma si considera que es prudente que el equipo terapéutico este informado sobre alguna situación particular del asistido.	- El punto de apoyo sólo estará en contacto con la Institución cuando sea solicitado por la misma.
- El punto de apoyo se compromete a asistir a las entrevistas pautadas por la Institución.	- El punto de apoyo no deberá comentarle al equipo situaciones que comprometan al asistido.
- El punto de apoyo se compromete a ponerse en contacto telefónico en caso de no poder asistir a una entrevista o Grupo de puntos de apoyo.	- El punto de apoyo deberá responder por el asistido cuando el mismo no pueda hacerlo.
- El punto de apoyo se compromete a abandonar su rol en caso de considerar que no puede sostenerlo debido a la razón que sea.	- El punto de apoyo se comprometerá a hacerse cargo de las deudas del taller de producción del asistido.

Trabajo Final de Graduación

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo tiene conocimiento que puede solicitar ayuda por parte del equipo en caso de que el grupo de puntos de apoyo no sea suficiente para sostener su rol como punto de apoyo | <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo puede abandonar su rol como punto de apoyo cuando así lo desee sin necesidad de comunicárselo a la equipo terapéutico |
|---|---|
-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo comprende el carácter imprescindible que tienen las indicaciones dadas por el equipo | <ul style="list-style-type: none">- Las intervenciones del equipo sobre el punto de apoyo podrán ser tomadas en cuenta o no a criterio y preferencia del mismo |
|--|--|
-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo comprende la necesidad de fomentar y sostener hábitos y normas necesarias para acompañar el tratamiento del asistido | <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo comprende que el éxito del tratamiento depende exclusivamente de los avances del asistido |
|--|---|
-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo comprende que las principales herramientas para consolidar el éxito del tratamiento son el compromiso y la honestidad | <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo puede involucrarse en el tratamiento de forma esporádica según criterio propio. |
|---|---|
-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo comprende que el equipo puede interrumpir el tratamiento en caso de | <ul style="list-style-type: none">- El punto de apoyo comprende que la problemática afecta solo al asistido por lo cual todas las intervenciones y herramientas son |
|---|---|
-

incumplimiento del contrato
terapéutico

dirigidas exclusivamente a este.

Duración: Aproximadamente 60 minutos

Materiales: 10 rectángulos de papel impresos con enunciados, 1 afiche, plasticola, 1 cinta, 10 copias del contrato.

Encuentro N°6

Primera Parte

Lograr que, a través de lo trabajado a lo largo de los talleres, los participantes puedan explicitar concretamente a qué se comprometen, ya sea, respecto al paciente, al grupo de puntos de apoyo, al equipo terapéutico y a la institución misma.

Objetivo: Reafirmar el compromiso

Dinámica: Atrapa-compromisos

Los participantes deben sentarse en círculo. El coordinador le dará a cada uno un papel que tendrá un pequeño orificio en una de sus puntas, una lapicera y un hilo de aproximadamente 30 centímetros. Se les pedirá que, en base a lo trabajado durante los diferentes encuentros, escriban a qué se comprometen con respecto al paciente al que acompañan, al equipo terapéutico o a la institución misma. La idea es que puedan reflexionar y proponerse objetivos posibles a los cuales comprometerse para lograr cumplir el rol que han decidido ocupar. Una vez que todos los participantes hayan escrito su papel, se los invitará a que pasen uno a uno al centro, donde el coordinador tendrá en sus manos un aro. Una vez leído el compromiso a asumir, se le pedirá al participante que pase el hilo por el orificio del papel y que ate su hilo alrededor del aro. Con ayuda del coordinador, cada participante irá “atando sus compromisos” y armando una especie de atrapasueños. El “atrapa-compromisos” se colgará en alguna de las

Trabajo Final de Graduación

paredes del salón para que represente un recordatorio simbólico del porqué y para qué se autoconvocan cada 15 días.

Duración: Aproximadamente 45 minutos

Materiales: 10 papелitos, 10 lapicera, 10 hilos de aproximadamente 30 centímetros de largo y un aro de alambre.

Segunda parte

Para el cierre del taller se tomarán los últimos minutos del encuentro para compartir vivencias, sensaciones, emociones, como así también dar una devolución al coordinador hacer que lo trabajado encuentre a encuentro. Se llevará a cabo, además, una evaluación de impacto.

Objetivo: Dar un cierre a lo trabajado.

Dinámica: Se les invitará a los participantes a relatar sus percepciones, sensaciones y opiniones acerca del taller. Una vez que hayan compartido todos los participantes que así lo hayan decidido, se les entregará a cada uno un cuestionario de “Evaluación de Impacto” a fin de evaluar la eficacia de la propuesta.

Duración: Aproximadamente 45 minutos.

Materiales: Ninguno

Evaluación de impacto

Edad:

Sexo:

El siguiente cuestionario se confeccionó con la finalidad evaluar el impacto que han tenido las diferentes actividades presentadas por el terapeuta en cada uno de los encuentros y de este modo indagar sobre el alcance y la eficacia de la intervención.

Indique su grado de acuerdo según las siguientes preguntas planteadas utilizando una escala de 1 a 5, en donde 1 indica “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”.

Tenga presente que sólo puede marcar una respuesta por pregunta y que no existen respuestas erróneas.

¡Muchas Gracias!

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo, ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

1) ¿Me he sentido cómodo/a con el grupo formado?

1 2 3 4 5

2) ¿Me he sentido cómodo/a con las actividades planteadas?

1 2 3 4 5

3) ¿He podido comprender las temáticas trabajadas?

1 2 3 4 5

4) ¿He podido comprender qué implica mi rol como Punto de Apoyo?

1 2 3 4 5

5) ¿He podido comprender la importancia del espacio “Grupo de Puntos de Apoyo”?

1 2 3 4 5

Trabajo Final de Graduación

6) ¿He podido comprender la importancia de mi rol en el tratamiento de personas con consumo problemático?

1 2 3 4 5

7) ¿He podido reafirmar mi compromiso con la persona en tratamiento y el equipo interdisciplinario en particular y con la Institución en general?

1 2 3 4 5

8) ¿He adquirido conocimientos que me ayuden a enfrentar esta problemática saludablemente?

1 2 3 4 5

Presupuesto

ARTICULOS ESPECIFICOS PARA LA ACTIVIDAD

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Hojas blancas	20	\$5	\$100
Fotocopias	70	\$2	\$140
Lapiceras	15	\$15	\$180
Afiche	2	\$15	\$15
Globo	2	\$30	\$60
Aro de metal	1	\$80	\$80
Carretel de hilo	1	\$30	\$30
Cinta de papel	1	\$45	\$45
TOTAL			\$ 650

RECURSOS DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN

MATERIALES	CANTIDAD
Espacio amplio	1
Sillas	11
Mesa	1
Proyector	1
Computadora	1
Pizarra	1
Fibrón	1

HONORARIOS

HONORARIOS PROFESIONALES	Contemplado en los honorarios del tratamiento del paciente
---------------------------------	---

Conclusión

El presente proyecto de aplicación profesional propone un taller psicoeducativo para los puntos de apoyo de pacientes que se encuentran en tratamiento por consumo problemático de sustancias, con la finalidad de que los mismos comprendan la importancia de su rol, potencien hábitos saludables y reafirmen su compromiso para con el tratamiento del paciente.

Para ello, se llevó a cabo un relevamiento de datos a través de diferentes instrumentos y se aplicó la matriz FODA para su consiguiente análisis. Los datos recabados sirvieron para dar marco a la propuesta presentada.

A partir de la implementación del taller diseñado, los referentes positivos con los que cuentan los pacientes podrán aprender de qué manera acompañarlos, ya que nadie los prepara para afrontar una problemática como lo es la adicción de un ser querido. La aplicación del mismo daría un marco de contención, plausible de ser replicado en otras patologías, como por ejemplo los trastornos alimenticios.

Sin embargo, la propuesta está pensada como un primer acercamiento a los puntos de apoyo, tras lo cual sería conveniente desarrollar otros talleres a fin no sólo de sostener el espacio, sino también desarrollar habilidades complementarias que les sea de utilidad para la vida diaria.

A futuro se podría pensar en algún espacio donde tanto los puntos de apoyo como los pacientes puedan reunirse para trabajar constructos como la confianza, la dinámica familiar, etcétera. A su vez sería interesante pautar una entrevista grupal post taller a fin de enriquecer la propuesta ya planteada y mejorar la intervención del coordinador, a través del feedback de los puntos de apoyo que hayan atravesado dicho taller.

Este taller a su vez sería propicio para plantear una línea de investigación a saber la correlación entre el trabajo con las familias del consumidor y la mejoría del mismo el tratamiento, lo cual también nos podría llevar a pensar en desarrollar planes de prevención primaria dentro del seno familiar en poblaciones vulnerables.

Bibliografía

- Ander-Egg, E. (2007). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires, Argentina. Magisterio del Rio de la Plata.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta Edición). Arlington, VA: American Psychiatric Puublishing.
- Barrón, M. (comp.) (2016). *Adicciones. Nuevos paraísos artificiales. Indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos* (Primera edición). Córdoba, Argentina: Ed. Brujas.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (Edits.). (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*, 1(1), 1-6.
- Gómez, R. & Serena, F. (2012). *Introducción al campo de las Drogodependencias*. 1° Edición. Córdoba, Argentina: Ed. Brujas.
- González, C. (2015). *Todo lo que necesitas saber sobre Narcotráfico*. Argentina: Editorial Paidós.
- Mansilla, J. C. (2000) El Modelo Socio-Terapéutico-Educativo de las Comunidades Terapéuticas para la Rehabilitación de la Drogadependencia. *Una página sobre drogas*. Recuperado 23 de abril de 2019:
<http://juanenlinea.blogspot.com/2015/05/el-modelo-socio-terapeutico-educativo.html>

Trabajo Final de Graduación

Ministerio de ambiente de Perú. Ecolegios, curso virtual. Recuperado 23 de abril de 2019: http://www.minam.gob.pe/proyecolegios/Curso/corso-virtual/Modulos/modulo2/1Inicial/m2_inicial/qu_son_los_hbitos.html

Musacchio de Zan, A. & Ortiz Frágola, A. (1992) *Drogadicción*. Editorial Paidós.

León, O. G., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (Tercera edición ed.). (J. M. Cejudo, Ed.) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Pérez Gómez, A., & Delgado Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15(3).

Rodríguez Carabajal M. (2018) Por qué poner límites en las relaciones es saludable. Psicología social y relaciones personales. *Psicología y Mente*. Recuperado 23 de abril de 2019: <https://psicologiaymente.com/social/poner-limites-en-relaciones>

Sampieri, R., Callado, C. y Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill.

Sanz, T. (s.f) Los Hábitos, Qué Son, Cómo Se Forman Y Cómo Cambiarlos Según La Ciencia. *Habitualmente*. Recuperado 23 de abril de 2019: <https://habitualmente.com/los-habitos-segun-la-ciencia/>

Talancón, H. P. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e investigación en psicología*, 12(1), 113-130.

Vieytes, R. (2004). *Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad: epistemologías y técnicas*. Editorial de las Ciencias.

Zapata Vanegas, M. A. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94.

Anexo

Modelo de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Córdoba, _____ de _____ de 20__

Quien suscribe _____ empleada/o de la Institución Asociación Civil Programa Cambio de la Provincia de Córdoba en mi carácter de _____ he sido informado/a por LE BIHAN, MARÍA CANDELA, alumna de la Carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, que los objetivos de recabar información en nuestra institución se corresponden con los fines académicos de cumplimentar la elaboración del trabajo final de graduación y que los datos recabados son de carácter anónimo, voluntario y confidencial. Habiendo recibido la información necesaria, firmo como prueba de mi consentimiento al pie de este instrumento.

Firma y aclaración

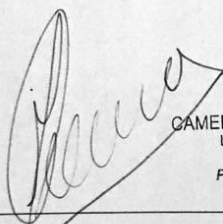
Consentimiento Informado Firmado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Córdoba, 07 de Mayo de 2018

Quien suscribe Cámara Yanina empleada/o de la Institución Asociación Civil Programa Cambio de la Provincia de Córdoba en mi carácter de Lic. Psicóloga he sido informado/a por LE BIHAN, MARÍA CANDELA, alumna de la Carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21, que los objetivos de recabar información en nuestra institución se corresponden con los fines académicos de cumplimentar la elaboración del trabajo final de graduación y que los datos recabados son de carácter anónimo, voluntario y confidencial.

Habiendo recibido la información necesaria, firmo como prueba de mi consentimiento al pie de este instrumento.


CAMERA YANINA LORENA
Lic. en Psicología
M.P. 10416
Programa Cambio

Firma y aclaración

Guía de Preguntas

1. ¿Cómo surge Programa Cambio? ¿Qué me podría contar al respecto?
2. ¿Cuál es la misión y visión del Programa?
3. ¿De qué manera está organizada la institución? ¿Cómo funciona?
4. ¿Con qué problemáticas, además de las adicciones a sustancias, se enfrentan los profesionales?
5. ¿El programa apunta a una población específica para abordar la temática de adicciones?
6. ¿Cuántos profesionales trabajan actualmente? ¿Qué me podría decir sobre la modalidad de trabajo que adoptan dichos profesionales en su quehacer diario?
7. ¿Me podría decir cuáles son las tareas que realizan a los profesionales en su quehacer diario?
8. ¿Qué me podrías contar sobre el Dispositivo “Casa de Día”?
9. ¿Con cuántos pacientes trabajan actualmente?
10. A grandes rasgos, ¿cómo sería el paso de un paciente en tratamiento por “Casa de Día”?
11. ¿De qué manera abordan la temática de consumo en el Dispositivo? ¿Trabajan de alguna manera en particular?
12. ¿Se trabaja con el contexto próximo del paciente? Si es así, ¿de qué manera?
13. En su opinión... ¿Cuál/es diría usted que son los puntos fuertes de la institución?
14. Si tuviera que advertir algún problema...¿Cuál/cuales cree usted que serían?
¿Por qué los considera problemas?
15. Desde su punto de vista... ¿en qué sentido cree usted que Programa Cambio podría mejorar?
16. ¿Ha tenido alguna crisis la institución? ¿Crees que hay algo que podría poner en riesgo al Programa actualmente?

***Entrevista a Operadora Terapéutica y Coordinadora del
Dispositivo “Casa de Día” de la Asociación Civil Programa
Cambio***

Entrevistadora: - ¿Cómo surge Programa Cambio?

Operadora Terapéutica: - Como Comunidad Terapéutica en el 91, pero empezó en el 89. Ahí empieza, cuando Mansilla...no es que se asocia ni nada pero...pero empieza como a investigar al respecto porque el tenía como la idea de laburar con adicciones en Córdoba y en Córdoba no había nada, entonces ahí él toma contacto con Carlos Iglesias, en realidad...es muy fea esa palabra pero es un ex adicto recuperado y que hizo el tratamiento en Proyecto Andrés, en Buenos Aires. Y después él en ese tiempo...los Operadores Terapéuticos eran ex adictos recuperados, entonces...este...Carlos Iglesias se queda ahí en la Comunidad, empieza como a laburar mas desde el lugar de referente, todo lo demás, y bueno alcanza como cierto renombre y ahí toma contacto con Mansilla. Entonces ahí comienza como a laburar...más que todo Mansilla comienza a capacitarse, porque Mansilla hasta ese momento lo que hacia acá en Córdoba, el trabajaba en su consultorio particular con enfermos terminales de cáncer, entonces ahí comienza como a formarse y capacitarse en lo que es adicciones. Como a finales de los 90, abre la primera sede que fue en barrio Pueyrredon, en la calle Eufrasio Loza, porque Mansilla en ese momento profesaba la fe Evangélica y era pastor en esa iglesia, entonces como no tenía un espacio físico, la iglesia le ofrece el espacio y ahí fue la primera sede, se hicieron las primera reuniones, más que todo como para bajar información de que se iba a tratar esta ONG que empezó como a tramitarse. Y este...después, no recuerdo bien como es que se accede al edificio...a una casa...en la Cumbre que fue la primera Comunidad Terapéutica...creo que si tuvo que ver el Gobierno, algo así, no recuerdo bien, pero ahí fue la primera Comunidad Terapéutica y después se alquilo una casa en barrio Juniors que fue la sede y también después se abrió ahí la Comunidad de Día, porque los pacientes una vez que ya era externados de la C.T. pasaban al dispositivo Casa de Día, las características eran muy similares a la de la C.T. solo que ya no vivían ahí. Y después bueno, a medida que iban como evolucionando ya cada uno a nivel individual o seguían en la Comunidad de Día o pasaban a un Ambulatorio, todo funcionaba ahí...después bueno se fue mudando la casa y después la Comunidad

Terapéutica, no recuerdo bien el año, pero se cierra porque...se incendia y...no sé si esto lo vas a poner pero en realidad fue lo que paso...en realidad lo llaman...en ese tiempo en Ministro era Caserio y lo llama a Mansilla y le ofrece como un puesto en el Gobierno que en ese tiempo Mansilla no estaba interesado y medio que lo empezaron a apretar que si el no formaba parte como de cierto...partido político, le iba a empezar a quitar un montón de ayudas y becas que había. Mansilla sigue en su postura de no...porque en ese momento no le interesaba y al poquito tiempo...le incendian la Comunidad Terapéutica.

E: -Que fuerte

O.T.: - Si...encontraron un bidón con...y había pacientes...sisisisi....yo estaba en ese tiempo en Reinserción Social de la Comunidad Terapéutica...iba una vez por semana, a veces hacia guardia...y ese día justo yo había cambiado la guardia...y me salve de que me quemaran las patas (jajajaj). No, había cambiado la guardia casualmente porque tenía otras cosas asique...y paso eso. Y se cierra la Comunidad Terapéutica y ya después Juan decide que no...que iba a seguir con el Programa, pero haciendo como más hincapié en los dispositivos Ambulatorios...porque ya ahí también se había empezado como a cuestionar desde la Ley de Salud Mental estos contextos de encierro y ahí se empieza como a...como a dividir las opiniones, hasta hoy...quienes piensan que la Comunidad Terapéutica sigue siendo la solución y otras que piensan que la Comunidad Terapéutica es como un último recurso, ya cuando este sujeto ya está como muy deteriorado y necesita otra cosa, más que todo una contención, ordenarse...pero no se la ve a la Comunidad Terapéutica como antes de que era la cura o la rehabilitación...entonces bueno a partir de ahí, el espacio físico fue como mudando hasta llegar acá. Este lugar se obtiene por donaciones de particulares pero también ahí adelante hay una placa...el Gobierno de España dio también una donación para comprar este lugar, que acá funcionaba una Clínica, la Clínica Castro Barros. Pero fue así como mudando...y también en el 2009...en el 2008 se abren dispositivos para menores en conflicto con la ley penal, que eran los chicos que salían del Complejo Esperanza y el Gobierno de la Provincia daba becas a los pibes que no tenían cobertura social, que era como un SEDRONAR pero de la Provincia...en esas características, porque era solamente para Comunidades de media jornada. Se empezó a llenar de pibes acá y como quedaba muy chico el espacio, se alquila un lugar, ahí en la calle Eufrasio Loza, donde

Trabajo Final de Graduación

estuvo la primera sede del Programa, que es un lugar muy grande, un edificio y tiene cancha de básquet, de todo y se alquiló ese lugar y ahí se inauguró la Comunidad de media jornada para menores en conflicto con la ley penal. Ahí voy a trabajar yo, porque yo en ese tiempo lo que hacía era voluntariado y cuando me cansaba me iba y que se yo, y ahí yo ya empiezo ya a trabajar como parte de ahí del staff permanente del programa y se abrió esa Comunidad.

E: -¿Cómo se llamaba?

O.T: - En realidad, es un Proyecto que nace con grupos ambulatorios primero acá y se le puso Proyecto Jano porque...no recuerdo bien si es de la mitología griega, que es la figura que tiene dos caras...como mostrando esta como doble realidad de lo que son las adicciones y el consumo. Arranco así y después, bueno la Comunidad se llamaba así, se llamaba Jano, vos ibas a Jano y funcionó muy bien, hasta que bueno después hubo toda esta movida más que todo política y de cambio de gestión y cuando entra De la Sota quitó todas las becas a las ONG y derivó a los pibes a instituciones públicas que en la actualidad no hay instituciones que asistan a menores, más que estos contextos de encierro, que ponele que si asisten...Ahí cierra el área y Mansilla lo que hizo para seguirla sosteniendo con algunas becas que él podía conseguir de la Provincia, nos volvemos acá pero ya con un dispositivo ambulatorio de tres veces por semana. Pero bueno...las becas también se fueron cayendo, era como todo muy débil eso...se caían las becas y los pibes no tenían más tratamiento, entonces una propuesta que hicimos con Silvana Mansilla, que en ese tiempo era la Coordinadora de Jano, fue como empezar a ubicar o re ubicar los pibes en otros espacios públicos y que medianamente le sirvieran de contención...hay algunos espacios terapéuticos para menores en barrio Junior, los Paulo Freire, entonces empezamos como a recorrer esos espacios para ver a donde podíamos como reubicarlos a los pibes que medianamente pudieran...algo más a nivel preventivo porque esos espacios no tienen espacios de asistencia...asique bueno...hicimos como eso como para poder ofrecerles algo de contención. Jano más que todo tenía que ver con un espacio de contención y con un trabajo de reducción de daños que en ese tiempo en Córdoba no se trabajaba así, pero teníamos como la libertad de poder trabajarlos con los chicos haciendo más una reducción de daño y haciendo todo un trabajo más por fuera de la Institución, íbamos y visitábamos la familia, donde los ayudábamos a escolarizarse si era la intención de ellos o ubicarlos con algún sistema de

becas para que pudieran hacer algún curso con salida laboral, capacitación, ayudarlos con...la mayoría no tenían DNI, la mayoría con mínimo 5 causas judiciales entonces los acompañábamos en todo ese proceso. Así que fue mas eso, una espacio más de contención, mas...hacíamos prevención indicada, eso.

E: -Hasta llegar al día de hoy...

O.T.: - Hasta llegar al día de hoy...

E:- Que esta Casa de Día, Dispositivo Ambulatorio de Adultos y Dispositivo de Adolescentes...

O.T.:- Si, y Dispositivo de menores...

E:- Eso es lo que está funcionando actualmente...

O.T.:- Si, y hay un dispositivo mas que se abrió el año pasado, que...de un grupo que no...no encaja, todavía no se yo bien los fundamentos pero me parece que quizás tenga que ver más con cuestiones madurativas, cognitivas...hay un grupo que no encaja ni en menores ni en adultos, e hicieron una fase intermedia, el año pasado empezó a funcionar...y tengo entendido que funciona muy bien. Y después esta el Dispositivo de Seguimiento y Reinserción Social que se abrió hace un mes...que es un dispositivo que surge mas como demanda de los pacientes que fueron dados de alta del dispositivo Casa de Día y bueno...hace un mes y medio que se abrió y que asisten los pacientes que han sido dados de alta y...digamos, el espacio terapéutico tiene pura y exclusivamente que ver con la reinserción social, pura y exclusivamente con eso.

E: -El después de...

O.T.:- Si, el después...que es como una continuación de la “Fase C” de la Casa de Día donde es la reinserción socio-laboral y la deshabitación total del dispositivo y este dispositivo tiene que ver con eso, en el después, en el cómo van en el día a día, con ese proyecto que empezó a gestarse desde la “Fase B” y si lo están pudiendo sostener, o si se ha modificado, porqué y para qué y...eso, no es un dispositivo... por ahora esta

propuesto como un dispositivo de 6 meses porque nos parece que es saludable para los pacientes, para que comiencen ya como a recuperar, no digo totalmente, pero en gran parte, lo que es la autonomía, porque no se puede pretender mucho en año medio, dos...eso, y la idea es que si ellos necesitan como un espacio terapéutico lo hagan más a nivel individual y laburen otras cuestiones que ya no estén tan asociadas al consumo de drogas, si quizás que tenga que ver con la problemática mas individual de ellos.

E:- Bien... ¿Tenes idea de cuál es la Misión y Visión del Programa?

O.T.:-....pacientes duales no, no se laburaba con pacientes duales, era como que se fragmentaba la persona, entonces, a...este consume drogas, sí, pero este tiene una patología de base, no, tiene que ir para allá...pero se droga...bueno, que venga también acá...entonces era como comenzar a fragmentar la persona. Digo, no había un concepto, me parece a mí, esto es como muy personal, en el 89, 90, no hay un concepto de este ser bio-psico-social...

E:- Claro...

O.T.:- Se miraba a este sujeto como el consumidor de drogas y que se abordaba desde un lugar desde...donde es pura y exclusivamente de lo que era la Psiquiatría o la Psicología. Eso, porque incluso cuando estaban en la Comunidad Terapéutica, esta reinserción social, no era tan así...tenía que ver con, no había como, como todos los recursos, todos los instrumentos que hay ahora para laburar lo que era la reinserción social...era como...este “bodoque” que había estado un año en la Comunidad Terapéutica y que no se animaba a salir a la calle...

E: - Claro...

O.T.:- Era más como acompañarlos y después que el fuera viendo como medio solito lo que quería hacer...porque también es verdad que en ese tiempo no había todos los recursos, todas las posibilidades que hay ahora...que está bien, se pueden ir cayendo según cada Gobierno de turno, que te da más o menos posibilidades pero toda esta serie de Programas que hay para reinsertarse laboralmente, en aquella época no existía,

entonces era más solito e ir y buscar laburo. Ir haciendo prueba y error. Pero me parece que es eso, la Visión se ha ido modificando...según el enfoque...

E:- ¿Con respecto al día a día de “Casa de Día”, además de la problemática de consumo, con qué otras problemáticas crees que los profesionales que trabajan acá se enfrentan?

O.T.:- Eh...bueno..nosotros estamos intentando laburar desde un lugar mas...mas integral, entonces nosotros nos encontramos que el problema del uso de drogas, en la mayoría de los casos, termina como siendo secundario...comenzamos a ver que el problema de consumo es el problema menor...que tiene problemas mucho mas serios, no se si problema es la palabra, pero digo, hay muchas problemáticas que están atravesadas, situaciones de violencia, bueno, muchísimos factores, sociales, económicos, o sea, te encontras con un montón de problemáticas, por eso creo casualmente que el abordaje integral te hace ver esto, que es lo que te ofrece la “Casa de Día”, de decir bueno, como... ellos inicial un proceso de desintoxicación y después de sostener esta abstinencia que ellos van logrando...bueno, como la sostenemos después?, se sigue reprimiendo? Siguen encerrados? Siguen medicados? Y no...hay que hacer como un montón de cosas para poder sostener esa abstinencia, que tiene que ver básicamente con la modificación de hábitos y de conductas...y ahí, es donde empiezan a...ahí está como la dificultad más grande de ellos...cuando hay que modificar hábitos y conductas porque no son seres aislados, solos, hay una familia...salen de algún lugar...

E:- Si...

O.T.:- Entonces cuesta mucho mas modificar hábitos y conductas cuando esta naturalizado ese habito o esa conducta...

E: - Es decir que el Programa no sólo contempla al paciente solo sino también su contexto...

O.T.:- Claro...con su contexto, claro...Si entendemos que la salida en esta problemática, como quizás en muchas otras, pero en esta que es la especificidad nuestra,

creemos que esto se sale de manera colectiva, por eso trabajamos con los vínculos o los puntos de apoyo.

E: -¿Y cómo se trabaja con la familia?

O.T.:- Con las familias...¿cómo se trabaja con las familias?...Este...con la familia lo que tratamos de trabajar es que ellos...puedan como visualizar o puedan comenzar a entender y nosotros haciendo como ese laburo, de ayudarlos a verse como co-dependientes...como que si hay un sujeto que está atravesando una situación de consumo, pero que en un punto está siendo como funcional a esa familia...tenemos familias o puntos de apoyo que “dejan de ser” por y para este sujeto y entonces el trabajo que se hace eso, nosotros hablamos de la recuperación de la autonomía del paciente, pero esa autonomía no se logra si no arranca desde la familia, de empezar a soltarlo...de empezar a ir acompañando...porque por lo general la familia o los puntos de apoyo no acompañan...traen y depositan, pero no dejan...no dejan...no sueltan...entendes?

E: -Aja...

O.T.:- Y cuando empiezan medianamente a organizarse o a ordenarse, por lo general las recaídas tienen que ver...empiezan en las familias...el síntoma empieza en la familia...muy de las madres, esto, por ejemplo...cuando son esas madre que acompañan a sus hijos a tratamiento, donde...este “bodoque” empieza como ya a ordenarse, a estructurarse, y ya no necesita tanto de la protección o el acompañamiento, y esta madre empieza a pensar qué voy a hacer ahora...qué hago ahora que no tengo el “enfermito”?...

E:- Claro...

O.T.:- Y tenes que recuperar tu vida...tenes que empezar a recuperar tu vida, entonces como bueno...yo diría que el laburo que se hace con las familias es muy parecido, muy parecido, al trabajo que se hace con el paciente, solo que la familia no está instalado el consumo...digo el consumo como acto de consumir, entonces es eso. Después si, se trabaja desde...nosotros históricamente hemos trabajado desde la mirada sistémica

porque bueno, Mansilla tiene esa mirada y nos ha metido como mucho...para mí, para bien, porque para mí, yo que no soy psicóloga y a mí la mirada de los sistémicos me sirve y me resulta como muy practica para trabajar y todo lo demás...entonces desde esa mirada intentamos trabajar con la familia...no así con los pacientes, que estamos incorporando lo que es cognitivo-conductual porque es lo que se está haciendo últimamente en el tratamiento, lo que está funcionando mas digamos, que está dando mejores resultados, básicamente por el deterioro con el que llegan los pacientes...que tiene que ver con la sustancia como viene cortada mal y los deteriora mucho.

E:- Como para comenzar...

O.T:- Si, excepto uno o dos casos, que si tiene que ver factores económicos...no es lo mismo un "X", que consume de la buena que un "X" que no...entonces, el deterioro es...hay deterioro pero es diferente...y hay como cierto habito o conducta o funciones neuro-cognitivas que un sujeto si puede recuperar y otro no...y la diferencia, más allá de cuestiones de la psiquis, más allá de todo eso, tiene que ver mucho con la sustancia.

E:- Claro...

O.T:- Tiene mucho que ver con la sustancia...

E:- ¿Cuántos pacientes hay actualmente en "Casa de Día"?

O.T:- Actualmente en "Casa de Día" tenemos 10 pacientes

E:- Y a grandes rasgos...me podrías contar como seria el paso de un paciente por "Casa de Día" en su tratamiento?

O.T:- Si...la idea es que ellos cuando hacen la etapa de admisión, ingresen a "Casa de Día" con una conciencia de...que estén accionando, que estén haciendo algo...básicamente se arranca con un tiempo de abstinencia...no siempre pasa así...por lo general llegan en un estado de Contemplación, lo que implica que por ahí la Fase de Adaptación en la etapa que ellos ingresan...(Interrupcion)...Bueno te decía...Por lo general entran en un estado Contemplativo lo que hace que las primeras semanas uno

tenga que laburar mucho con estas entrevistas motivacionales... porque si no puede llegar a ser muy frustrante para ellos, entonces...y la primer semana el paciente ingresa... a una etapa de adaptación que tiene que ver con la adaptación al dispositivo, viene totalmente desestructurado por eso la derivación a “Casa de Dia”...entonces es arrancar la noche anterior al ingreso a “Casa de Dia”...

E:- Aja...

O.T.:- Mínimamente tiene que acostarse a dormir para que al otro día pueda levantarse, entonces hacemos como una semana de adaptación que... para que se acomode con los horarios con su afuera, ingresa a una primera Fase o “Fase A” que es la Fase de Adaptación que básicamente lo que se trabaja es el vínculo del sujeto con las drogas...y toda herramienta que se le aporta... bien desde lo cognitivo conductual para el logro de la abstinencia, la motivación va a ser acorde a como él pueda ir alcanzando las pautas básicas de tratamiento y convivencia.

E:- Claro...

O.T.:- Y la estructuración familiar eso ahí se comienza a trabajar, pero básicamente es relación entre el sujeto y drogas la primera Fase. Después hay un pase a segunda Fase o “Fase B” donde nosotros como algo simbólico lo que trabajamos es que el paciente una vez que ha alcanzado los objetivos, que eso también es relativo según la evolución de cada paciente, lo que hacemos es que el paciente escriba una carta donde él puede conectarse o puede revisarse todo lo que hizo durante los meses en la “Fase A” y como fue trabajando cada objetivo de la “Fase A” y el costo de eso, cuanto le ha costado y el en esa carta lo que hace es expresar el trabajo que hizo en la “Fase A” y en esa carta el expresa que ya está en condiciones de pasar a una segunda Fase y pide que el equipo y los compañeros le permitan pasar a una segunda Fase. Eso tiene que ver también con un reconocimiento de los compañeros a este compañero del esfuerzo que ha hecho y también un seguimiento y reconocimiento del equipo.

E:- Mmm...

O.T.:- Entonces bueno, una vez que ingresa a la “Fase B”, lo que ya se trabaja ahí es toda la conflictiva individual del paciente y se comienza a trabajar sobre la elaboración o diagramación de un proyecto vital. Y si...ya... la droga queda en un segundo plano, digamos, pero lo que se trabaja fuerte es todo lo que sea prevención de recaída.

E:- Claro...fortalecer...

O.T.:- Claro, lo que le ayuda a este paciente a sostener la abstinencia no es solamente el reconocimiento de esos factores que ayuden a evitar la recaída, sino que comience a elaborar un proyecto vital; que eso es lo que más le va a ayudar, tener una razón...para ser, para andar para recuperar, para reinsertarse, básicamente para recuperar la autonomía. En la medida en la que el paciente no pueda tener un proyecto vital que lo elige el, que nosotros lo acompañamos, que nosotros se lo podemos sugerir, pero en base ya a un conocimiento previo que tenemos del paciente, donde trabajamos mucho este reconocimiento de las capacidades, digamos como potencial, pero también capacidad como derecho... nosotros podemos trabajar eso del paciente... es lo que más lo va ayudar a sostener esa abstinencia. La abstinencia por abstinencia nomas... si no hay otra cosa que lo sostenga, no sirve, porque una persona que, años consumiendo, años teniendo nada más que una vida en torno a la sustancia y de pronto la sustancia no está más y se encuentra que está vacío, no hizo nada y si no tengo nada para hacer empiezo a ver mi entorno, que algo han hecho con su vida, y eso puede llevar a frustrarlo y volver otra vez a consumir, entonces es lo fundamental... que comience a elaborar un proyecto de vida de lo que el elija, lo que él quiera aunque no sea el proyecto definitivo, pero que empiece un ensayo de algo, un trabajo, un micro emprendimiento, volver a estudiar, recuperar ese trabajo que perdió, que comience a andar y desandar ese proyecto, puede andarlo y decir no no era esto, quiero hacer esto otro, listo, vamos, pero ya tiene las herramientas, ya puede elegir, puede tomar decisiones saludables, ya está laburando lo que es la tolerancia a la frustración, de que algo no te salga y no vas a ir a estrellarte, si no te sale bueno vamos con un plan B, entonces también la “Fase B” se comienza a trabajar un poco la deshabitación del dispositivo, entendiendo que si tiene un proyecto, y comienza a dedicarle tiempo podemos hacer que venga menos días o menos horas para que comience como a reinsertarse de a poquito a través de ese proyecto en la sociedad. La “Fase C” tiene que ver ya pura y exclusivamente con la reinserción socio laboral y la deshabitación ya definitiva de la casa, que también está

sujeto lamentablemente a las coberturas sociales, si esta becado por SEDRONAR tiene que venir todos los días...lamentablemente es así...si una obra social por lo general no hay ningún problema que venga una sola vez por semana. Pero también a veces si el paciente viene haciendo un proceso saludable, nosotros intervenimos con SEDRONAR a través de elaboración de informes y solicitamos que se considere la situación del paciente que está haciendo un saludable proceso terapéutico y que es necesario que le habiliten o le autoricen a que venga por lo menos 3 veces por semana.

E:- Bien...y en tu opinión, cuales dirías que son los puntos fuertes de "Casa de Día"?

O.T.:- El punto fuerte para mí... que es lo que puede garantizar un estilo de vida saludable a largo plazo tiene que ver con esto, con la mirada integral del sujeto en función no de su consumo sino de lo que decía al principio, este ser biopsicosocial, que piensa que siente que tiene gustos y disgustos, le pasan cosas, ese me parece que es el punto fuerte. Nosotros empezamos a laburar desde esa mirada integral desde el 2012 y haciendo un laburo muy fuerte en lo que es la inclusión...porque veníamos siendo un dispositivo más que todo expulsivo... entonces...

E:- Claro...si se transgredía una norma...

O.T.:- Claro...veníamos siendo como muy expulsivo...y si pensamos hacer un abordaje integral y, no correr al sujeto de las drogas pero mirarlo en otro plano más saludable, más real, entonces sí o si teníamos que laburar de una manera inclusiva, porque si se drogó... que se vaya, suspéndelo, aunque venga haciendo otras cosas; entonces no lo estamos abordando en su totalidad, estamos viendo nada más la problemática. Entonces ese es el punto fuerte de la "Casa de Día"...

E:- ¿Y si tuvieras que advertir algún problema cual crees que sería?

O.T.:- ¿En "Casa de Día o...

E:- En "Casa de Día o en general...puede ser que no haya ninguno...

O.T.:- Y lo que pasa es que esa pregunta está atravesada por muchos factores, tiene mucho que ver por los momentos que este atravesando la institución, hubo un momento en donde la institución en un aspecto financiero estuvo muy bien entonces era como muy exigente a la hora de convocar a profesionales, entonces había excelentes profesionales, y si se convocaba a profesionales por ahí eran nuevos o no tenían tanta experiencia, se les brindaba una capacitación que hacía que si o si estuvieran a la altura de los otros, es lo que viví yo, cuando a mí me convocan yo hice primero una experiencia de campo y me mandaron a hacer una capacitación, una diplomatura en asistencia y prevención de drogodependencia en la Facultad de Ciencias Médicas y después todas las capacitaciones que consideraban que yo necesitaba para estar en un dispositivo, ya fuera de Jano o “Casa de Día” todas me las pagaban, todas, yo no me podía pagar la mayoría de las capacitaciones que yo hice... Cuando aparecieron las capacitaciones de reducción de daños que eran carísimas me las pagó el Programa.

E: - Claro...

O.T.:- Las capacitaciones de psicoterapia breve me las pagó el Programa...todas las capacitaciones de intervención me lo cubrió el Programa...eso me parece que está más atravesado, yo veo que una de las causas es esa a veces cuando los equipos se arman y se desarman, a veces cuando en un año armaste y desarmaste tres equipos tiene que ver con eso, tiene que ver con la convocatoria, con el perfil, con el recurso el horario, con la falta de filtro, mucho de eso.

E: Y desde tu punto de vista ¿en qué sentido crees que el Programa o la “Casa de Día” en particular podría mejorar?

O.T.:- Nosotros estamos trabajando en eso, para que mejore...

E:- Qué cosas identificas...

O.T.:- El Programa tiene... por lo menos lo que es “Casa de Día”, en esto de sentido de comunidad, tiene que poder salir puertas afuera...una comunidad de día que no trabaje con pacientes y la familia por fuera del Programa, de comunidad tiene muy poco, entonces sigue siendo como esta cosa de...este dispositivo en contexto de encierro,

nosotros estamos tratando que sea algo más que el paciente venga y tenga sus cuatro horas de contención y aportar herramientas para que pueda rehabilitarse en algún punto, pero me parece que también tiene que poder haber un trabajo con las familias... ahí... en su lugar, en su contexto, en su comunidad, cuando los chicos comienzan a reinsertar socialmente o laboralmente... poder tener un mínimo conocimiento de la comunidad donde ellos están transitando el día a día, si es viable y saludable que ellos trabajen y estudien ahí, para nosotros poder hacer un acompañamiento más saludable es necesario que el equipo tenga intervención también en la comunidad.

E:- Claro...

O.T.:-Entonces nosotros estamos trabajando en eso, salir al campo, eso va a mejorar mucho la calidad de este servicio de salud que estamos ofreciendo. Ayudaría mucho a que las familias dejen de llegar a estos lugares para depositar al niño, dejarlo y buscarlo, ayudaría mucho, acercaría mucho la familia al paciente, pero también la familia a la institución y al equipo de salud. Llevar el equipo a la comunidad...si, condicionado porque somos un dispositivo específico, pero en eso estamos trabajando, en eso creemos que es necesario que mejore la “Casa de Día” porque también le da sentido al equipo interdisciplinario, porque si no lo hacemos con Psicólogo y Operador y estamos de lujo...

E:- ¿Ha tenido crisis la institución?

O.T.:- Si, ha tenido crisis, básicamente crisis financieras, que lamentablemente... al ser una ONG privada, que lo único que tiene de público es esta opción de la beca de SEDRONAR, o sea que es en un 90% privada, entonces sí, ha atravesado crisis, en un 90% financieras, ha sufrido esas crisis en donde se ve la merma de pacientes.

E:- ¿Además de lo económico crees que hay algo más que pueda poner en riesgo al Programa como Institución o a la “Casa de Día” como dispositivo?

O.T.:- Nosotros como “Casa de Día” yo creo que estamos enfocándonos en tener un equipo de profesionales que esté dispuesto a laburar, formarse y aprender... yo puedo hablar de “Casa de Día” porque estoy acá, pero por lo que escucho de compañeros de

trabajo de las otras áreas no existe el mismo compromiso... porque no todos toman este laburo con la misma pasión y entrega, no todos tienen el perfil, muchos vienen y lo hacen porque son pocas horas y no pagan tan mal entonces ...pasan más cuestiones personales a la hora de ponerse a laburar; acá buscamos que el equipo tenga ganas de trabajar y si hay que formarse se forma y si hay que capacitarse se capacita.

E: -Claro...

O.T.:- Personalmente porque es una línea que siempre hemos laburado con Darío, cuando estaba como coordinador nosotros no priorizamos el curriculum, priorizamos la buena leche y la disposición del profesional a trabajar, y aprender y a crecer y aportar desde lo colectivo, si esta...eso bienvenido; la experiencia se hace y uno va laburando y creciendo y se va formando, yo soy una prueba de eso, entonces creo que si hay ganas y disposición a aprender y crecer tenés el laburo asegurado y no solamente laburo sino que se ve reflejado en los resultados.

***Entrevista a la Licenciada en Psicología de la Asociación Civil
Programa Cambio***

Entrevistadora: Yani... ¿me podrías contar como surge el Programa?

Psicóloga: En realidad no me acuerdo mucho pero si, surge en el 84...lo hace Mansilla, si no me equivoco junto a un cura...en las sierras se arma, en lo que sería “El Sembrador” en ese momento...se crea como una Comunidad Terapéutica, después con el tiempo va surgiendo la apertura en lo que es Capital...que el primer Programa Cambio se funda en Barrio General Paz, hasta que logran comprar la casa propia que es aquí en Castro Barros. Esa sería la historia como mas contada generalmente de cómo surge Programa Cambio y a partir de quién. No sé si algo mas...

E: ¿Tenes alguna idea de cuál es la Misión y Visión del Programa?

P: No, eso la verdad que no...

E: Bien... ¿de qué manera está organizada la Institución? ¿Cómo funciona?

P: No apunta mas al Organigrama esto...

E: Si, también...

P: Bueno...el Programa esta org...a nivel organización de ONG tiene un presidente, una comisión directiva, y a partir de ahí, está el director terapéutico y los distintos dispositivos...”Casa de Día” funciona...no tengo registro bien...tengo entendido nomas desde que se inaugura en calle Roma...”Casa de Día” es un dispositivo que en su momento era de 8 horas y la idea era generar mayor contención a los pacientes, que estuvieran mas tiempo, que tuvieran mas actividades también...a partir de toda la situación económica que se vino viviendo en los últimos años, en el 2015 se decide reducir lo que son las horas y que pase a ser una “Casa de Día” de media jornada de 08:00hs a 12:00hs de lunes a viernes.

E: Y además de ese dispositivo...¿con qué otros dispositivos cuentan?

P: Programa Cambio cuentan con Dispositivos Ambulatorios de Adolescentes, de Adultos, esta lo que es el Dispositivo de Admisión...eso es lo que está funcionando actualmente...

E: ¿Vos perteneces al dispositivo “Casa de Día”?

P: Exactamente...

E: Si me tuvieras que decir con qué problemáticas, además de la de adicciones a las sustancias, se enfrentan los profesionales en su quehacer diario...cuales serian?

P: ¿Respecto a los pacientes?

E: A los pacientes, al contexto o a la población con la cual trabajan...

P: Hay muchas...muchos problemas...creo que esto de las adicciones conlleva...es la carga de otros tipos de problemas...problemas de vínculos, problemas económicos, problemas de salud...es como que se ha registrado muchos tipos de problemáticas de los pacientes asociadas o no al consumo...quizás el consumo es una consecuencia de todos estos problemas mayores...

E: El Programa... ¿Apunta a alguna población específica?

P: No...

E: Me comentaste que había un Dispositivo de Adolescentes y otro de Adultos...”Casa de Día” en particular ¿a quienes asiste?

P: “Casa de Día” si, algo que se ha visto el último tiempo es que no hay ingresos de mujeres...o sea es mas de género lo que se está viendo ahora...por lo menos en “Casa de Día”...antes si había un Dispositivo que era de mujeres, anteriormente funcionó...

E: ¿Sabes cómo se llamaba ese dispositivo?

P: No...no sé si tenía algún nombre en particular...quizás si, no me acuerdo...pero es para la población en general...más que nada por el hecho de que “Casa de Día” cuenta con las becas de SEDRONAR, entonces si viene una persona que no tiene obra social igual puede hacer tratamiento...

E: ... ¿y es para mayores?

P: Es para mayores...”Casa de Día” mayores de 18 años...

E: ¿Tenes conocimiento de con cuantos profesionales cuentan actualmente?

P: ¿En todo el Programa?

E: En “Casa de Día”...

P: “Casa de Día” cuenta con tres profesionales actualmente...Esta como coordinadora terapéutica Marcela Velázquez y es Operadora Terapéutica, después está la Trabajadora Social que recién ingresa, Paula Badra y bueno...yo que soy la Psicóloga que yo estoy hace un año y medio, tampoco estoy hace tanto.

E: Y en tu quehacer diario...¿Cuál sería la modalidad de trabajo?

P: La modalidad de trabajo...

E: ¿De qué manera trabajan...cómo se organizan para trabajar en equipo?

P: Si...en realidad nos dividimos dentro del Dispositivo, el proceso de tratamiento tiene Fases...asique se dividen los profesionales con las distintas Fases...hay un profesional que va a “Fase A” y yo en particular estoy trabajando con los pacientes en “Fase B”...Es mucho el trabajo que hay porque mas alla de los grupos terapéuticos, están los grupos de Puntos de Apoyo, los Talleres Psico-Educativos, los Talleres Deportivos, los Talleres de Producción...hay como muchas actividades que se van dando y quizás...la

idea es eso...dividir actividades entre los profesionales que podamos acompañar a los pacientes...es la idea...acompañarlos constantemente.

E: Y cómo llega o ingresa una persona que se acerca al Programa con alguna demanda de asistencia?...¿Cómo llega a “Casa de Día”?

P: Se hace un proceso de admisión, que se llega con la primer consulta...se le hace una entrevista..el proceso de admisión actualmente cuenta con tres etapas...que es la entrevista con el Psicologo, la segunda es una entrevista con un Psiquiatra y vuelve a tener una entrevista con otro Psicologo...a partir de allí los Psicologos de admisión evalúan a que dispositivo van...Si deciden que el ingreso se haga a “Casa de Día”, porque el paciente tiene un perfil más para lo que es “Casa de Día”, se hace una entrevista de pase ya con los profesionales de “Casa de Día”... es como si fuera una continuidad del proceso de admisión. Se hacen una o dos entrevistas en donde se vuelve a evaluar el perfil del paciente para ver si es un perfil para estar en “Casa de Día”. A partir de ahí se hace el ingreso.

E: Y existen casos donde algunas personas queden fuera del alguno de los Dispositivos?

P: Hay personas que actualmente se las deriva...no tengo mucho registro de lo que es la admisión...de los que han llegado a “Casa de Día”, generalmente los que no ingresan, es porque son pacientes que quizás no están ahí por decisión propia de querer iniciar un tratamiento...

E: Claro...no hay problematización...

P: No...no hay...eso son lo que llegan y no ingresan, y en esos casos se deriva quizás a otro dispositivo o se le pide que, en el momento que decida empezar un tratamiento, que se acerque...Los que no llegan a “Casa de Día” y que quedan en admisión generalmente son pacientes duales...Nosotros actualmente en lo que es “Casa de Día” no se trabaja con Patología Dual...asique directamente eso se deriva...que también puede ser que eso se filtre de admisión y llegue a “Casa de Día” y también se evalúa, y en ese caso somos nosotros los encargados de sugerir otro espacio.

E: Bien...algo al respecto me comentaste, pero...a grandes rasgos, ¿cómo sería el paso de un paciente en tratamiento por “Casa de Día”?

P: Bien...lo que es el Dispositivo, está dividido en tres Fases. Justamente “Fase A” que es una Fase de adaptación, que es eso de problematizar el consumo, lo que se busca es eso en esta Fase...adaptarse a lo que es el Dispositivo, a las normas y pautas que se manejan ahí adentro y lograr la abstinencia...nosotros trabajamos con lo que es abstinencia total...si...eso incluye el alcohol...una vez que logran ciertos objetivos de esta “Fase A”, se pasa a una “Fase B”, donde la idea es profundizar más la conflictiva individual...que quiere decir eso, es apuntar mas a...quizás a rastrear cuales son estas características, o estos rasgos de los pacientes que en algún momento los llevaron a consumir. Así que es trabajar más profundamente eso...e ir armando poco a poco lo que es un proyecto vital...ya sea un trabajo, un estudio, alguna actividad, algo que a ellos los haga salir. Cuando ya pasan a “Fase C”, que es la Fase final, lo que se busca ahí es la reinserción socio-laboral a través de lo trabajado en la “Fase B”, la idea es que ahora que ese proyecto vital se concrete...y también lo que es la deshabitación de la Institución...generalmente puede ser que haya una reducción horaria...la idea es eso...que el paciente empiece a integrarse a otros ámbitos fuera de lo que es la Institución. Obviamente esto de la abstinencia es algo que se debe sostener durante todo el proceso de tratamiento...claramente se contemplan las recaídas, es algo que puede pasar en cualquier etapa del tratamiento y en cualquiera de las etapas se trabaja dependiendo de la etapa en la que surge una recaída.

E: Y actualmente ¿con cuántos pacientes cuentan?

P: En “Casa de Día” actualmente se cuenta con 8 pacientes. El promedio es entre 6 y 10. Muy pocas veces ha pasado que han superado los 10 pacientes pero se mantiene ahí.

E: Y esto que me comentas de las Fases... ¿qué es lo que hace cada paciente de cada Fase de lunes a viernes?

P: En el único momento en el que se separan es en los grupos terapéuticos. Pero los demás Talleres y trabajos los tienen en común, en las dos Fases...los grupos terapéuticos son dos veces a la semana, tiene Coloquios Individuales, que pueden ser

por demanda de ellos o por pedido del equipo...actualmente se implemento respetar una vez por semana un Coloquio Individual con cada paciente...generalmente para trabajar cuestiones ya más personales, que por ahí son cosas que no las pueden llevar al grupo, asique se les da la posibilidad de este espacio. Se hacen Talleres Psico-Educativos, donde a medida que van surgiendo situaciones dentro del grupo o se van identificando puntos en común con los pacientes, se dan Talleres de manejo de recaídas, de craving, de lo que es la comunicación, distintas temáticas que se puedan ir identificando tanto desde el equipo terapéutico como desde los mismo pacientes que puedan llegar a demandar.

E: Bien... ¿y trabajan desde algún enfoque en particular?

P: Actualmente lo que se esta...esta cambiando la mirada, el enfoque que se esta trabajando es el enfoque de Derecho, de todas maneras es como que se esta armando un proceso...la idea es apuntar a lo que es lo cognitivo-conductual, mas alla que a veces debido a los profesionales que hay y las diferentes miradas que hay, cuesta encaminar la mirada pero bueno, se esta trabajando justamente en eso, en apuntar todos a una sola mirada.

E: Integrar una sola mirada...

P: Exactamente...

E: Y antes como era?

P: Era más que nada desde la mirada de cada uno, teniendo en cuenta que antes había dentro del equipo mas Psicólogos...era...era, también...tratar de integrar miradas de acuerdo a la teoría o a la...o justamente a eso...a la mirada que tenia cada uno hacia el paciente. Esto de integrarlo es poder verlos todos con la misma problemática, pero no había una mirada unificada. No había lo que se está trabajando actualmente, integrar las miradas para trabajar en equipo.

E: Y me comentaste algo de los grupos de Puntos de Apoyo...te quería preguntar...¿cómo se trabaja con el contexto próximo del paciente?

P: Bien...los grupos de Puntos de Apoyo son cada 15 días...la idea de estos grupos es contener a la familia, que la familia también tenga un espacio para elaborar todo esto que está pasando porque no es un rol fácil el del Punto de Apoyo, es un rol que cansa mucho, que frustra mucho...la idea de estos grupos es también poder brindarles herramientas a las familias para acompañarlas en este proceso...y darles de alguna manera la seguridad de lo que están haciendo, teniendo en cuenta que lo que están acompañando son personas con problema de consumo de drogas, son personas que manipulan mucho, que mienten mucho, y bueno...es esto, son familia, son hijos, son pareja, entonces cuesta mucho el vinculo entonces la idea también es trabajar en conjunto, todo lo que se trabaja en el Dispositivo con los pacientes, poder trabajarlo también con los grupos de Puntos de Apoyo para que eso se integre en sus casas...a veces les cuesta mucho a los Punto de Apoyo sostener ese rol, por eso también se da esto de la falta de compromiso de asistir a estos espacios y cuando asisten es cuando ya están colapsados o desbordados por alguna situación, entonces también es eso lo que se quiere hacer, trabajar con este compromiso, desde la asistencia y desde la confianza con el equipo para poder enfrentar situaciones.

E: Claro....y en tu opinión...cuales crees que son los puntos fuertes de la Institución?

P: Yo creo que...hay algo que a mi me parece muy positivo, es el hecho de que haya muchos profesionales jóvenes trabajando con...justamente con eso, con ganas de trabajar, de implementar cosas, eso me parece super positivo...la idea es, esto, seguir dándoles espacio a esos profesionales para que todas las ideas creativas que puedan llegar a surgir se puedan llegar a implementar y que sean acompañados institucionalmente. Eso me parece que esta bueno y que bien trabajado seria un punto muy fuerte de la institución.

E: Bien... y si tuvieras que advertir algun problema...¿Cuál seria?

P: Problemas....eh...quizás mas de organización, mas de recursos humanos, creo que por lo menos en lo que es “Casa de Día” es un equipo chico, y a veces es mucho el trabajo y cuesta mantener una organización debido a eso, cuesta mucho también acompañar a los pacientes teniendo en cuenta eso...creo que, no se bien en los otros dispositivos, pero si me parecería importante y que es un problema fundamental, la falta

de profesionales dentro del equipo para brindar un mejor servicio y un mejor acompañamiento a los pacientes.

E: ¿En qué sentido crees que el Programa podría mejorar?

P: Unificar miradas...no unificar, sino integrar miradas de los distintos profesionales y trabajar en equipo, en conjunto, acompañar a los profesionales en las ideas que se tienen y creo que eso también va a llevar a que los equipos que ya están armados estén mas incentivados y estén mas motivados en hacer distintas actividades y quizás para lograr una mejor organización. Me parece que tendría que apuntar a eso.

E: Bien...¿ha tenido alguna crisis la institución?

P: Mmm

E: O si crees que hay algo que pueda ponerla en riesgo?

P: Si...yo creo que apuntaría más a lo...creo que crisis, es mas que nada económica..que eso también influye mucho en los profesionales...a nivel terapéutico...creo que esta habiendo una crisis por un recambio de profesionales también...que lleva a que la parte terapéutica entre en crisis..que también, creo que es un proceso hasta que asuman los nuevos directores terapéuticos...

E: Ah...justo están en transición...

P: Exactamente...y creo que eso va a generar un cambio también...la idea es que genere un cambio bueno, positivo, creo que eso puede ser que haya hecho entrar en crisis a la institución también a nivel de los equipos y los dispositivos...pero bueno, como te digo, es un proceso de cambio y bueno...hay que acompañarlo y reacomodarse.



ANEXO A – CARTA MINISTERIO – PROYECTO DE SEMINARIO FINAL

Córdoba, 07 de junio de 2019

Al Responsable | Acreditación y Calidad Académica
Dr. Manuel Velasco

A la Responsable del Área Trabajos Finales de Graduación
Dip. Ana Porta

De mi mayor consideración:

El que suscribe estudiante de la Licenciatura/Carrera en *Psicología*, Apellido *Le Bihan* Nombre *María Candela* DNI *38 503 697* LEG. *PSI02561* ; se dirige a Ud. a los efectos de solicitarle tenga a bien recibir esta nota como anexo de la presentación de mi proyecto para Trabajo Final de Graduación.

De acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Educación de la Nación, declaro en esta nota que el proyecto del Trabajo Final de Graduación realizado y presentado para su evaluación y corrección, es copia fiel de la producción original de quién suscribe.

Así mismo, declaro en la presente que el contenido total que el trabajo contempla es de autoría propia y respeta el formato de cita APA adoptado por la Institución.

Estando de pleno conocimiento de las sanciones dispuestas para los casos de copia dudosa y/o plagio por el Reglamento Institucional

Firma

Aclaración

Mail personal: *candelalebihan@gmail.com*
Teléfono celular personal: *+54 9 351 3986103*

Nota: no alterar el texto de la carta que suscribe

Referencias:

MTD: Modalidad Tutorial a Distancia – ED: Educación a Distancia

MP: Modalidad Presencial – MS: Modalidad Senior – MRIV: Modalidad Río Cuarto

ANEXO E – FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor-tesista <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	LE BIHAN, María Candela
DNI <i>(del autor-tesista)</i>	38.503.697
Título y subtítulo <i>(completos de la Tesis)</i>	Importancia del rol de Punto de Apoyo para pacientes en tratamiento por consumo problemático: Taller psicoeducativo para el grupo de “Puntos de Apoyo” del dispositivo Casa de día de Programa Cambio
Correo electrónico <i>(del autor-tesista)</i>	candelalebihan@gmail.com
Unidad Académica <i>(donde se presentó la obra)</i>	Universidad Siglo 21

Trabajo Final de Graduación

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

Texto completo de la Tesis <i>(Marcar SI/NO)^[1]</i>	Si
Publicación parcial <i>(Informar que capítulos se publicarán)</i>	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha: _____

Firma autor-tesista

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:
_____ certifica que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma Autoridad

Aclaración Autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado

[1] Advertencia: Se informa al autor/tesista que es conveniente publicar en la Biblioteca Digital las obras intelectuales editadas e inscriptas en el INPI para asegurar la plena protección de sus derechos intelectuales (Ley 11.723) y propiedad industrial (Ley 22.362 y Dec. 6673/63). Se recomienda la NO publicación de aquellas tesis que desarrollan un invento patentable, modelo de utilidad y diseño industrial que no ha sido registrado en el INPI, a los fines de preservar la novedad de la creación.