

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Prevención del Abandono de Tratamiento en Pacientes con Consumo Problemático de
Sustancias”

Autor: Nombre y Apellidos: Milagros Llanes
Legajo: PSI03435
Docente Director: Dr. y Mgter. Rubén M. Pereyra

Río Cuarto, Diciembre del 2020

Agradecimientos

A toda mi familia, y en especial a mi mamá, por haberme permitido estudiar lo que deseaba y haberme apoyado en este proceso.

A todos mis amigos, por haberme escuchado y acompañado siempre que lo necesité.

A los compañeros y amigos que la carrera me regaló, por todo lo compartido y todo el acompañamiento recibido.

Y a todos quienes, en algún momento, han transitado conmigo el paso por la carrera. Gracias por regalarme tantas enseñanzas.

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen	5
Introducción.....	6
Presentación de la línea temática escogida.....	8
Síntesis de la organización o institución seleccionada: “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”.....	11
Delimitación del problema o necesidad objetivo de la institución.....	17
Objetivos.....	19
Justificación.....	20
Marco Teórico	21
Capítulo 1: El abandono y la adherencia terapéutica como problemáticas mundiales.	21
Capítulo 2: Pacientes internados por Consumo Problemático de Sustancias.	23
Capítulo 3: Abandono de tratamiento en pacientes con Consumo Problemático de Sustancias.....	31
Capítulo 4: El taller psicoeducativo como herramienta de intervención.	34
Plan de acción.....	37
Actividades	37
Diagrama de Gantt	50
Recursos.....	51

Presupuestos.....	52
Evaluación.....	53
Resultados esperados.....	54
Conclusiones.....	55
Referencias	57
Anexos	64

Resumen

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Siglo 21 (Sede Río Cuarto). En este contexto, se realizó un análisis exhaustivo de la institución “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” y se identificó como necesidad la Prevención del Abandono de Tratamiento en pacientes internados. Para tal fin, se ha diseñado un Taller Psicoeducativo compuesto por seis encuentros de entre una hora y una hora y media de duración cada uno y una frecuencia semanal. La población que asistirá a este dispositivo estará integrada por personas que se encuentren internadas por Consumo Problemático de sustancias, debido a que la literatura científica cita a los mismos como población de riesgo para el abandono terapéutico. Se han desarrollado en forma pautada actividades que abordan diversas temáticas, tales como el reconocimiento de expectativas y el incremento de la motivación en relación al tratamiento, el manejo de emociones y la proporción de información al paciente acerca de su problemática. Con el fin de evaluar los logros de dicho dispositivo y realizar futuras recomendaciones a la institución, se realizará una evaluación pre y post test a partir de la creación de indicadores que guardan coherencia con los objetivos específicos del taller.

Palabras claves: Abandono de Tratamiento - Adherencia Terapéutica - Consumo Problemático de Sustancias – Internación - Salud Mental

Introducción

El abandono de tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas es una de las problemáticas más frecuentes y reconocidas a nivel mundial, especialmente en países subdesarrollados (Ruiz, 2019). De acuerdo con Sirvent, Moral y Blanco (2015), el mismo se produce cuando alguna persona no finaliza un proceso terapéutico que habría iniciado a pesar de todavía requerir ayuda profesional. Además, se lo ha definido como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos propuestos (Sirvent et.al, 2015).

La mayoría de los estudios acerca de las problemáticas del abandono terapéutico y la falta de adherencia terapéutica, ambas íntimamente relacionadas, han considerado a los mismos como fenómenos multi-causales. Por este motivo es que se entiende que las razones por las cuales una persona abandona su proceso terapéutico abarcan, entre otras causas, factores relacionados no solo con el paciente mismo, sino también con las características de su patología y de su tratamiento, con las particularidades de la institución en la que el mismo se lleve a cabo y con la calidad de la relación entre el paciente y el/los terapeutas (Moreno, Rozo y Cantor, 2012).

De acuerdo con múltiples investigaciones, este fenómeno se produce con suma frecuencia en el caso de sujetos que presentan Consumo Problemático de Sustancias (Calvo et al., 2018). En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los grupos con las tasas más elevadas de incumplimiento terapéutico estaría constituido por las personas con diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias (Giacinti, Navarro y Jorge, 2019).

En relación a lo desarrollado anteriormente, y considerando los riesgos a los cuales frecuentemente están expuestas las personas con Consumo Problemático de Sustancias, tales como recaídas, suicidio, violencia, enfermedades infecciosas y problemas legales; es que se considera prioritario acrecentar la adherencia terapéutica de estos pacientes, evitando así el abandono definitivo de su tratamiento. (Roncero et. al, 2012). Además, la Organización Mundial de la Salud plantea que realizar intervenciones que apunten al mejoramiento del cumplimiento terapéutico se convertiría en una inversión rentable que evitaría costos excesivos a los sistemas de salud y mejoraría la vida de las personas con enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

Por todo lo expuesto, es que en el presente Plan de Intervención se desarrolla como propuesta la implementación de un Taller Psicoeducativo que tiene por objetivo prevenir el abandono terapéutico en pacientes internados por Consumo Problemático de Sustancias en la institución “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”, promoviendo el incremento de la adherencia y la motivación del paciente para realizar el tratamiento y proporcionando información al sujeto sobre su situación.

Presentación de la línea temática escogida

Para la realización del presente Plan de Intervención, confeccionado en el marco de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, la línea temática escogida ha sido “Vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”, entendiendo a la primera, por un lado, como la disminución de la capacidad de una persona o colectivo para anticiparse, enfrentarse y resistir a los efectos de un peligro natural causado por una actividad específicamente humana y/o para recuperarse de las consecuencias que produjo. Por otro lado, se define a las conductas de riesgo como aquellas acciones susceptibles de poner en peligro el equilibrio de la salud (física o mental) de una persona (Canvas, 2019).

En relación a la vulnerabilidad, Feito (2007), plantea que la misma estaría relacionada con la posibilidad del daño, la finitud y la condición mortal del ser humano. Además, refiere que tiene diversas dimensiones: una antropológica, que se relaciona con la condición de vulnerabilidad del ser humano en cuanto tal; y una social, que subraya una mayor susceptibilidad generada por el medio o las condiciones de vida, dando lugar a “espacios de vulnerabilidad” y “poblaciones vulnerables”. Esta última nos conduce a hablar de las capacidades y el reconocimiento como elementos clave del vínculo entre los seres humanos que es fundamento de la obligación moral de cuidado y solidaridad en el marco de la justicia.

Además, Feito (2007) analiza las particularidades de la vulnerabilidad en el ámbito sanitario, y plantea que, dentro del mismo, la condición de enfermedad muestra las limitaciones que cada paciente puede sufrir, poniendo de manifiesto la constitutiva apertura de la existencia humana hacia el otro, debido a su carácter de necesidad y ayuda solícita hacia él. Por esta razón es que el autor considera que la labor de los profesionales sanitarios ha de realizarse desde una comunicación con aquella persona que ha de integrar

en su vida la experiencia de la enfermedad, de la vulnerabilidad, de la dependencia, y de la propia finitud. En este sentido es que el mencionado autor plantea la importancia de la labor de quienes prestan su ayuda, quienes adoptan una “actitud de cuidado” que surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables. El paciente, quien se encuentra sufriendo, sintiendo miedo, incertidumbre o angustia, está en una situación en la que necesita probablemente apoyo y comprensión, en la que se percibe a sí mismo como frágil o dependiente, y en la que el profesional sanitario se convierte en alguien que puede prestarle ayuda, consejo, y alivio. De ahí que deposite su confianza en él, tanto por su saber técnico, como por su dimensión de relación y cuidado. Así, esta dimensión interpersonal es lo que permitiría construir una relación sanitario-paciente adecuada.

Con respecto a las conductas de riesgo, Corona y Peralta (2011) las conceptualizan como aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas, siendo estas múltiples, bio- psico- sociales y particularmente intensas en la adolescencia. Además, Donas Burak (2001) plantea que la interacción de la multiplicidad de factores protectores y conductas de riesgo determinan en el individuo o comunidad, en cada momento particular, un nivel de vulnerabilidad específico para un daño o varios daños simultáneamente, siendo que este “estado” ocurre dentro de un proceso histórico, pasado y presente, por el cual es influido. Es por ello que la valoración de la vulnerabilidad es exclusivamente válida para la oportunidad única en la que se realiza, y lo es para un posible daño específico inmediato, latente o futuro. Así mismo, esta debe ser revalorada en cada contacto con el sujeto, su grupo, su familia, teniendo en cuenta los factores protectores generales y específicos, estableciendo, por un lado, un nivel de vulnerabilidad actual y, por el otro, a qué riesgos o daños lo expone. De esto se desprende que en cada valoración deben explorarse los

factores protectores, las conductas de riesgo y el proceso histórico/social individual y colectivo para poder establecer un “nivel de vulnerabilidad” y los cambios que pudieron haberse encontrado.

En relación a todo lo expuesto anteriormente, la institución escogida para abordar el estudio de esta línea temática fue el “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”, y particularmente el Servicio de Salud Mental que funciona dentro del mismo. Desde una perspectiva que adopta un enfoque de derechos, los profesionales que componen el equipo interdisciplinario de este servicio asisten a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos y atienden demandas de interconsulta trabajando a través de distintas modalidades de atención tales como: la asistencia por guardia y en el área de internación; la atención ambulatoria; y el trabajo en las secciones infanto-juvenil, de intervención comunitaria y de Hospital de Día. En el abordaje realizado en cada una de estas modalidades de atención, se concibe a la problemática psicopatológica desde un enfoque holístico, integral e integrador, ya que se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde su problemática emerge y todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Es por ello que se incluyen todos los referentes sociales del paciente, incluso la familia (Canvas, 2019).

Síntesis de la organización o institución seleccionada: “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”.

El “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” es una institución fundada en el año 1948, momento en el que comenzó a funcionar brindando prestaciones de baja y mediana complejidad. Si bien en sus inicios estuvo bajo dependencia nacional, a partir del año 1978 fue transferido a la jurisdicción provincial, característica que se conserva hasta la actualidad. Se encontraba ubicado desde su inauguración en la calle General Mosconi 486, pero en el año 2004 fue trasladado a su dirección actual en Guardias Nacionales 1027 de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba (Canvas, 2019).

Por un lado, posee como misión atender la salud de la población en general perteneciente a cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, que abarcan una población estimada de 450.000 habitantes. Para ello, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles de acción de mediana y alta complejidad. En menor medida se realizan acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades de baja complejidad, dejando esta tarea a la jurisdicción municipal. Por otro lado, la visión de dicha institución se encuentra en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las cuales se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con el fin de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población. Así mismo, ante la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando las secuelas de ésta mediante una rehabilitación integral del daño físico psicológico y social (Canvas, 2019).

En el año 1978, momento en el cual los servicios nacionales pasaron a tener dependencia provincial, se incorporó al Hospital San Antonio de Padua el Servicio de Salud Mental, que se encontraba funcionando bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica desde 1969 en el Hospital Regional de Río Cuarto. El mismo había sido inaugurado bajo la gestión del médico psiquiatra Lucero Kelly y por iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental que se encontraba a cargo del Dr. Vicente Galli. Años más tarde, en 1993, el servicio sufrió un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Ese mismo año, se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental), la cual cerró en 1995 y se reabrió en el 2014, conservando su funcionamiento hasta la actualidad (Canvas, 2019).

En el año 2004, todo el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en predio de la calle General Mosconi, pero con total dependencia del hospital general. Seis años más tarde, ante un cambio de gestión en el servicio, se comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas dentro de éste. En este sentido, se participó activamente y por primera vez de una actividad anual organizada por la Dirección de Salud Mental: la Semana Provincial de la Cultura, el Arte y la Salud Mental. Además, se planteó como objetivo la generación de un espacio pensado desde la salud y destinado a ex presos que habían sido víctimas del terrorismo de Estado. Así mismo, en el año 2011, se puso en marcha la creación de las áreas de Hospital de Día e Intervención en Comunidad. En el año 2014, con el objetivo de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial (LEY N. °98481) como nacional (LEY N. °266572), se comenzó a realizar el traslado del

Servicio de Salud Mental a la dirección del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, en la calle Guardias Nacionales, lugar donde funciona hasta la actualidad. El mismo se realizó de manera progresiva, completándose a principios del año 2016 (Canvas, 2019).

Actualmente, en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Entre ellos, ocho son médicos psiquiatras, dos son psicopedagogas y cinco son psicólogas. Además, son parte del servicio los diez profesionales que en la actualidad se encuentran realizando la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), pertenecientes a las profesiones psicología, enfermería y trabajo social, y a la especialidad de psiquiatría. Por otra parte, el servicio se constituye en un campo de Práctica Profesional para estudiantes de las carreras de grado como Psicología, Enfermería y Psicopedagogía; y de carreras de posgrado, como la especialidad en Psicología Clínica (Canvas, 2019).

La modalidad de atención que se lleva a cabo en el Servicio tiene dos ejes de acción: por un lado, la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos; y por el otro, la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar, es decir, asistiendo a equipos médicos de otras áreas. Este sistema de atención está compuesto por distintas secciones. En primer lugar, la atención por guardia, que se encarga de atender los casos de urgencia y funciona diariamente, las 24 horas. En segundo lugar, la atención ambulatoria, que comprende la asistencia por consultorio externo a cargo de profesionales de psiquiatría y psicología y la coordinación, a cargo de dos psicólogas y una médica psiquiatra, de un Grupo Terapéutico que funciona con una frecuencia semanal. En tercer lugar, se trabaja en la sección Infante Juvenil, encargándose de atender la salud mental

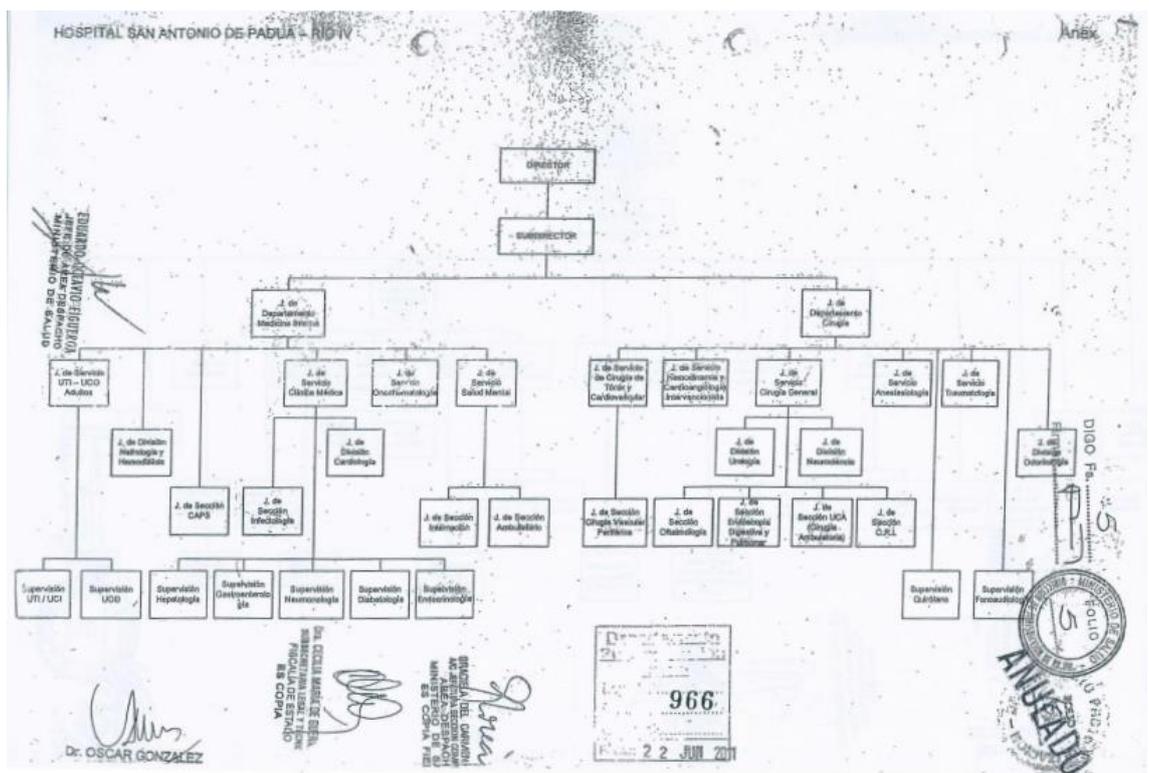
del niño desde su nacimiento hasta los 18 años. En cuarto lugar, los profesionales asisten en el área de internación, que se utiliza en el caso de pacientes que presenten crisis agudas o descompensaciones de su cuadro psicopatológico. En quinto lugar, se destaca el trabajo en la sección de Intervención Comunitaria, la cual comenzó a funcionar desde el año 2011 con una modalidad de abordaje integral, centrada en la importancia de la comunidad para la promoción y sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico. Y, por último, en sexto lugar, se incluye el dispositivo terapéutico Hospital de Día, que se inició en el año 2011 con la intención de crear un espacio intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. En él se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social, aspirando a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental (Canvas, 2019).

En cada una de las nombradas modalidades de atención, el trabajo realizado por los profesionales es interdisciplinario, adoptando una mirada integral del sujeto y promoviendo las prácticas de salud en la comunidad, desalentando aquellas puramente institucionales. Esto permite, por ejemplo, que la internación pase de ser una medida correctiva o represiva, a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. Es por ello que el enfoque adoptado por los profesionales para realizar su labor responde a un enfoque de derechos, dejando de lado las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial (Canvas, 2019). En este sentido, es importante destacar que:

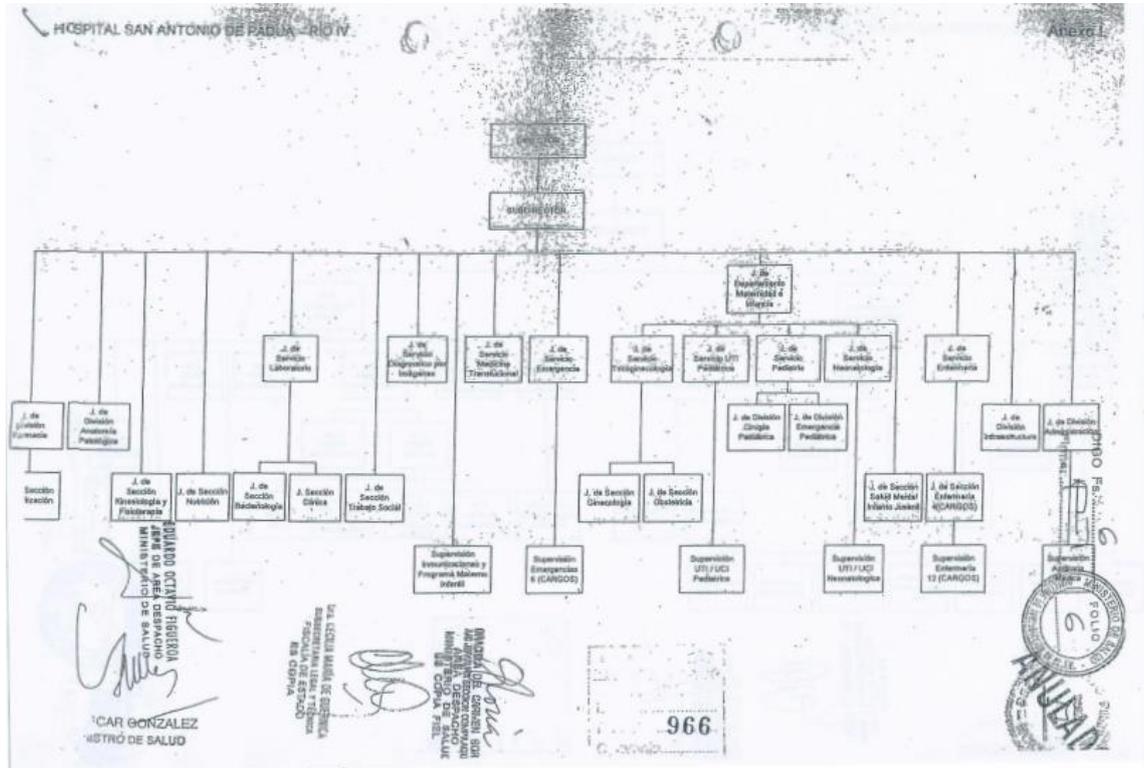
“El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por ese motivo, en el modelo de abordaje integral se incluyen todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia.” (Canvas, 2019, p.18)

Además, en muchas ocasiones se trabaja en red, la cual se constituye de manera situacional y teniendo en cuenta las necesidades de cada caso subjetivo (Canvas, 2019).

A continuación, se presenta el organigrama del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”.



Esquema 1: Organigrama del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” (Canvas, 2019).



Esquema 2: Continuación del organigrama del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” (Canvas, 2019).

Delimitación del problema o necesidad objetivo de la institución.

Luego de haber realizado un estudio minucioso del material proporcionado por Canvas (2019), se han identificado ciertas necesidades en la institución “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”, algunas de ellas son: el establecimiento de un programa que incluya el trabajo conjunto con otras organizaciones; la realización de un convenio con instituciones educativas que permita capacitar constantemente a los profesionales; la formación de un programa de reinserción para pacientes que se encontraban en internación; y la definición precisa de los criterios de alta de los pacientes que asisten a Hospital de Día (Canvas, 2019). Además, se ha señalado como problemática el abandono del tratamiento por parte de pacientes internados. Tal como se expresa en Canvas (2019), “en un 80 %, la salida se produce debido al alta; sin embargo, en menor medida, puede ocurrir por derivación o abandono de la internación” (p.21).

Gavino y Godoy, citados en Sirvent et. al. (2015), definieron el abandono como “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”. Numerosas investigaciones plantean que este fenómeno es frecuente en los casos de pacientes que presentan consumo problemático de sustancias. Al respecto, Calvo et al. (2018) plantean que la alta incidencia de abandonos en el proceso terapéutico es un tema habitual de preocupación entre los profesionales de los dispositivos de atención a las drogodependencias, y que la falta de adherencia al tratamiento, que es un fenómeno clínico universal en salud mental, incide especialmente entre las personas que consumen sustancias. Además, en un estudio realizado por Sirvent et al. (2015), en el que se buscó conocer variables predictoras del abandono y la adherencia al tratamiento en adicciones, se llegó a la conclusión de que algunos factores predictores del abandono serían: el craving o el deseo de consumo de sustancias perentorio; la falta de conciencia del

problema o un bajo nivel de insight; la desmotivación por realizar el tratamiento; la autosuficiencia o euforia terapéutica; los sentimientos adversos o negativos como las fluctuaciones anímico afectivas; el estado de discomfort; la atracción por el ambiente (pro-hedonista) que el sujeto asocie al consumo; la discrepancia con el programa por parte del interesado y los problemas con el equipo asistencial.

Por el contrario, según Capece (2010), la mayoría de los estudios de pacientes internados han encontrado que ciertas características permiten inferir un mejor pronóstico en el tratamiento, entre las cuales se encuentran: mayor edad, personas que se encuentren casadas, sujetos que solo consuman alcohol, pacientes cuyas familias participan en el tratamiento y que reciben apoyo social. Además, este autor plantea, a propósito de las ventajas de la hospitalización, que la misma permite un mayor nivel de supervisión médica y seguridad para los individuos que requieren monitoreo físico o psiquiátrico intensivo. Por lo tanto, se indicaría en personas que presenten condiciones médicas de riesgo o riesgo agudo. Además, podría ser un recurso útil para pacientes que, por alguna razón, no responden a otras medidas terapéuticas.

Por todo lo expuesto anteriormente, y considerando la importancia que posee la internación en ciertos pacientes que presentan consumo de sustancias, es que se considera como problemático el abandono de la misma, y surge como necesidad su prevención.

Objetivos

Objetivo general: Prevenir el abandono de tratamiento en pacientes internados por Consumo Problemático de Sustancias en el Servicio de Salud Mental del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” mediante el dispositivo grupal Taller Psicoeducativo.

Objetivos específicos:

Acrecentar la adherencia terapéutica del paciente.

Incrementar la motivación del paciente para realizar el tratamiento.

Proporcionar información al paciente sobre su tratamiento.

Justificación

En una investigación realizada por Moreno et. al. (2012), se define al abandono de tratamiento como aquella situación en la que alguna persona no finaliza un proceso terapéutico que habría iniciado a pesar de todavía requerir ayuda profesional. Por el contrario, se conceptualiza a la adherencia terapéutica como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Moreno et. al, 2012, p.2).

En relación a lo expuesto, Roncero et. al (2012) plantean que, en el caso de personas que presentan Consumo Problemático de Sustancias, la vinculación y el cumplimiento del tratamiento debe ser un objetivo, ya que la baja adherencia terapéutica es un elemento de carácter relevante en la clínica actual. Al respecto, los citados autores consideran que debería ser una prioridad mejorar la accesibilidad y la vinculación de estos pacientes al tratamiento, dado que el consumo de sustancias está asociado frecuentemente a consecuencias adversas tales como recaídas, suicidio, violencia, enfermedades infecciosas, escasez de recursos básicos y sociales, problemas legales, entre otras problemáticas (Roncero et. al, 2012)

Considerando que el abandono de tratamiento es una problemática presente en la institución “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” (Canvas, 2019) y frecuente en pacientes que presentan Consumo Problemático de Sustancias (Roncero et. al, 2012), es que se confecciona el presente Plan de Intervención con el objetivo de prevenir este fenómeno en dicha organización.

Marco Teórico

Capítulo 1: El abandono y la adherencia terapéutica como problemáticas mundiales.

El abandono del tratamiento y la falta de adherencia terapéutica en patologías crónicas constituyen problemáticas mundialmente reconocidas. Según las estadísticas, aproximadamente el 50% de los pacientes crónicos en países desarrollados tienen una buena adherencia terapéutica, porcentaje que es menor en el caso de los países subdesarrollados, en los cuales se observa falta de recursos socio sanitarios y de políticas que avalen la importancia de un seguimiento, factores que contribuyen a la baja adherencia terapéutica (Ruiz, 2019).

Según un comunicado emitido en el año 2003 por la OMS, el incumplimiento del tratamiento de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, el VIH/SIDA o los trastornos mentales, es un problema mundial de gran magnitud que tiende a aumentar a medida que asciende la carga mundial de este tipo de patologías. Según dicha institución, los problemas relacionados con el incumplimiento terapéutico se observan en todas las situaciones que atraviesan la vida del paciente, independientemente del tipo de enfermedad, ya que el mismo reduce su calidad de vida, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales, alterando así la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población. Además, esta organización considera que el mejoramiento del cumplimiento terapéutico es una inversión rentable que evitaría costos excesivos a los sistemas de salud y mejoraría la vida de las personas con enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

En relación a lo expuesto anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las personas con trastorno por consumo de sustancias constituyen un subgrupo importante con una de las tasas más elevadas de incumplimiento terapéutico. (Giacinti et. al, 2019). Además, dicha organización establece, en el año 2008, que el consumo de sustancias se encuentra en un considerable aumento en todo el mundo, superando en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas en muchos países. De este modo, se considera a la adicción a sustancias psicoactivas, como el mayor problema de salud pública a nivel mundial, con el tercer lugar de morbilidad y mortalidad por causas prevenibles (Sotelo, Irrazabal, Miari y Cruz, 2013).

Tal como afirman Poliansky, Gemini y Gorlero (2018), en Argentina son escasas las investigaciones acerca de la adherencia a los tratamientos ambulatorios para consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los mencionados autores afirman que los determinantes que inciden en la adherencia son múltiples y se relacionan no sólo con el paciente, sino también con las características de la enfermedad, los tratamientos posibles, los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios. Además, plantean que el abandono prematuro del tratamiento y los bajos niveles de adherencia en los momentos iniciales conforman un obstáculo primordial que deben superar las instituciones y los equipos de profesionales ligados a esta problemática. En este sentido, se entiende que mejorar la adherencia implica la posibilidad de sostener un recorrido de tratamiento que acompañe las decisiones de cada paciente respecto de su relación singular al consumo problemático de sustancias y a las determinaciones que instalaron en esa persona una vulnerabilidad respecto de las adicciones (Poliansky et. al, 2018).

Capítulo 2: Pacientes internados por Consumo Problemático de Sustancias.

En la República Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, concibe en su Artículo 3° a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ministerio de la Nación, 2010, p. 10).

En el marco de la mencionada Ley, se promueve que la atención en Salud Mental se encuentre a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas, capacitados y con la acreditación necesaria para tal fin. Así mismo, plantea que este proceso de atención debe orientarse al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, realizándose, con preferencia, fuera del ámbito hospitalario. En este sentido, se fomenta el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios que trabajen para la promoción y prevención de la salud mental u otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospital de día, cooperativas de trabajo, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Ministerio de la Nación, 2010).

En relación a la internación, la Ley N° 26.657 considera a la misma como un recurso de carácter restrictivo que debe ser lo más breve posible y solo puede realizarse cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones posibles. En el caso de ser indicada, la internación debe llevarse a cabo en un hospital general y se exige el cumplimiento de tres requisitos: la evaluación y el diagnóstico interdisciplinario

e integral junto con los motivos que la justifiquen firmados por al menos dos profesionales psicólogos o psiquiatras del servicio; la búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; y la firma del consentimiento informado de la persona o de su representante legal. Además, la Ley plantea que se debe promover el mantenimiento de los vínculos del paciente internado con sus redes sociales, familiares y laborales, excepto en los casos en los que, a partir de fundamentos válidos, los profesionales a cargo no lo consideren propicio (Ministerio de la Nación, 2010). En este contexto, la persona internada podrá decidir en cualquier momento, bajo su consentimiento, el abandono de la internación. Además, solo podrán indicarse internaciones involuntarias en caso de que no sean posibles otros abordajes ambulatorios, siendo esta un recurso excepcional (Ministerio de la Nación, 2010).

Sumado a lo anterior, es importante destacar que, en relación a las adicciones, la Ley N° 26.657 reconoce que el abordaje de las mismas debe realizarse en el marco de las políticas de salud mental, es decir que deben ser respetados los derechos y garantías de las personas con uso problemático de drogas establecidos por la legislación (Ministerio de la Nación, 2010). Según el Ministerio de Salud de la Nación, citado en Poliansky et al (2018), las adicciones son definidas como una enfermedad crónica. En este sentido, el consumo problemático de sustancias psicoactivas produciría modificaciones en la consciencia, el ánimo y los procesos cognitivos y volitivos de las personas, afectando así el funcionamiento cerebral y generando cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia.

En relación a lo expuesto anteriormente, Becoña y Cortes (2011) explican que existen características comunes a toda adicción, estas son: en primer lugar, la compulsión o pérdida de control, cualidad principal de esta problemática. En segundo lugar, el

síndrome de abstinencia, definido como un conjunto de signos y síntomas que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico. En tercer lugar, la tolerancia, que refiere al proceso por el cual quien consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar su ingesta para conseguir el mismo efecto que se tenía al principio. En cuarto lugar, la intoxicación, y por último, los problemas que padece la persona en las esferas física y/o sanitaria, personal, familiar, social y laboral. A su vez, los mencionados autores plantean que, habitualmente, suelen estar presentes varias conductas adictivas al mismo tiempo en un mismo individuo, y que es frecuente la presencia de patología orgánica, psicológica o psiquiátrica en comorbilidad con ellas.

Según Becoña y Cortes (2011), el paso del uso a la dependencia de sustancias supone un proceso complejo que atraviesa distintas etapas: primero, la fase previa o de predisposición, que refiere a los factores de protección y de riesgo que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo. Segundo, el conocimiento acerca del tóxico y de sus efectos nocivos. Tercero, la experimentación e inicio del consumo. Cuarto, la consolidación, en la que se da el paso del uso al abuso y la dependencia, y puede producirse el aumento del consumo y la transición a drogas más peligrosas. Quinto, el abandono o mantenimiento, que requiere una conciencia del individuo de que las consecuencias negativas del consumo son más importantes que las positivas. Y por último, es habitual que se produzca la recaída, incluso años después del último consumo.

En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicada oficialmente en el año 2013, se utiliza la denominación “Trastornos por Consumo de Sustancias” para incluir a los trastornos relacionados con

sustancias y los trastornos adictivos. En dicho apartado, se engloban, por un lado, diez clases diferentes de drogas, tales como alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. A su vez, en este conjunto se pueden distinguir dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Estos últimos incluyen la intoxicación, abstinencia y otros trastornos inducidos como los psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, neurocognitivos, del sueño, disfunciones sexuales o delirios. Además, en este capítulo se incluye el juego patológico, debido a las similitudes comportamentales y sintomatológicas que presenta con los trastornos por consumo de sustancias (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

Según el DSM-5, la principal característica del Trastorno por Consumo de Sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas relacionados con ella. Además, se observa un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación, especialmente en las personas con trastornos graves, lo que acarrea efectos comportamentales que se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos que guarden relación con la sustancia (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

El diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias se establece, según el DSM-5, en base ciertos siguientes criterios: el primero, referido al control deficitario, indica que la persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo mayor al previsto; expresa deseos insistentes de dejar o regular su consumo y revela múltiples esfuerzos fallidos por hacerlo; invierte gran parte de su tiempo en

conseguir la sustancia, consumirla y recuperarse de sus efectos; y manifiesta un deseo intenso de consumo, especialmente en aquellos ambientes en donde ha conseguido o consumido la sustancia en algún momento anterior. El segundo criterio lo constituye el deterioro social, el cual se relaciona con el incumplimiento de tareas académicas, laborales o domésticas; la persistencia en el consumo a pesar de los problemas que pueda causar en la persona en la esfera social o interpersonal; el abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas; y el descuido o abandono de tareas familiares a causa del consumo. El tercer grupo de criterios atañe al consumo de riesgo, y se corresponde con el consumo recurrente de la sustancia a pesar de que provoque un riesgo físico; y la continuación de la conducta a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico que se puede originar o exacerbar por el consumo. Por último, los criterios farmacológicos, que incluyen a la tolerancia, de grado variable en cada persona y para cada tóxico; y a los síntomas de la abstinencia, diferentes según la droga consumida (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

Como una variante de la mirada desarrollada hasta el momento, desde una perspectiva psicoanalítica, Martínez Malo (2000) conceptualiza a la “a-dicción” como opuesta a la “dicción”. El autor explica que, si la dicción es la acción de decir, el discurso, el modo de expresión; entonces la a-dicción es la falta de palabra para poder expresar algo, la falta de un decir, o bien, un mal decir. En este sentido, para el autor, la adicción vendría a ser algo que falta de ser dicho y se expresa de otra manera, que es un mal decir para la dicción, pero un bien decir para el inconsciente. En coincidencia con esta mirada, Sotelo et. al (2013) reconocen a la adicción como un trastorno médico, crónico y recidivante, que a menudo coincide con otras patologías psíquicas, y plantean que, en el abordaje de esta problemática, la clínica psicoanalítica pretende poner el acento en la

singularidad de cada sujeto, localizando aquello que en algún momento para determinado sujeto se problematizó en relación con un Otro. De esta manera, el analista busca que el sujeto se comprometa con su padecimiento o se interrogue respecto de su implicación en el mismo, respecto del lugar o la función que cumple la droga para él. Es por esta razón que, desde este paradigma, “la función del toxico varía de una persona a otra, y esto tiene relación estrecha con lo singular y particular de cada sujeto y la manera en que ese exceso de goce se manifieste en el consumo” (Sotelo et. al, 2013, p. 174).

En una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, por Sotelo et. al (2013) se observó que uno de los motivos de consulta más frecuentes en un servicio de guardia es el consumo problemático de sustancias, y que, además, han incrementado considerablemente dichas consultas en los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias. Desde la mirada psicoanalítica de estos autores, la urgencia da cuenta de una ruptura y supone fundamentalmente un quiebre en la homeostasis de la vida de un sujeto. Así pensada, aunque la urgencia se asocie comúnmente a la guardia, puede presentarse en cualquier dispositivo de atención, ya que toda consulta supone un punto de urgencia, y el padecimiento del sujeto en ese momento puede manifestarse de formas muy variadas. En el caso de los pacientes con consumo problemático de sustancias, su presentación puede adoptar, en general, dos formas particulares que no son exhaustivas entre sí: por un lado, aquellos que consultan espontáneamente y se presentan por sus propios medios debido a que algún elemento en su rutina se ve alterado; y por otro lado, aquellos pacientes que concurren acompañados por un tercero, ya sea familiar, amigo, conocido, o por derivación del juzgado o alguna fuerza de seguridad. Esta última modalidad, según los autores, es la más frecuente en el caso de consultas por consumo problemático de sustancias, tratándose en varias ocasiones de pacientes que muchas veces

toman acciones riesgosas para su vida o la de terceros, sobre todo en el contexto de una intoxicación o abstinencia. En general, su vivencia subjetiva es la de no poder esperar, de haber alcanzado un límite, y es en este momento en el que los profesionales deben decidir cuál será la estrategia que utilizarán para abordar el caso: la atención por guardia, la derivación, la medicación, la internación, entre otras.

A lo largo de los años, numerosas investigaciones han estudiado aquellos factores de protección y de riesgo susceptibles de aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona desarrolle una conducta adictiva. Siguiendo a Becoña y Cortes, se entiende:

“Por factor de riesgo un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Y, por factor de protección, un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Becoña y Cortes, 2011, p.48).

En nuestro país, un trabajo realizado en la Provincia de Buenos Aires por Barrenengoa (2017), buscó analizar factores psicosociales relacionados con el Consumo Problemático de Sustancias. Entre las conclusiones del mismo, se destacó que la mayor parte de los consultantes en los Centros de Atención a las Adicciones son pacientes de sexo masculino, con una edad promedio de 28 años. Esto podría deberse, según el autor, a que además de existir diferencias en torno a las prácticas de consumo y el tipo de sustancia consumida entre géneros, el acceso a los servicios de salud también se ve limitado por las expectativas y roles sociales diferenciados atribuidos a las mujeres, hecho

que podría condicionar su menor demanda y adherencia al tratamiento. Además, se identificó como factores de riesgo para el consumo la debilidad de redes sociales de contención y apoyo, la falta de proyección a futuro y un entorno familiar con dificultades en el desempeño de las funciones socio afectivas.

En relación con lo expuesto hasta el momento, una investigación realizada en la ciudad de Mendoza por Santolín, Zabala, Salomón y Carena (2009), en la que se propuso como objetivo conocer el perfil clínico y social del paciente adicto hospitalizado, se observó un predominio de pacientes de sexo masculino, de edad promedio de 31 años, que en su mayoría habían concurrido al Hospital a través del servicio de emergencia, siendo el motivo de consulta más frecuente las complicaciones infecciosas. Además, se destacó que muchos de ellos estaban desocupados y poseían un bajo nivel de instrucción, situaciones que podrían generar vulnerabilidad a conductas de riesgo como el consumo de sustancias. Así mismo, se observó que, en general, los sujetos presentaban una poli adicción, en comorbilidad con otras enfermedades mentales o clínicas.

Capítulo 3: Abandono de tratamiento en pacientes con Consumo Problemático de Sustancias.

De acuerdo con la literatura científica, la mayoría de los estudios realizados en torno a las problemáticas del abandono de tratamiento y la adherencia terapéutica se han orientado con base en cinco factores expuestos en el año 1991 por Meichenbaum y Turk (citados en Moreno et. al., 2012). Estos son: en primer lugar, los referidos al paciente, en los que se incluyen las características del individuo; la presencia o no de una alteración psicológica o discapacidad física, mental o sensorial; las expectativas y distorsiones sobre la enfermedad y el tratamiento; y las creencias socioculturales sobre la salud y los factores emocionales. En segundo lugar, las condiciones propias de la enfermedad, tales como sus síntomas, cronicidad, severidad. En tercer lugar, el tratamiento de la patología, la medicación indicada y sus efectos secundarios. En cuarto lugar, todo aquello relacionado con la institución, como la oportunidad, continuidad, integralidad y accesibilidad al servicio. Y por último, en quinto lugar, la calidad de la relación entre terapeuta y paciente.

De acuerdo con lo expuesto, en un estudio realizado por Moreno et. al (2012), se destacaron algunos factores asociados al abandono terapéutico. Así, se identificaron como variables influyentes la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, y las formas de acceso al lugar de atención. Además, en lo que implica al terapeuta, se concluyó que su personalidad, sus intereses y actitudes manifestados en presencia del paciente y la motivación que le transmita para permanecer en el tratamiento son variables que pueden incidir en la adherencia terapéutica. A su vez, se identificó que el cumplimiento de expectativas por parte de los pacientes constituyó un factor que facilita la permanencia terapéutica, por lo cual se asume la importancia de identificar estas

expectativas en el proceso de evaluación, ya que constituyen un elemento motivacional fundamental. Por último, se logró visualizar que la mayoría de los pacientes habían solicitado la atención en un momento en que se encontraban en crisis, y que cuando lograban expresar sus sentimientos y aliviar los síntomas, decidían abandonar el proceso. Esto, según los autores, permite inferir que se requiere afianzar el encuadre terapéutico al inicio de la intervención.

En lo que refiere a las adicciones, de acuerdo con Sirvent et. al (2010), la literatura científica cita como población con elevado riesgo de abandono terapéutico las edades extremas (menores y adultos mayores), la antigüedad en el consumo, la comorbilidad psiquiátrica (en especial con psicosis, depresión, trastornos alimentarios y de control de los impulsos), la situación familiar (tener hijos, carecer de familia) y las circunstancias familiares (baja cualificación laboral, indigencia). Además, en una investigación realizada por los autores, se lograron identificar algunas variables predictoras del abandono terapéutico en pacientes con adicciones, tales como: un alto deseo de consumo, un bajo insight sobre su problemática, la baja motivación para realizar el tratamiento, y la alta frecuencia de sentimientos adversos o negativos que generan un elevado estado de malestar.

En un estudio realizado por Flores, Medina, Robles y Páez (2012), se buscó conocer la influencia del estigma en el apego terapéutico. Los autores definen al estigma como una desviación del prototipo norma que liga al sujeto con atributos indeseables que desacreditan su identidad frente a los demás, y plantean a la enfermedad mental y a las adicciones como unas de las condiciones más rechazadas y estigmatizadas por la sociedad. En relación a ello, la investigación concluyó que el apego al tratamiento es menor a mayor estigma percibido por el paciente, lo cual puede ocasionar una evolución

desfavorable con exacerbaciones o recaídas que, a su vez, incrementarían la estigmatización.

En Argentina, los autores Poliansky et. al (2018) desarrollaron una investigación en la que buscaron conocer los determinantes de la adherencia al tratamiento en personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas. En dicho estudio, se identificó que muchos individuos con frecuencia inician y sostienen el consumo de sustancias como respuesta ante la imposibilidad de resolución de situaciones problemáticas, pérdidas o frustraciones, siendo difícil para ellos hablar de dichos episodios dolorosos. Al respecto, se identificó que muchos sujetos valoran positivamente la contención, la escucha y el acompañamiento en la toma y sostenimiento de decisiones, factores que podrían contribuir a la adherencia terapéutica. Además, se reveló que la participación activa en las decisiones del tratamiento ayuda a los pacientes en el sostenimiento del mismo, es decir que cuanto más positiva es la percepción de la posibilidad de tomar decisiones, mayor es la adherencia. Para finalizar, este trabajo encontró que mientras mejor sea la red de contención afectiva del sujeto, mayor es el nivel de asistencia al tratamiento.

Capítulo 4: El taller psicoeducativo como herramienta de intervención.

De acuerdo con Godoy, Eberhard, Abarca, Acuña y Muñoz (2020), las personas que padecen patologías de salud mental a menudo sufren estigma y exclusión social, lo cual evita su acercamiento a los servicios de salud, provocando latencias y abandono del tratamiento. A propósito de ello, los autores conceptualizan a la psicoeducación como una herramienta en la que se proporciona al paciente y su familia información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basada en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología, promoviendo así el empoderamiento y la reintegración social. Además, esta modalidad busca abordar situaciones cotidianas de la vida de las personas, involucrando así procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. En este sentido, los autores plantean que la relevancia de las instancias psicoeducativas radica en la promoción de una mayor adherencia terapéutica y la disminución de la posibilidad de recaídas.

En general, la psicoeducación posee tres pilares básicos: en primer lugar, el mejoramiento de los conocimientos sobre la enfermedad, ya que se entiende que fomentar los saberes sobre las causas, efectos e impacto de la patología, ayuda a la comprensión de la situación vivida, promoviendo el desarrollo de conductas saludables y limitando los daños. En segundo lugar, el mejoramiento de la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad, ya que persigue como principal objetivo consolidar el seguimiento de las indicaciones del equipo de salud, generando un aumento en la motivación e incrementando la adherencia terapéutica. Así, el conocimiento aumentaría el compromiso con el tratamiento y promovería el autocuidado, elementos fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas. En tercer lugar, la mejora del estado de salud y de la calidad

de vida, que persigue el propósito de, por un lado ajustar las expectativas en relación a las necesidades del paciente y a la patología; y por el otro, promover el entrenamiento de habilidades que favorecen el empoderamiento y la reintegración del individuo a la sociedad (Godoy et. al, 2020)

Siguiendo a Godoy et. al (2020), el objetivo del profesional de la salud en la psicoeducación es el de orientar y ayudar a identificar con claridad el problema para enfocar adecuadamente un tratamiento que tenga como fin último la mejora en la calidad de vida. Además, los autores plantean que, cuando la psicoeducación se lleva a cabo con una modalidad grupal, esto otorga beneficios asociados al compartir experiencias con quienes viven situaciones similares, fomentando las redes de apoyo informales. Además, ofrece un espacio con diversos puntos de vista y comportamientos que promueven el respeto y el aprendizaje a través de las vivencias con otros.

Por otro lado, el filósofo y sociólogo argentino Ander-Egg (1991), conceptualiza al taller como una modalidad de enseñanza-aprendizaje que implica: un aprender-haciendo, una metodología participativa en términos de cooperación y participación activa, una pedagogía de la pregunta, un entrenamiento tendiente al trabajo interdisciplinario y al enfoque sistemático y una relación entre docente y alumno establecida en torno a la realización de una tarea en común. Así, el taller exigiría redefinir los roles: el educador tiene una tarea de animación, estímulo, orientador, asesoría y asistencia técnica; y el educando se inserta en el proceso pedagógico como sujeto de su propio aprendizaje, con la apoyatura teórica y metodológica del docente. Es en este sentido que el autor explica que el taller solo puede funcionar en grupo y cooperativamente.

Siguiendo con lo expuesto, según Ander-Egg (1991), se deben combinar tres factores para el logro de un buen funcionamiento y eficacia en el taller, estos son: la determinación de las tareas por realizar conjuntamente de acuerdo con las actividades necesarias para alcanzar los objetivos; el establecimiento claro de las relaciones técnicas o funcionales que se derivan de esos objetivos; y la consideración de los procesos socio-afectivos relacionados con las modalidades de relación que se establecen entre las personas que forman parte de un grupo. Considerando esto, el autor propone que los grupos del taller se constituirían a partir de los objetivos que los miembros tengan en común, la organización tendiente a la estructura participativa, la complementación humana, la capacidad para aprovechar conflictos y posiciones desde la cooperación y la atención y búsqueda del espíritu de equipo. Además, Ander-Egg plantea que el buen funcionamiento del equipo solo es posible con un número de integrantes limitado, de entre cinco y nueve participantes. Tal como expresa el autor, por debajo de cinco integrantes se dificultaría la interacción que genere una productividad alta; y por encima de nueve sería difícil de lograr la productividad conjunta.

Plan de acción

A continuación se presenta el Plan de Acción elaborado en el marco de la materia Seminario Final de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Siglo 21. En este contexto, se realizó un Plan de Intervención con el objetivo de prevenir la problemática del abandono de tratamiento en pacientes con Consumo Problemático de Sustancias en el “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”. Para tal fin, se diseñó un Taller Psicoeducativo compuesto por 6 encuentros, de entre una hora y una hora y media de duración aproximadamente cada uno y una frecuencia semanal. Teniendo en cuenta lo planteado en el capítulo cuatro del marco teórico, el taller será diseñado para nueve participantes. Seguidamente se detallan las actividades que conforman el dispositivo.

Actividades

Encuentro n°1: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

- Tema: Presentación.
- Objetivo general del encuentro: conocer a los participantes y presentar el taller.

Actividad n°1: Conociéndonos

- ✓ Materiales: una pelota.
- ✓ Tipo de estrategia: presentación grupal.
- ✓ Tiempo estimado: 20 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador deberá preparar el lugar antes de la llegada de los participantes, ubicando las sillas de manera que formen la figura de un círculo.

- A medida que lleguen los participantes, se les pedirá que se ubiquen en la silla que deseen. Cuando todos los miembros del grupo se encuentren presentes, se comenzará con la dinámica.
- El coordinador dará la bienvenida al taller a todos los integrantes, y explicitará la siguiente consigna: *“Vamos a comenzar presentándonos. Voy a comenzar yo y luego le voy a pasar esta pelota a alguno de ustedes, quien será el próximo en presentarse. Luego esa persona le pasará la pelota a otra, y así sucesivamente. Cuando sea su turno, recuerde decir su nombre, edad, y lo que sea que quiera agregar”*. En esta instancia, el coordinador explicará la importancia de respetar la confidencialidad y el anonimato como reglas del grupo, dando lugar a un clima de confianza entre los integrantes.
- A continuación se dará comienzo a la dinámica, la cual se repetirá hasta que todos los miembros del grupo se hayan presentado.

Actividad n°2: ¿Para qué nos reunimos?

- ✓ Materiales: Póster de presentación del taller (Ver Anexo 1)
- ✓ Tipo de estrategia: informativa.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador explicará, usando el afiche confeccionado para tal fin, en qué consiste el taller, la cantidad de encuentros y su duración, el propósito de los encuentros y las características de confidencialidad y anonimato. Para ello se dirigirá a los participantes utilizando un lenguaje claro, evitando tecnicismos.
 - Mencionará el tipo de actividades a realizar y los temas a tratar, y resaltaré la importancia del respeto mutuo y del compromiso en la asistencia y pertenencia al

grupo, recalcando el valor de los aportes de cada uno de los miembros. Además, explicará que, en el caso de que alguno de los participantes sea dado de alta de su internación, será importante que continúe su asistencia al taller a pensar de haber sido dado de alta de la institución.

- Para finalizar, le preguntará a los participantes si tienen alguna duda en relación a lo expuesto, y se abrirá el espacio para despejar las inquietudes que puedan llegar a presentarse.

Encuentro n°2: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

- Tema: Expectativas.
- Objetivo general del encuentro: Invitar a los participantes a tomar contacto con sus expectativas en cuanto al tratamiento.

Actividad 1: Completa la oración.

- ✓ Materiales: nueve copias de “Completa la oración” (Ver Anexo 2), nueve lapiceras.
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión personal y grupal.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador repartirá una copia y una lapicera a cada uno de los participantes, y dará la siguiente consigna: *“Aquí tienen una serie de frases que deben completar con lo que ustedes deseen. Tómense el tiempo que necesiten para pensar y traten de no dejar ninguna oración en blanco”*.
 - A continuación se dará 15 minutos para que los participantes trabajen. En este momento el coordinador deberá estar a disposición para responder dudas que

puedan llegar a surgir o ayudar en caso de que la tarea se dificulte para algún miembro del grupo.

- Cuando todos los integrantes hayan finalizado, se formará una ronda y se abrirá un espacio de reflexión y compartida para aquellos participantes que deseen comentar lo trabajado. Para ello, el coordinador utilizará preguntas disparadoras tales como: ¿Cómo se sintieron completando las frases? ¿Alguna de ellas les generó más dificultad que otras? ¿Desean compartir alguna frase en particular?

Actividad 2: A mi “Yo del futuro...”

- ✓ Materiales: nueve hojas blancas, nueve lapiceras, nueve sobres.
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión personal, autoconocimiento.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador repartirá una hoja en blanco y una lapicera a cada uno de los participantes, y los invitará a escribir una carta que vaya dirigida a ellos mismos en el futuro. Para ello, invitará a los integrantes a pensar en cómo se sienten actualmente y cómo les gustaría sentirse, sus expectativas en cuanto al tratamiento que se encuentran realizando, sus proyectos a futuro y su relación consigo mismos.
 - Mientras los participantes trabajen, el coordinador deberá estar atento a posibles dudas que pudieran llegar a surgir, incentivando a los miembros del grupo a realizar su producción.
 - Cuando todos los participantes hayan finalizado, el coordinador repartirá un sobre a cada uno y los invitará a depositar allí su carta, explicando que la misma será

retomada en otro encuentro más adelante, por lo cual es importante guardarla en un lugar seguro para no extraviarla.

Encuentro n°3: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo tres actividades.

- Tema: Emociones.
- Objetivo general del encuentro: Trabajar sobre las emociones y sobre la influencia de las mismas en la vida cotidiana, en la toma de decisiones y, por ende, en el tratamiento.

Actividad 1: Construyendo entre todos.

- ✓ Materiales: una cartulina blanca, una fibra negra, Pósteres sobre las emociones (Ver Anexo 3).
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión grupal.
- ✓ Tiempo estimado: 15 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador propondrá a los participantes hablar sobre las emociones y sobre como las mismas se transmiten. Para ello, pedirá a los miembros del grupo que den su opinión acerca del tema, aclarando que pueden participar todas las veces que deseen y que pueden agregar más ideas a partir de las de sus compañeros.
 - El coordinador deberá ir anotando todas las ideas que surjan del grupo en una cartulina que se encontrará pegada en la pared de modo que todos puedan verla.
 - Cuando el grupo haya finalizado de dar sus opiniones, el coordinador resumirá la información y dará una explicación al grupo sobre las emociones y su importancia en la relación con los demás y consigo mismos, además de su influencia en la

toma de decisiones y en la vida cotidiana. Para ello utilizará el afiche confeccionado sobre el tema.

Actividad 2: Como te ven, te tratan.

- ✓ Materiales: nueve lapiceras, papeles cortados con emociones escritas (Ver Anexo 4), una cinta adhesiva, un recipiente de plástico.
- ✓ Tipo de estrategia: lúdica
- ✓ Tiempo estimado: 25 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador pondrá dentro del recipiente los papeles doblados con nombres de emociones (alegría, tristeza, confianza, miedo, sorpresa, vergüenza, desagrado, furia y ansiedad).
 - Le pedirá a cada participante que tome un papel y se lo pegue en la frente con cinta adhesiva sin haberlo visto.
 - Una vez que todos tengan su papel, explicará la consigna. Todos los miembros del grupo deberán comenzar a deambular por el lugar, y los demás deberán tratarlos de acuerdo a lo que indica el papel pegado en su frente. Quien adivine lo que diga su etiqueta podrá seguir ayudando a los demás a que adivinen la suya.
 - Cuando todos sepan lo que decía el papel en su frente, el coordinador pedirá a los participantes que se sienten en círculo para reflexionar acerca de cómo se sintieron, si pudieron identificar las emociones, cómo les resultó tener que interpretarlas y cómo se sintieron al ser tratados de esa manera.

Actividad 3: Aceptar lo que me pasa.

- ✓ Materiales: proyector, computadora, video de YouTube (Ver Anexo 5).

- ✓ Tipo de estrategia: autoconocimiento
- ✓ Tiempo estimado: 20 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador preparará la sala para proyectar un video extraído de la plataforma de YouTube.
 - Informará a los participantes que a continuación se proyectará un video acerca de las emociones implicadas en la aceptación de una enfermedad crónica y de algunas estrategias sencillas para enfrentar la situación.
 - Luego de haber finalizado el video, se dará lugar a una puesta en común, en donde el coordinador hará preguntas disparadoras tales como: ¿Qué emociones siento al pensar en mi situación? ¿Tengo alguien con quien pueda hablar de estas emociones? ¿Qué recursos de los mencionados en el video utilizo? ¿Cuáles podría incorporar?
 - El coordinador dará lugar a que todos los integrantes del grupo puedan expresarse si así lo desean, interviniendo en el caso de ser necesario para aclarar dudas y moderar los turnos de participación.

Encuentro n°4: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

- Tema: Motivación.
- Objetivo general del encuentro: Incrementar la motivación personal y grupal del paciente para permanecer en el tratamiento.

Actividad 1: Motivación compartida.

- ✓ Materiales: nueve hojas blancas, nueve lapiceras.
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión personal y grupal.

- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador proporcionará a cada participante una hoja y una lapicera y les pedirá que elaboren una lista en la que anoten: 2 cosas que crean que hacen bien, un logro reciente y una pequeña frase que les gustaría que les hubieran dicho.
 - Posteriormente solicitará al grupo que formen parejas para intercambiar la información elaborada. A continuación, le pedirá a cada uno de los participantes que escriban una frase u oración que deseen regalarle a su pareja.
 - Posteriormente, se realizará una puesta en común entre todos los miembros del grupo en la que cada uno leerá la frase que su compañero le regaló. El coordinador deberá apuntar en la reflexión a resaltar la motivación que se obtiene mediante el apoyo de los compañeros.

Actividad 2: Yo deseo...

- ✓ Materiales: nueve copias de “Yo deseo...” (Ver Anexo 6), nueve lapiceras.
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión personal.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador repartirá a cada uno de los integrantes una copia de la actividad y una lapicera, y dará la siguiente consigna: *“En esta hoja encontrarán una lista de deseos que deberán completar con todo aquello que ustedes anhelan. Piensen detenidamente aquello que quieren expresar.”* Para la realización de esta consigna se dispondrá de 15 minutos.
 - El coordinador deberá quedar atento a resolver las inquietudes que puedan llegar a surgir de los participantes y ayudarlos a cumplir con la consigna.

- Cuando todos hayan finalizado, se pedirá a los miembros del grupo que se ubiquen formando un círculo con las sillas, y se dará comienzo a un momento de compartida. El coordinador pedirá a los integrantes que lo deseen, que compartan algunas de las frases que escribieron, contando por qué lo hicieron y qué ideas le surgen con respecto a ese deseo.

Al finalizar este encuentro, el coordinador pedirá a los participantes que para el próximo concurren con todos los recetarios de medicación proporcionados por su médico psiquiatra, junto con los prospectos que vienen en las cajas de los fármacos. Se explicará que los mismos serán usados para realizar una actividad.

Encuentro n°5: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo tres actividades.

- Tema: Tratamiento.
- Objetivo General del encuentro: Informar a los participantes sobre el Consumo Problemático de Sustancias y su tratamiento.

Actividad 1: ¿Qué es la adicción para mí?

- ✓ Materiales: nueve hojas blancas, nueve lapiceras.
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión personal y grupal.
- ✓ Tiempo estimado: 15 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador entregará a cada uno de los participantes una hoja y una lapicera, y les pedirá que cada uno escriba qué es la adicción para ellos.
 - Mientras los miembros del grupo trabajan, el coordinador deberá quedar atento a posibles inquietudes que puedan llegar a surgir y estar dispuesto a ayudarlos en la elaboración de su definición.

- Cuando todos hayan finalizado, se hará una puesta en común, en la que aquellos que lo deseen podrán compartir lo que expresaron en su hoja.

Actividad 2: Nos informamos.

- ✓ Materiales: nueve folletos impresos (Ver Anexo 7).
- ✓ Tipo de estrategia: informativa.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
- El coordinador hará entrega de un folleto a cada uno de los participantes y comenzará con la explicación del mismo. Deberá exponer cada punto de los mencionados en el folleto: qué es la salud mental; a qué se llama Consumo Problemático de Sustancias; en qué consiste el tratamiento que se encuentran realizando (haciendo hincapié en la internación y en el equipo interdisciplinario de profesionales); qué indicaciones se deben seguir luego del alta médica; qué significa abandonar el tratamiento y cuáles son las herramientas a las que se puede recurrir en caso de necesitar ayuda. Además, deberá explicar la importancia que posee el adecuado cumplimiento terapéutico. Para tal fin, se dirigirá a los participantes utilizando un lenguaje claro y sencillo, evitando tecnicismos.
- Al finalizar la explicación, el coordinador dará lugar a que los miembros del grupo hagan preguntas y planteen sus inquietudes, tratando de despejar todas las dudas que pudieran llegar a surgir.

Actividad 3: Mi medicación.

- ✓ Materiales: nueve copias del cuadro “Mi medicación” (Ver Anexo 8), nueve lapiceras.

- ✓ Tipo de estrategia: autocuidado.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador repartirá a cada uno de los integrantes una hoja con el cuadro impreso y una lapicera, y les pedirá que busquen los recetarios y prospectos de la medicación que había pedido en el encuentro anterior.
 - Explicará, a partir de lo abordado en la actividad anterior, la importancia del cumplimiento en la toma de la medicación, y les propondrá a los participantes organizar en un cuadro todos los datos importantes relacionados con la misma, con el objetivo de organizar la información de manera que se facilite el acceso a la misma, y de poder recurrir a él en caso de dudas u olvidos.
 - El coordinador aclarará que, una vez finalizado el cuadro, deberán concurrir con él a su próxima cita con su médico psiquiatra, de modo que él pueda corregir distorsiones y aclarar dudas.
 - A continuación, dará tiempo a los participantes para completar su cuadro, quedando atento a posibles dudas y ayudándolos en la búsqueda de información para su confección.
 - Antes de finalizar el encuentro, el coordinador deberá recordar a los miembros del grupo la tarea de concurrir con su cuadro a su próxima sesión con su médico psiquiatra.

Al finalizar el encuentro, el coordinador pedirá a los participantes que para la próxima reunión concurran con la carta a “su Yo del futuro” realizada en el encuentro n°2. Explicará que la misma será utilizada para realizar una actividad.

Encuentro n°6: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

- Tema: Despedida.
- Objetivo general del encuentro: Valorar lo aprendido a lo largo del taller y realizar el cierre del mismo.

Actividad 1: Valorando lo aprendido.

- ✓ Materiales: carta realizada en el segundo encuentro, nueve hojas blancas, nueve lapiceras.
- ✓ Tipo de estrategia: reflexión personal.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:
 - El coordinador pedirá a los participantes que busquen su carta, y le dará tiempo para que cada uno la lea en silencio. Además, repartirá a cada uno una hoja en blanco y una lapicera.
 - A continuación, les pedirá que reflexionen, a partir de las siguientes preguntas:
¿Qué les generó leer su carta ahora? ¿Piensan que algo ha cambiado desde ese día? ¿Cómo se sienten hoy en relación a cómo se sentían cuando la escribieron?
¿Cambiaron sus expectativas en relación al tratamiento? ¿Qué se proponen de ahora en adelante? Además, les sugerirá que escriban en la hoja su respuesta a dichas preguntas.

Actividad 2: Póster grupal.

- ✓ Materiales: una cartulina blanca, un paquete de fibras de colores.
- ✓ Tipo de estrategia: puesta en común.
- ✓ Tiempo estimado: 30 minutos.
- ✓ Instrucciones para el coordinador:

- El coordinador pedirá a los participantes que, a partir de lo reflexionado en la actividad anterior, resuman en una frase o en una palabra lo aprendido en el taller.
- A continuación, pedirá a cada uno que vayan pasando a escribir su palabra o frase en la cartulina blanca.
- Cuando todos hayan finalizado, el coordinador leerá lo escrito por los miembros del grupo y agradecerá a todos haber formado parte del mismo.

Diagrama de Gantt

ENCUENTROS	Actividades	SEMA NA 1	SEMA NA 2	SEMA NA 3	SEMA NA 4	SEMA NA 5	SEMA NA 6
Encuentro 1	Actividad 1: “Conociéndonos”						
	Actividad 2: “¿Para qué nos reunimos”						
Encuentro 2	Actividad 1: “Completa la oración”						
	Actividad 2: “A mi Yo del futuro”						
Encuentro 3	Actividad 1: “Construyendo entre todos”						
	Actividad 2: “Como te ven, te tratan”						
	Actividad 3: “Aceptar lo que me pasa”						
Encuentro 4	Actividad 1: “Motivación compartida”						
	Actividad 2: “Yo deseo”						
Encuentro 5	Actividad 1: “¿Qué es la adicción para mí?”						
	Actividad 2: “Nos informamos”						
	Actividad 3: “Mi medicación”						
Encuentro 6	Actividad 1: “Valorando lo aprendido”						
	Actividad 2: “Póster grupal”						

Recursos

La institución cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura del hospital. Se detallan a continuación aquellos que serán necesarios para la realización de los encuentros del taller:

- Sillas para nueve personas.
- Mesas para nueve personas.
- Computadora.
- Proyector de imágenes
- Recipiente plástico

Entre los materiales no provistos por la institución será necesario adquirir los siguientes:

Cantidad	Materiales
1	Pelota
1	Póster de presentación del taller impreso
9	Copias: “Completa la oración”
1	Pósteres emociones
9	Lapiceras
1	Resma de hojas A4 blancas x70 gramos
9	Sobres tamaño oficio inglés x70 gramos
2	Cartulina blanca
1	Fibra negra
1	Copia: nombres de las emociones
1	Cinta adhesiva de papel
9	Copias: “Yo deseo”
9	Folletos impresos
9	Copias: Cuadro “Mi medicación”
1	Paquete de fibras de colores

Presupuestos

Cantidad	Materiales	Costo estimado
1	Pelota	\$150
1	Póster de presentación del taller impreso	\$150
9	Copias: "Completa la oración"	\$20
1	Pósteres emociones	\$300
9	Lapiceras	\$360
1	Resma de hojas A4 blancas x70 gramos	\$450
9	Sobres tamaño oficio inglés x70 gramos	\$50
2	Cartulina blanca	\$40
1	Fibra negra	\$70
1	Copia: nombres de las emociones	\$2,00
1	Cinta adhesiva de papel	\$150
9	Copias: "Yo deseo"	\$20
9	Folletos impresos	\$200
9	Copias: Cuadro "Mi medicación"	\$20
1	Paquete de fibras de colores	\$500
Total		\$2482

El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba establece en la resolución de junta de gobierno N° 008/19 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia Individual: \$1080.
- Psicoterapia de Pareja y Familia: \$1660.
- Psicoterapia Grupal: \$410 (por integrante).

Teniendo en cuenta la modalidad de taller psicoeducativo será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales el valor fijado para la Psicoterapia Grupal con un valor de \$410 por integrante.

Evaluación

Con el fin de realizar la evaluación del Taller Psicoeducativo sobre Prevención del abandono de tratamiento en pacientes internados por Consumo Problemático de Sustancias en el “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”, se utilizará una Matriz de Evaluación de Impacto (Ver Anexo 9). La misma ha sido confeccionada a partir de la creación de indicadores sobre categorías de análisis extraídas de los objetivos específicos del taller, y cuenta con nueve indicadores. Para recolectar la información y luego volcar los datos en dicha matriz se aplicará una metodología de trabajo pre-test (en el primer encuentro) y post-test (en el último encuentro), a partir de un cuestionario creado ad hoc cuyas respuestas siguen la escala Likert (Ver Anexo 10).

Resultados esperados

Luego de haber implementado el Taller Psicoeducativo de Prevención del Abandono de Tratamiento en el “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”, se espera que los sujetos que asistan al mismo logren desarrollar habilidades relativas al manejo de sus emociones, reconociendo su influencia en la vida cotidiana, en la toma de decisiones y en la continuación de su tratamiento. Además, se busca que puedan identificar sus expectativas en relación al tratamiento que se encuentren realizando y que logren construir aprendizajes acerca de su patología, su tratamiento y sobre el autoconocimiento y cuidado personal. De esta manera, se apuntaría a que dichos sujetos logren acrecentar su adherencia y su motivación para permanecer en el tratamiento y logren un adecuado cumplimiento del mismo, previniendo, así, su abandono definitivo.

Conclusiones

A partir de la identificación de la problemática del Abandono de Tratamiento en pacientes internados en el Servicio de Salud Mental del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” y de la lectura de antecedentes científicos en relación a este fenómeno, es que ha sido posible conceptualizarlo como un fenómeno complejo y multi-causal, cuya prevención es importante debido a las consecuencias adversas que podría acarrear, en pacientes con patologías crónicas, la discontinuidad del tratamiento. Además, se ha constatado, a partir de antecedentes empíricos, que el mismo se presenta con frecuencia en pacientes que presentan Consumo Problemático de Sustancias.

En relación a lo expuesto anteriormente, es que se ha planteado, en el presente Plan de Intervención, la elaboración de un Taller Psicoeducativo destinado a prevenir el Abandono de Tratamiento en dicha población. Se considera que este dispositivo posee la fortaleza de ser una modalidad de enseñanza-aprendizaje que implica un aprender-haciendo y una metodología de cooperación y participación activa entre sus miembros, lo cual permitiría que cada uno de los participantes del taller se vuelva un agente activo en la construcción del conocimiento, evitando así la “imposición” de saberes por parte del coordinador y permitiendo el surgimiento de aprendizajes significativos. Además, se considera que la estrategia psicoeducativa permitiría que cada uno de los sujetos adquiriera información específica acerca de su patología y tratamiento, lo cual promovería el empoderamiento y la reintegración social, al mismo tiempo que podría favorecer el incremento de la adherencia terapéutica.

Por otra parte, se considera que la propuesta posee algunas limitaciones. Una de ellas se encontraría relacionada con el hecho de que la recolección de datos acerca de la institución fue realizada por una persona distinta a quien confeccionó el Plan de

Intervención, lo cual podría influir en la delimitación de la necesidad o problema. Por otro lado, al ser de un semestre de duración el período académico disponible para la realización del Trabajo Final de Grado, los tiempos para la investigación, análisis y reflexión necesarios para su confección se vuelven cortos. Así mismo, se podría pensar que, al circunscribir la población destinataria del Taller solo a pacientes internados, se estaría excluyendo a otras personas que podrían beneficiarse del dispositivo, tales como sujetos que concurren a la institución en los servicios de Hospital de Día o atención ambulatoria.

Para finalizar, es importante considerar que otra de las limitaciones que posee la propuesta es la de estar destinado exclusivamente a los pacientes, dejando de lado tanto a su entorno socio-familiar como a los profesionales del equipo interdisciplinario que participan en su tratamiento. Se considera que el trabajo con los mismos podría aportar beneficios al tratamiento del paciente, previniendo así su abandono. Por tal razón es que se plantea, a modo de recomendación, que sea tomada esta sugerencia para futuras implementaciones del plan y posibles mejoras del mismo.

Referencias

Ander-Egg, E. (1991). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Argentina. Editorial Magisterio del Rio de la Plata.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.

Barrenengoa, P. (2017). Consumo de sustancias: factores psicosociales intervinientes en consultas a centros públicos de atención. *Revista de Psicología, 16*, 121-135. Recuperado de <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/2261>

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Editorial Socidrogalcohol

Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O. Giralt, C., Ramírez, M. (2018). *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 50*, 477-485. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6562317>

Capece, J. (2010). La internación en el paciente adicto. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 21, 27-34. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex89.pdf#page=28>

Corona, F., Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 68-75. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703947>.

Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. En Autor. (Libro Universitario Regional), *Adolescencia y Juventud en América Latina* (489-499). Costa Rica: Libro Universitario Regional. Recuperado de https://adolesc_y_juv_en_america_latina_libro_2001.pdf

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30, 7-22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2516272>

Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R., Robles García, R., Páez Agraz, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11, 82-89. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=40544>

G-Educainflamatoria. (2016, Junio 28). Vídeo - Telecumple "Aceptar una enfermedad crónica". Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=DGrQSo0IbYI>

Giacinti, M. P., Navarro Illia, P., Jorge, E. (2019). Adherencia terapéutica y factores implicados en jóvenes y adultos con consumo problemático de sustancias. *Interacciones*, 5, 1-9. Recuperado de <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/77/166>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31, 169-173. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>

Martinez Malo, J. R. (2000). La a-dicción, un bien decir del inconsciente (Algunas reflexiones en torno a las drogas). *Me cayó el veinte*, 5, 45-55.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto reglamentario 603/2013. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Moreno Mendez, J. H., Rozo Sanchez, M., Cantor Nieto, M. I. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia*, 6, 23-34. Recuperado de <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1181>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

Poliansky, N., Gemini, D., Gorlero, C. (2018). Determinantes de adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Fundación CONVIVIR.

Recuperado de <https://convivir.org/wp-content/uploads/biblioteca/poliansky-geminicordero--fundacion-convivir--determinantes-adherencia-tratamiento.pdf>

Roncero, C., Rodríguez Cintas, L., Barral, C., Fuste, G. Daigre, C., Ramos Quiroga, J. A., Casas, M. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas españolas de psiquiatría*, 40, 63-69. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3885217>

Ruiz Roldan, R. (2019). *Adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos* (Tesis de grado) Universidad de Cantabria, España. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16518/RuizRoldanRaquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santolín, M., Zabala, P., Salomón, S., Carena, J. (2009). Perfil clínico y social del paciente adicto hospitalizado. *Revista Médica Universitaria*, 5, 1-11. Recuperado de <https://bdigital.uncu.edu.ar/3441>

Sirvent, C., Moral, M. V., Blanco, P. (2015). Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. *ResearchGate*, 10.13140/RG.2.1.3397.7044. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/282606518_Prediccion_de_variables_de_abandono_y_adherencia_al_tratamiento_en_adicciones_Prediction_drop_variables_and_adherence_to_treatment_for_addictions

Sirvent, C., Moral, M. M. V., Blanco, P., Rovas, C., Linares, M., Quintana, L. (2010). Predicción del abandono (vs. éxito) terapéutico en adicciones. (Presentación del cuestionario VPA-30 (C Sirvent 2009) de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones). *Interpsiquis*, 10, 1-27. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/242683106>

Sotelo, M. I., Irrazabal, E., Miari, S. A., Cruz, A. (2013). El consumo problemático de sustancias, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos en los dispositivos para alojar urgencias. Una lectura psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 20, 171-178. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949032.pdf>

Universidad Siglo 21 (2019). Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua". Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Anexos

Anexo 1: Póster de presentación del taller

¡Bienvenidos!

-Taller Psicoeducativo para prevenir el abandono de tratamiento-

¿Qué es un taller psicoeducativo?

 Es una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, tomando un rol protagónico en su aprendizaje

Nos reuniremos una vez por semana durante seis encuentros de entre una hora y una hora y media de duración cada uno 

 Trabajaremos temas como las expectativas, las emociones y la motivación, y veremos como estas influyen en nuestro tratamiento

Durante todo nuestro trabajo juntos, será muy importante que respetemos la confidencialidad y el anonimato 

¡Gracias!

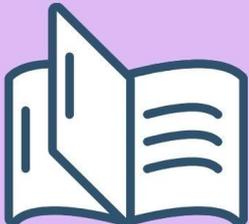
Imagen 3: Póster de presentación del taller. (Imagen confeccionada ad hoc).

Anexo 2: Completa la oración

1. Siempre me gustó.....
2. Mi mayor deseo en la vida es.....
3. El futuro me parece.....
4. Haría cualquier cosa por olvidar la vez que.....
5. Siento que tengo la habilidad para.....
6. Sería perfectamente feliz si.....
7. Mis amigos y familiares no saben que tengo miedo de.....
8. Mi familia me trata como.....
9. Mi más grande error fue.....
10. Mi mayor debilidad es.....
11. Algún día yo.....
12. Cuando siento que no tengo suerte, yo.....
13. Dentro de algún tiempo.....
14. Cuando siento deseos de consumir, yo.....
15. Si me siento angustiado, yo.....
16. Cuando me den el alta.....
17. Creo que los profesionales que están a cargo de mi tratamiento.....
18. Me propongo.....
19. Si pudiera volver el tiempo atrás.....
20. Creo que el tratamiento que estoy haciendo me motiva para.....

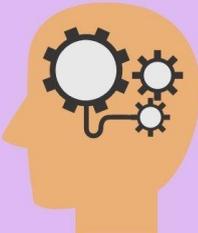
Anexo 3: Pósteres sobre las emociones

EMOCIONES



Son estados complejos del organismo caracterizados por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada

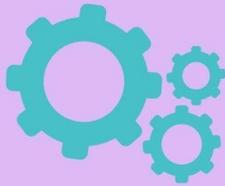
Se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno



		
ALEGRÍA	TRISTEZA	CONFIANZA
		
MIEDO	SORPRESA	VERGÜENZA
		
DESAGRADO	FURIA	ANSIEDAD

Imagen 4: Póster sobre las emociones. (Imagen confeccionada ad hoc).

Funciones de las emociones



ADAPTATIVA



MOTIVACIONAL



SOCIAL



Es importante percibir las, comprenderlas y regularlas para aprender a manejarlas, ya que esto nos permitirá:

- ➔ Visualizarlas en uno mismo y en los demás
- ➔ Expresarlas ante los demás para poder comunicarnos
- ➔ Detectarlas en nuestros propios pensamientos
- ➔ Dirigir nuestra atención a la resolución de problemas que se nos puedan presentar
- ➔ Identificarlas para hacer un buen uso de ellas en la toma de decisiones

Imagen 5: Continuación de Póster sobre las emociones. (Imagen confeccionada ad hoc).

Anexo 4: Papeles con nombres de las emociones

Alegría

Tristeza

Confianza

Miedo

Sorpresa

Vergüenza

Desagrado

Furia

Ansiedad

Anexo 5: Video de YouTube

Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=DGrQSo0IbYI>



Esquema 6: Video “Aceptar una enfermedad Crónica”. (GEducaEII, 2016)

Anexo 6: Yo deseo...

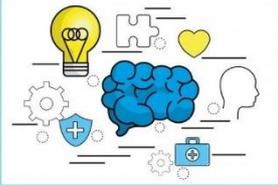
1. Yo deseo.....
2. Yo deseo.....
3. Yo deseo.....
4. Yo deseo.....
5. Yo deseo.....
6. Yo deseo.....
7. Yo deseo.....
8. Yo deseo.....
9. Yo deseo.....
10. Yo deseo.....

Anexo 7: Folleto informativo

SALUD MENTAL

Proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Su preservación implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Ley N° 26657



CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Son aquellos consumos que afectan negativamente, en forma aguda o crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales




TRABAJO FINAL DE GRADO PLAN DE INTERVENCIÓN

Llanes Milagros



TALLER PSICOEDUCATIVO

PREVENCIÓN DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO

Imagen 7: Cara externa del folleto informativo. (Imagen confeccionada ad hoc).

<p>¿QUÉ IMPLICA MI TRATAMIENTO?</p> <p>INTERNACIÓN: Es un proceso que se llevará adelante en un tiempo breve, respetando tus derechos como paciente y promoviendo el mantenimiento de vínculos con tus familiares y allegados</p>  <p>EQUIPO INTERDISCIPLINARIO En él se articulan diferentes profesionales de la salud e instituciones, a fin de construir una estrategia terapéutica según y acorde a la necesidad e individualidad de cada usuario</p>	<p>¿QUÉ HAGO DESPUÉS DEL ALTA?</p> <p>¡Seguir las indicaciones que los profesionales te recomendaron!</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con tu tratamiento en otra institución, en el caso de derivación ✓ Asistir a las sesiones que hayas programado con tu médico psiquiatra y/o psicólogo ✓ Tomar adecuadamente la medicación, respetando el horario y la dosis prescrita ✓ Cuidar de tu salud física y psíquica en general <p>¿Por qué esto es importante?</p> <p>Porque de lo contrario podría verse reducida tu calidad de vida, aumentar la probabilidad de sufrir una recaída o de abandonar definitivamente el tratamiento</p>	<p>¿QUÉ SIGNIFICA "ABANDONAR EL TRATAMIENTO"?</p> <p>El abandono de tratamiento se produce cuando una persona finaliza un proceso terapéutico a pesar de todavía requerir ayuda profesional</p> <p>¿QUÉ HAGO SI SIENTO QUE NECESITO AYUDA?</p> <p>¡No te preocupes! Todos necesitamos ayuda muchas veces. Lo importante es poder solicitarla</p>  <p>Podes buscar alguien de confianza para hablar de lo que te sucede,</p> <p>Solicitar una cita con tu médico psiquiatra y/o psicólogo,</p> <p>O concurrir a la guardia del Hospital, que atiende las 24 hrs.</p>
---	---	--

Imagen 8: Cara interna del folleto informativo. (Imagen confeccionada ad hoc).

Anexo 9: Matriz de evaluación de impacto. (Instrumento confeccionado ad hoc).

Categoría de análisis	Indicador	Respuestas
Incremento de la adherencia terapéutica del paciente	Cumplimiento de todas las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario de profesionales.	
	Asistencia a las citas con el/los profesionales tratantes.	
	Realización de cambios en su estilo de vida luego de comenzar el tratamiento.	
Incremento de la motivación del paciente para realizar el tratamiento	Reconocimiento de sus expectativas en relación al tratamiento.	
	Identificación de situaciones o estados de ánimo que aumenten o disminuyan la motivación.	
	Planteamiento de objetivos a cumplir a lo largo del tratamiento.	
Proporción de información al paciente sobre su tratamiento.	Conocimiento sobre su patología y su respectivo tratamiento.	
	Reconocimiento de la importancia del adecuado cumplimiento terapéutico.	
	Identificación de herramientas a las que recurrir en caso de necesitar ayuda.	

Anexo 10:

Cuestionario para evaluación pre y post-test sobre el Taller Psicoeducativo de prevención del abandono de tratamiento en pacientes internados por Consumo Problemático de Sustancias en el “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua” (Instrumento creado ad hoc).

1) ¿Ha cumplido con las indicaciones brindadas por su equipo tratante?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

2) ¿Ha olvidado tomar la medicación indicada por su médico psiquiatra?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

3) ¿Ha asistido a las citas programadas con los profesionales implicados en su tratamiento?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

- 4) ¿Qué tan importantes considera que son las sesiones con los profesionales de su equipo tratante?
- No son importantes
 - Son poco importantes
 - Me son indiferentes
 - Son importantes
 - Son muy importantes
- 5) ¿Considera que ha logrado hacer cambios en su estilo de vida desde que comenzó el tratamiento?
- No logrado
 - Medianamente logrado
 - Logrado
 - Muy logrado
- 6) Si ha incorporado cambios en su estilo de vida, ¿considera que estos han sido positivos?
- No
 - Si
 - No he incorporado cambios en mi estilo de vida
- 7) ¿Ha logrado reconocer las expectativas que tenía con respecto a su tratamiento?
- No logrado
 - Medianamente logrado
 - Logrado
 - Muy logrado

8) ¿Considera que sus expectativas en relación al tratamiento se han cumplido hasta el momento?

- Ninguna
- Pocas
- Algunas
- Muchas
- Todas

9) ¿Ha tenido que atravesar situaciones o estados de ánimo que hicieron que disminuya su motivación por realizar el tratamiento?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

10) ¿Ha vivido alguna situación que incrementó su motivación para realizar el tratamiento?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

11) ¿Reconoce motivos por los cuales desee continuar el tratamiento?

- Ninguno
- Pocos

- Algunos
- Muchos

12) ¿Ha logrado reconocer objetivos que desea alcanzar a lo largo del tratamiento?

- No logrado
- Medianamente logrado
- Logrado
- Muy logrado

13) Hasta el momento, ¿considera que ha logrado los objetivos propuestos?

- No logrado
- Medianamente logrado
- Logrado
- Muy logrado

14) ¿Considera que ha adquirido conocimientos acerca de su patología?

- No logrado
- Medianamente logrado
- Logrado
- Muy logrado

15) ¿Considera que ha logrado comprender las indicaciones, recomendaciones y pasos a seguir con respecto a su tratamiento?

- No logrado
- Medianamente logrado
- Logrado
- Muy logrado

16) ¿Qué tan importante cree que es el adecuado cumplimiento terapéutico?

- No es importante
- Es poco importante
- Es indiferente
- Es importante
- Es muy importante

17) ¿Conoce razones por las cuales es importante cumplir con las indicaciones dadas por su equipo tratante?

- Ninguna
- Pocas
- Algunas
- Muchas

18) ¿Puede identificar alguna persona de confianza a la cual recurrir en caso de necesitar ayuda?

- Ninguna
- Pocas
- Algunas
- Muchas

19) ¿Logró conocer los servicios que brinda el Hospital a los cuales puede acudir en caso de emergencia?

- No logrado
- Medianamente logrado
- Logrado
- Muy logrado