

Universidad siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología.
Patología Dual: Fortalecimiento de vínculos y acompañamiento familiar.
Sanatorio de Córdoba. “Prof. León S. Morra”
Sofía Gallo
Leg. PSI 03913
Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra
Rio Cuarto, Córdoba
Septiembre, 2021

Dedicatoria

A mi mamá. Sólo nosotras sabemos lo que significa. Mi amor y guía. Por acompañarme e incentivarme día a día en este camino.

Agradecimientos

A mi papá... por iluminarme con los valores más esenciales de la vida: al respeto, gratitud y bondad.

A mis abuelos... por enseñarme que antes de ser profesional, hay que ser buena persona.

A mi familia... por sus palabras de aliento en los momentos más oportunos.

A mis amigas y amigos... que me acompañaron en cada tropiezo y celebraron cada logro.

A mis compañeros y compañeras... por ayudarme a crecer, por enseñarme de compañerismo y unión.

A cada persona que aportó su granito de arena con su amor y con su aliento: Disfrute cada momento de esta etapa, fue mi mejor elección. ¡Gracias!

“De a poco fui aprendiendo que lo que a mí me dolía podía llevarlo conmigo y no dejarme arrastrar por eso.

Nada fue mágico, nada lo es.

Todos los días me preguntan cómo hacer para sacar una herida que pica, que arde y que entorpece el paso. Y siempre pienso lo mismo.

Ustedes lo van a hacer mejor que nadie. Compren su propio discurso.

Usen las herramientas que tienen adentro. Se trata de ponerle bien el oído al alma.

Pidan luz, gente que les alumbre el camino y les haga de faro en el medio de la oscuridad, pero no pidan que alguien camine por ustedes. No existe ese alguien.

La vida tiene la impronta de cada uno, lo que cada uno da. No compren en kioscos donde les digan que ahí se vende de eso de lo que buscan, porque si hay alguien que vende de eso, en todo caso, son ustedes mismos.

Nadie mejor que ustedes sabe qué, cómo y cuándo. Y si no pueden, busquen a esa persona que, con la humildad de aquel que verdaderamente sabe les diga “Te va a doler, pero yo te acompaño hasta que se calme un poco”. Y cuando ese dolor sea tan intenso que nada lo apague, sepan que siempre tienen dos opciones. Frenar y no seguir más. O asumir que la vida también es eso, y que roto se puede caminar igual. La vida es hermosa, aunque muchas veces pegue inesperadamente donde no tiene que pegar. Pero es parte. Como lo es todo. Asumirlo libera. Negar el dolor es la forma mas certera de perpetuarlo.

Aceptar, asumir, buscar lo que alivie el alma en esos momentos.”

Lorena Pronsky.

“No hay cicatriz, por brutal que parezca, que no encierre belleza.

Una herida puntual se encuentra en ella, algún dolor. Pero también su fin.

Las cicatrices, pues, son las costuras de la memoria, un remate imperfecto que nos sana dañándonos.

La forma que el tiempo encuentra que nunca olvidemos las heridas.”

- Piedad Bonnet

INDICE

Resumen	7
Introducción	8
Línea estratégica de intervención.....	10
Nuevos Paradigmas en Salud Mental	10
Resumen de la institución	13
Delimitación del problema / necesidad objeto de la intervención.....	18
Objetivos.....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos	20
Justificación.....	21
Marco Teórico.....	23
Capítulo 1.....	23
Una mirada compleja a los abordajes de salud	23
Capítulo 2.....	28
Pacientes, familias y funciones.	28
Capítulo 3:.....	37
Modalidades de tratamiento para con los familiares del paciente.....	37
Capítulo 4:.....	39
Dispositivo Grupal; La psicoeducación como herramienta de cambio.....	39
Actividades	44

Planificación de actividades	49
Cronograma de trabajo: Diagrama de GANTT	63
Presupuesto de Recursos materiales y Honorarios profesionales	64
Presupuesto	65
Honorarios profesionales	65
Evaluación de impacto	66
Resultados esperados.....	67
Conclusiones.....	68
Referencias bibliográficas.....	70
Anexo	74

Resumen

El vigente Plan de Intervención fue elaborado desde la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 como Trabajo Final de Grado. A partir de un riguroso análisis acerca del Sanatorio “Prof. León S. Morra” se identificó una elevada demanda de pacientes con patología dual y la necesidad de ampliar las propuestas y protocolos de trabajo para con los familiares de tales pacientes. Por lo tanto, se propuso realizar un dispositivo taller que aborde los vínculos familiares, tomando relevancia los espacios de escucha y de contención, asimismo, se buscará fomentar la comunicación y el acompañamiento intrafamiliar. El mismo constará de 6 encuentros con frecuencia de una vez por semana, desarrollando diversas actividades previamente pautadas y pensadas específicamente según cada objetivo propuesto. Este dispositivo será evaluado a través de un pre - test antes de comenzar el taller y un post - test luego de realizarlo, con la finalidad de valorar los logros obtenidos y confeccionar recomendaciones futuras en la institución.

Palabras claves: Patología dual, Acompañamiento familiar, Psicoeducación, Contención.

Introducción

A modo introductorio, se utiliza el término patología dual en el campo de la salud mental, para valorar aquellos pacientes que sufren de manera simultánea o a lo largo de su vida una adicción y un trastorno mental. La presencia de esta concomitancia dificulta el diagnóstico, lo que hace necesario un tratamiento integral de mayor complejidad que otras psicopatologías.

En este sentido, la unidad familiar aparece como un componente vital de soporte para muchas de las personas que padecen tal patología. Siguiendo esta línea, Almudena (2015) plantea que los enfoques familiares han mostrado ser altamente eficaces en la mejora de la retención y adhesión de los pacientes consumidores a los programas terapéuticos, y que es significativa la reducción del consumo y de los problemas de conducta asociados. En otras palabras, la autora plantea que un buen acompañamiento familiar lograría la disminución de la sintomatología psicopatológica y la persistencia temporal de los logros terapéuticos.

Si lo que se quiere lograr es disminuir la sintomatología del paciente, desde un posicionamiento profesional, es importante preguntarse ¿Cómo se pueden fortalecer tales vínculos familiares y redes de apoyo en relación a los pacientes del Sanatorio “Prof. León S. Morra”? A lo largo del trabajo, se buscará responder tal interrogante, partiendo de una perspectiva general donde la educación y la reflexión cobran gran importancia, donde la familia es igual de protagonista que el paciente. La promoción de espacios intra - vinculares podrían traer aparejados grandes cambios, no sólo hacia el consultante, sino también, hacia el núcleo familiar en cuestión. Como objetivo principal, se plantea hacer hincapié en tales redes de contención, promoviendo espacios de caridad y calidad,

entendiendo a la comunicación y reflexión como dos herramientas indispensables en la vida de las personas.

Línea estratégica de intervención

Nuevos Paradigmas en Salud Mental

La psicología es una de las tantas ciencias que en la actualidad viene atravesando nuevos abordajes y cambios paradigmáticos. Siguiendo esta línea, en el presente Trabajo Final de Grado se realizará un plan de intervención que buscará ampliar las propuestas y protocolos de trabajo para con los familiares de pacientes que padecen patología dual, la cual será abordada desde el Sanatorio de Morra de Córdoba Capital. Para ello, se trabajará sobre una de las líneas estratégicas de intervención planteada por la Universidad Siglo 21, la cual se denomina “Nuevos paradigmas en Salud Mental”. En otras palabras, el escrito se desarrollará partiendo desde la nueva concepción de salud mental, buscando articular la problemática elegida con los nuevos paradigmas.

El concepto de paradigma ha ido mutando y evolucionando a lo largo de los años, actualmente presenta una polisemia de significados provistos por distintos autores a lo largo de la historia, desde los griegos hasta la actualidad. Como figura relevante, se encuentra Tomas Kuhn, un físico y filósofo norteamericano quien le dio importancia a este término en el ámbito de la epistemología y sociología del quehacer científico. Según Kuhn (citado por Contreras, 1996) un paradigma es un sistema de creencias, principios, valores que implican un accionar para la búsqueda del conocimiento; y continua su definición planteándolo como "realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (Kuhn, 1986).

Por otro lado, Rivas Balboa (1996), lo describe como una síntesis de compromisos grupales, como modelos de ver al mundo compartidos por un grupo de científicos. Para la RAE, un paradigma puede definirse como “una teoría o conjunto de

teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento”. (Real Academia Española, 2019).

Partiendo de estas definiciones, sobre la salud mental se han formulado infinidad de modelos conceptuales a lo largo del tiempo, algunos de los cuales se han transformado en paradigmas claves y vigentes.

El 25 de noviembre de 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la cual da cuenta de un enfoque más amplio e integral de derechos, posicionándose como un nuevo paradigma sobre la relación entre el Estado y las personas con algún padecimiento mental. Se entiende como un nuevo modelo paradigmático ya que la Ley reconoció a las personas como sujetos de derechos, promoviendo el derecho humano a la salud, en el ámbito específico de la salud mental. A merced de esta nueva visión es que las prácticas institucionales se modifican, en donde toma relevancia la búsqueda de un abordaje desde una perspectiva de salud y no desde la enfermedad, ya no haciendo hincapié en las debilidades sino también en las fortalezas y las capacidades de las personas, en sus aspectos saludables, primando la restitución y reforzamiento de los lazos sociales y familiares.

En el artículo 3, la Ley postula lo siguiente:

“... reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. (Ley N° 26657, 2013, p.10).

En otras palabras, la Ley estableció un modelo completamente distinto a la problemática en cuestión, intentando imponer cambios muy profundos tanto en la concepción desde el Estado sobre las personas con algún padecimiento mental, como así también en el abordaje y tratamiento que se les otorga. Lo planteado remite a premisas necesarias sobre las cuales se estructura toda una manera de interrelación y de atención, a fin de construir una sociedad más inclusiva, y con ella, más igualitaria. Esto implica modificar no sólo el paradigma anteriormente vigente en salud, sino buscar igualdad en una sociedad estructuralmente desigual (P. Glanc, 2017).

Resumen de la institución

El Sanatorio Morra, situado en la Capital de Córdoba, es una institución privada de salud mental fundada en 1927 por el profesor León Sebastián Morra. En sus inicios, su tarea consistía en abordar enfermedades neuropsiquiátricas como modalidad de internación, tal como lo demandaban las prácticas profesionales de la época. Años más tarde, en 1960, se incorporaron consultorios externos que funcionaban en el centro de la ciudad de Córdoba.

En la actualidad, la institución realiza acciones con el fin de evitar las internaciones crónicas basándose en cinco pilares fundamentales que plantea la ley en vigencia, como lo son la interdisciplinariedad de la acción profesional, la desjudicialización de las patologías psiquiátricas, la despsiquiatrización de los problemas sociales, el abordaje de salud mental en la esfera de la salud, la desmanicomialización institucional. Para ello, en el año 2000, el Sanatorio Morra propuso dispositivos intermedios, a cargo de una batería de profesionales, que funcionan actualmente con el fin de asistir a pacientes con patologías psiquiátricas de menor complejidad, a través de la prevención, promoción y preservación de la salud mental. Siguiendo esta línea, aparecen como instancia intermedia entre la internación y la externación definitiva, las casas de medio camino, residencias compartidas y principalmente los dispositivos de hospital de día, instalando un plan de tratamiento que con la actual ley de salud mental tiene plena vigencia (Extraído de Canvas, 2019).

Dicho Sanatorio, cuenta con 97 empleados en relación de dependencia y 190 profesionales y personal de apoyo técnico que no mantienen relación de dependencia. De ellos, 180 poseen título profesional, 60 tienen título técnico y 47 no cuentan con estudios superiores. Desde su creación al presente, la institución lleva el registro de,

aproximadamente, 66 mil historias clínicas. Otro dato relevante, es que se atienden alrededor de 250 pacientes internados y 5900 pacientes en forma ambulatoria por mes. (Universidad Siglo 21 (2019) Antecedentes). A continuación, explicitarán los datos generales del Sanatorio de Morra:

- Dirección: Av. Sagrada Familia esq. Nazaret - B° Urca - Córdoba Capital
- Tel: (0351) 482-2191 / 481-8335
- Correo Electrónico: sanatoriomorracordoba@gmail.com
- Página Web: <https://www.morrasanatorio.com>
- Facebook: <https://www.facebook.com/sanatoriomorra.sa>

Como recorrido histórico, aparece la figura del fundador y profesor S. Morra, el cual fue un visionario, según diversos documentos que lo definen como tal. Posteriormente, se plasmará una breve descripción vinculada a su labor, a la percepción de su persona y a su pensamiento acerca de la salud mental, con el objetivo de ahondar y comprender su visión.

S. Morra se graduó como farmacéutico y años más tarde, como médico cirujano en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Se desempeñó en el cargo de profesor suplente de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, donde más tarde ejerció como profesor titular y consejero. Entre 1924 y 1928, llegó al puesto máximo de rector de la universidad más antigua de Argentina, posición que ocupó nuevamente entre 1945 y 1946.

El lamentable calificativo de “alienados” era la descripción que se utilizaba en esa época, para referirse a aquellos pacientes que sufrían trastornos psiquiátricos. En relación con ellos, precisó, en una conferencia que dio en 1915 en el Círculo Médico de Córdoba,

aspectos que debía contemplar una legislación que reformara las condiciones con que eran tratados y considerados los “insanos”. En este sentido, S. Morra consideró pertinente una legislación sobre “alienados” (Canvas, 2019).

A partir de ese momento, se generó una transformación fundamental, según Osvaldo Loudet (1997), médico psiquiatra e historiador. En primer lugar, sustituyó el nombre del establecimiento de asilo por “Hospital de Alienadas” (al parecer, tenían únicamente mujeres de pacientes). Tal cambio de denominación tuvo un sentido trascendental: ya no eran un cúmulo de personas “dementes” en un asilo, más bien se empezó a pensar a las pacientes como personas con necesidades terapéuticas específicas. Luego de este suceso, se empezó a hablar de seres humanos con derechos, con problemas mentales que, posiblemente, eran transitorios y, en tal caso, curables.

Otro de sus propósitos fue brindar servicio asistencial de acuerdo con los parámetros científicos de la época. “Clasificó las enfermas según las formas clínicas de las dolencias y multiplicó las salas para los tratamientos más adecuados” (Loudet, 1977). En este sentido, una de las decisiones sobresalientes de L. Morra, fue la de eliminar “los medios violentos para dominar los agitados y peligrosos” (Loudet, 1977), con lo que el chaleco de fuerza se reemplazó por psicofármacos y psicoterapia.

Cabe destacar que la ley actual de salud mental de la Provincia de Córdoba, N.º 98481, promulgada en 2010, toma varias de las propuestas de Morra vinculadas al respeto, dignidad y derechos de las personas con padecimiento mental. (Universidad Siglo 21 (2019). La Visión Morra”).

En cuanto a la Misión del Sanatorio Morra, está estipulada desde los inicios de la Institución. Su creación tiene como objetivo generar una mejor calidad de vida para sus

pacientes desde la prevención, el tratamiento y la asistencia; para su recuperación personal y su reinserción en los distintos ámbitos. En lo que respecta a las principales herramientas de esta institución, se destacan el compromiso con la persona, la capacitación junto a la investigación constante y el compromiso humano de sus profesionales, todo enmarcado en un entorno contenedor. (Universidad Siglo 21 (2019).” Misión”).

Tras el fallecimiento de L. Morra en 2003, sus dos hijos médicos León y Carlos Morra, asumieron la dirección del Sanatorio poniendo en marcha una gran cantidad de cambios, con el fin de convertirse en una institución de Salud Mental emblemática. El sanatorio se constituyó como una Sociedad Anónima. A continuación, se plasmará el organigrama institucional.

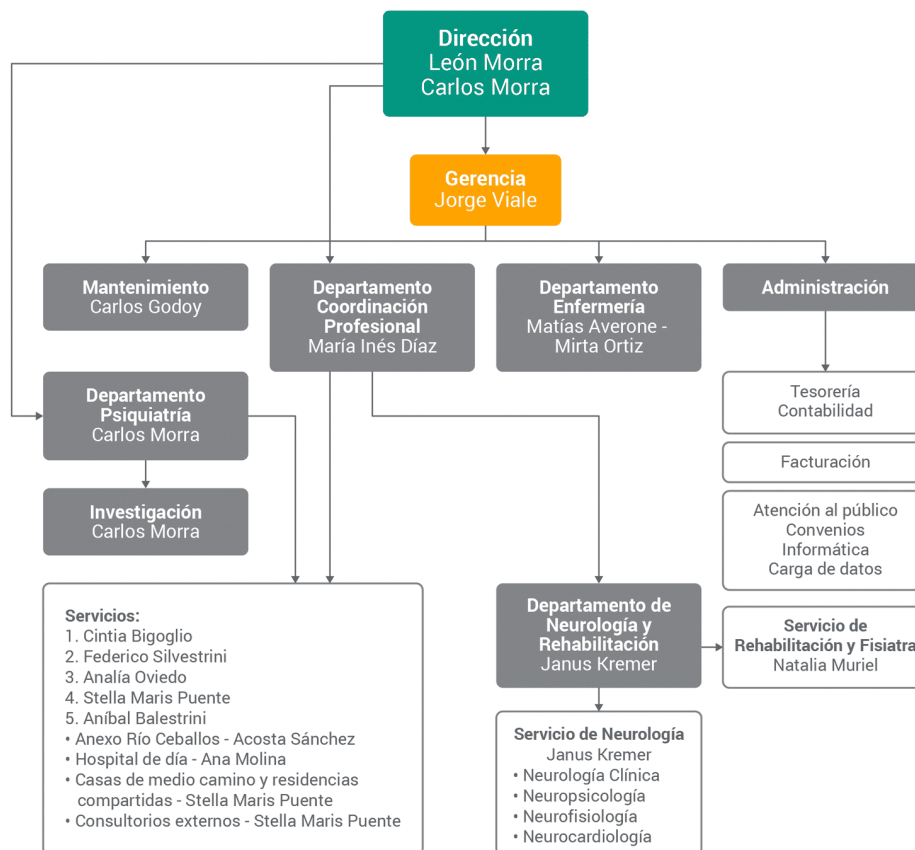


Figura 1: Organigrama del Sanatorio Morra - Fuente: Universidad Siglo 21, 2019.

Continuando, establecemos que el foco de atención que aquí nos compete, más allá del sondeo institucional realizado, se asienta en la particularidad de que el sanatorio Morra es el lugar al cual concurren por atención pacientes no solamente oriundos de la provincia de Córdoba, sino también de otras como La Rioja, San Luis, San Juan, Mendoza y Santiago del Estero. Entonces, la cantidad de subjetividades involucradas en la institución es de enorme caudal, por eso resulta poco apropiado reducir el número de patologías tratadas al número de personas tratadas, ya que cada una de ellas puede ser portadora de una o múltiples afecciones. Muestra de ello es que los datos demográficos obtenidos arrojan una 16 franja etaria de pacientes que va desde: 16 a 30 años =25% / 30 a 60 años = 40% / 60 a 75 años = 25% / más de 75 y menos de 18 años = 10%.

Por lo anterior, la institución tiene presente la posibilidad de implementación de la propuesta metodológica aquí presentada, concebida y pensada desde los ejes por los cuales la organización rige su praxis. Conforman estos una importante guía, a la hora de intentar sumar a un proyecto que involucre en su seno una mirada más inclusiva del sujeto y la concepción de salud.

Delimitación del problema / necesidad objeto de la intervención.

Luego de realizar una lectura y análisis meticoloso en la información que ofrece Canvas (2019) sobre el “Sanatorio Prof. León S. Morra”, se puede dilucidar, en su situación actual sobre las patologías que atiende, una gran demanda de pacientes con patología dual y la necesidad de ampliar las propuestas y protocolos de trabajo para con los familiares de tales pacientes, haciendo hincapié en este caso, en familiares de los usuarios menores de 18 años.

La patología dual es definida como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones (Ministerio de Salud, 2018). Al tratarse de pacientes con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes en consulta y presentan mayor gravedad, tanto la perspectiva clínica como la social, que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica).

A lo largo del tiempo, la salud mental ha sido un tema permeado por el desconocimiento, por lo que, en un principio, la atención adecuada se ha limitado principalmente en el primer espacio de socialización: la familia. Esto último, trae aparejadas consecuencias en los vínculos afectivos del sujeto para con los miembros de la familia y con otros círculos de socialización.

Tomando lo planteado por la plataforma de Canvas (2019), el Sanatorio Morra ofrece atención ambulatoria e internación y dispositivos intermedios. Actualmente, se implementó el trabajo con la familia para educar en relación a la problemática de salud, con el objetivo de romper con el concepto de peligrosidad. En los dispositivos intermedios, esta red de contención toma un papel fundamental en el proceso del tratamiento.

Es de vital importancia que los pacientes reciban una atención integrada, no sólo por un equipo de trabajo interdisciplinar, sino también, haciendo hincapié en el núcleo familiar del mismo. Es un trabajo esencial, tanto para la familia como para el paciente dual, afrontar el tratamiento con todo el respeto y dignidad que este amerita. Este proceso implica rever el trato y la comunicación que hay entre los canales familiares, ya que ellos son los que viven y acompañan de forma más cercana toda su evolución.

Objetivos

Objetivo General

- Ampliar las propuestas y protocolos de trabajo para con los familiares de pacientes con patología dual del Sanatorio Morra, a través de un taller psicoeducativo.

Objetivos Específicos

- Propiciar espacios para la atención y psicoeducación a nivel familiar y vinculación afectiva con los pacientes del “Sanatorio Prof. León S. Morra”.
- Fomentar herramientas psicoeducativas para los familiares de los usuarios, que aporten a la convivencia, interacción y comunicación intrafamiliar.
- Orientar a las familias sobre el diagnóstico clínico, que permita crear conciencia de la enfermedad, dejar de lado prejuicios y facilitar la reinserción social

Justificación

El Sanatorio de Morra, en la actualidad, le brinda suma importancia al trabajo con los familiares y amistades de los pacientes que llegan a consulta, con el objetivo de educar en relación a la problemática de salud mental y romper con el concepto de peligrosidad (extraído de Canvas, 2019). Como se mencionó anteriormente, el mismo presenta alta demanda de pacientes duales, lo cual, para lograr un tratamiento eficaz, requiere un compromiso sumamente activo por parte de la institución y su equipo de trabajo.

Siguiendo esta línea, el trabajo de los profesionales en salud cobra un papel esencial: se busca promover, en el proceso de internación, el acompañamiento hacia la red de apoyo y familiares del paciente. Esto se logra teniendo en cuenta las situaciones de la dinámica familiar que hicieron necesaria la institucionalización de los sujetos en cuestión, brindándoles las herramientas de cuidado y protección que sean necesarias. Duque, M. (2020) en su informe final, plantea que una de las dificultades que obstaculizan el proceso del paciente, son las rupturas afectivas que se dan por el desconocimiento del adecuado manejo del cuadro clínico, y por el poco o nulo compromiso que las familias tienen para con los pacientes en cuestión. En otras palabras, la escasa preparación que tiene los familiares para acompañar el tratamiento y la reinserción del enfermo, se ve reflejado en tal, generando nuevas recaídas, situaciones de amenazas o vulneración de derechos, y en algunos casos (luego del alta) el reingreso a la internación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, en el presente Trabajo Final de Grado, se buscará ampliar las propuestas de trabajo para con los familiares de dichos pacientes, reconociendo la importancia de la misma, brindando el acompañamiento, apoyo y vinculación que este amerite. Se buscará pensar e identificar cómo se pueden

fortalecer los vínculos de las familias y redes de contención en el Sanatorio a través de espacios psicoeducativos y reflexivos donde se pongan en juego las herramientas necesarias que posibiliten la convivencia y retorno al medio sociofamiliar.

En lo que respecta a dichos espacios, tienen como objetivo ampliar nuevos niveles de comprensión, y, por ende, traen aparejadas modificaciones subjetivas no sólo en la relación profesional – paciente – familia, sino también proporcionarían una amplia base de comunicación y establecimiento de nuevas metas y objetivos compartidos a nivel individual y familiar (Apfelbaum, et al., 2005).

Marco Teórico

Capítulo 1.

Una mirada compleja a los abordajes de salud

“El fin del estado no es convertir a los humanos de bestias racionales a autómatas, sino lograr más bien que su alma y su cuerpo desempeñen sus funciones con seguridad y que con ellos se sirvan de su razón libre y que no se combatan con odios, iras o engaños, ni se ataquen con perversas intenciones. El verdadero fin del estado es, pues, la libertad”.

Baruch Spinoza

Resulta interesante ahondar en la importancia que tienen en la actualidad los tratamientos de salud mental y, al mismo tiempo, distinguirlos con los métodos de la época. Con el objetivo de entender los cambios de paradigma y los nuevos enfoques en salud, en un breve recorrido histórico, se darán a conocer algunos de los cambios que han impactado en las ciencias de la salud para lograr los tratamientos integrales que actualmente poseen mayor eficacia. De este modo, es esencial que en la actualidad empiece a tomar mayor relevancia el acompañamiento, la psicoeducación y la función de guía que debe tener un tratamiento dirigido tanto para con el consultante como para los familiares del mismo, permitiendo lograr un abordaje integral desde los nuevos paradigmas vigentes.

En este sentido, E. Morín (1990) plantea un paradigma muy interesante que se articula estrechamente a esta nueva visión de salud, se trata del “Paradigma de la Complejidad”. El mismo, entiende que los fenómenos del mundo son complejos, y que convergen múltiples interacciones en procesos en los cuales el dinamismo es constante. El autor entiende a la complejidad como una manera de ver al mundo, el cual ofrece

nuevas formas de sentir, pensar y actuar que orientan el procedimiento de la realidad y la adquisición de criterios para posicionarse y cambiarla, a través de valores, pensamientos y acciones.

Morín (1990), busca reunir aportes de diversos campos, con el fin de lograr una perspectiva ética en la construcción del conocimiento. Desde tal paradigma se propugna el concepto de “equidad”, en donde apostar por la equidad remite, en definitiva, al rechazo a la imposición de una única forma de pensar, de hacer y de actuar que favorece la pérdida de una riqueza de límites insospechados y perpetua los sistemas de dominio de las minorías sobre las mayorías (Pujol, 2002). Desde el paradigma de la complejidad, la dimensión de la acción, indisociable a la de creación de conocimiento, se enmarca en una perspectiva ética que apuesta por el ambiocentrismo, la equidad, y el diálogo entre lo individual y lo colectivo.

Tal paradigma define acción ciudadana como un modelo de vida vinculado a la libertad, de la mano a la responsabilidad y participación, en donde los sujetos son definidos simultáneamente como actores y estrategias de esta realidad (Roger, ER, 1997). A partir de los aportes de diferentes autores pertenecientes al paradigma de la complejidad, se puede pensar la concepción de sujeto en un constante devenir, inmerso en tal constante devenir y donde ya no hablamos de “límites-limitantes”, sino de, “límites fundantes”, los cuales no son fijos ni claros, sino que constituyen una dinámica de intercambios y da lugar a pensar la noción de vínculo (Najmanovich, 2011).

Tomando los aportes de Morín, hoy en día la salud mental también está impregnada de complejidad. La ciencia moderna, y, por ende, los tratamientos en salud, dieron un giro drástico. Se entiende al sujeto como es un ser en constante interrelación, con el mundo y con los otros. En definitiva, para Morín: “Ser sujeto, es ser autónomo

siendo, al mismo tiempo, dependiente. Es ser algo provisorio, parpadeante, incierto, es ser casi todo para sí mismo, y casi nada para el universo.” (Morín, 1990, p.61).

Con el objetivo de vincular la noción de tal paradigma con las prácticas actuales en salud y con el Sanatorio seleccionado para realizar el presente trabajo, se desarrollarán dos conceptos claves vinculados a tal cambio paradigmático, los cuales son: “desmanicomialización” e “interdisciplina”.

A. Sampayo (2005), en su trabajo de investigación, hace un breve recorrido histórico acerca del primer concepto. En primer lugar, y etimológicamente hablando, la palabra manicomio viene del griego manía: locura y koméo: cuidar. En el Siglo XIX, el manicomio, loquero, hospicio o psiquiátrico, eran las denominaciones comunes que tenían los hospitales de salud mental que estaban a cargo del Estado. Dichos establecimientos aglutinaban a personas de bajos recursos económicos, con escasa inserción social y contención afectiva. En cuanto a las instituciones neuropsiquiátricas privadas recibían el nombre de sanatorios o clínicas, que albergaban a los mismos pacientes, pero con la diferencia de que éstos tenían mayor poder adquisitivo, por lo tanto, recibían mejor atención en mejores condiciones edilicias. En definitiva, las personas que se encontraban internadas en los manicomios habían perdido todos sus derechos: no gozaban de salud, ni de libertad, ni de igualdad, ni siquiera votaban porque la mayoría no tenía documento, por lo tanto, no existían como ciudadanos.

En el siglo XX comienzan los cuestionamientos al manicomio y al Modelo Médico Hegemónico que éste aplica. Foucault llama a tal acontecimiento “primeras reacciones anti - psiquiátricas”, haciendo referencia al Psicoanálisis, que postulará la etiología de las enfermedades mentales en relación con conflictos psíquicos internos. Al mismo tiempo, se modificarán fuertemente las prácticas propias del campo: se pasará del

modelo asilar (con funciones de control, encierro y clasificación) al modelo del “tratamiento por el espíritu” (A. Sampayo, 2005).

Para lograr tales cambios, era de fundamental la participación de profesionales de diferentes disciplinas con el fin de instrumentar acciones interinstitucionales e interdisciplinarias. Al mismo tiempo, se trataba de modificar los criterios psiquiátricos tradicionales centrados en el diagnóstico de enfermedad hacia criterios basados en la salud. Para lograrlo, era necesario que el paciente, su familia y la comunidad participaran del proceso de atención. El propósito era doble: por un lado, maximizar el uso de los recursos de salud del paciente y su comunidad para el tratamiento y, por el otro, obtener un control participativo sobre las decisiones que le concernían y el tratamiento que le afectaba (A. Sampayo, 2005).

Aquí es donde surge la Ley Nacional de Salud Mental 26657, sancionada en el año 2010, la cual se promulga con el objetivo de cambiar el panorama general de atención de la Salud Mental en todo el país. Como ya se sabe, el campo de la Salud Mental es un territorio amplio y complejo, por lo que requiere un enfoque adaptado a tal complejidad. La presente ley introduce el concepto de desmanicomialización, que según IDEP Salud (s/f), implica dignificar la atención de la salud mental, transformando el vínculo entre el profesional y la persona integrada implementando internaciones cortas en hospitales o centros de salud. Significa recuperar los lazos familiares y sociales de los internados, garantizando vivienda, trabajo, buscando mejorar la utilización y distribución de los recursos físicos, humanos y económicos. Desmanicomializar es brindar más información, apoyo y contención a las familias, convirtiendo el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental, implementando nuevas alternativas de tratamiento. Se

intenta procurar atención ambulatoria, domiciliaria, sin dejar de lado la importancia de todos los trabajadores del hospital.

En consecuencia, se empezó a cuestionar a la medicina como una única disciplina para abordar la cuestión temperamental y se empieza a incorporar a otros profesionales, de otras especialidades, que piensan con otros criterios la cuestión, introduciéndose la noción de interdisciplina. Esta última, es otro de los conceptos que dio un giro importante en los nuevos paradigmas y que se vincula con la problemática a desarrollar. Se entiende a la interdisciplina como un principio que tiene como objetivo evitar que el campo de la salud mental sea abordado únicamente por la medicina, buscando el abordaje desde distintas áreas que deben trabajar relacionadas entre sí, tales como la psicología, enfermería, trabajo social, etc. Siguiendo esta idea la plataforma de Canvas (2019), menciona que el Sanatorio Morra en su plantel cuenta con tratamientos interdisciplinarios, abarcando diversos profesionales tales como médicos clínicos, especialistas en medicina interna, médicos psiquiatras, neurólogos, psicólogos clínicos con formaciones específicas, especialistas en violencia familiar y equidad de género. Cada profesional cuenta con equipos de trabajo que se encargan de planear y realizar una atención integral que posibilite la adherencia al proceso de la persona, fortaleciendo el tratamiento a nivel individual y a las redes de apoyo siempre que sea necesario. Por lo tanto, la interdisciplina no sólo consiste en el trabajo realizado entre los profesionales de la institución, sino también, en la búsqueda del acompañamiento y fortalecimiento vincular hacia los familiares del paciente, tomando dimensión de lo que implica tal proceso.

Para concluir la idea, es necesario aclarar que al hablar de salud mental ya no se piensa al individuo solo – aislado, sino que junto a todo su entorno social y a la comunidad a la que éste pertenece. Se piensa al hombre como una unidad bio-psico-socio-cultural

que puede ser abordada desde diferentes disciplinas e interdisciplinariamente. Es un concepto integral porque rompe con las falsas antinomias: salud enfermedad, salud mental-salud física, individuo-sociedad, articulando a la salud mental con la salud en general y planteándola como un producto social. La salud mental está definida en su especificidad por la comunidad, en relación con su historia, con sus tradiciones, con los valores, con las diferentes subculturas, niveles educativos y socioeconómicos (A. Sampayo).

En el presente trabajo se intentará lograr un abordaje partiendo de tales cambios paradigmáticos, donde la salud mental si importa, donde no hay una única fórmula, donde los distintos pensamientos, valores, acciones son todas iguales de válidas, donde la importancia de las vivencias propias, el contexto en donde uno está inmerso, las maneras de vincularse, son imperativos que responden a un modo de ser, de sentir y de afrontar la realidad, tanto en la vida diaria como en un tratamiento psicológico.

Capítulo 2.

Pacientes, familias y funciones.

“Todo el que alguna vez ha construido un nuevo ciclo encontró antes el poder para ello en su propio infierno”.

Friedrich Nietzsche.

La importancia que tienen los tratamientos en salud radica principalmente en la información y capacitación que se tenga para abordar el mismo, lo que implica informarse acerca de los pacientes, de su historia vital, de su contexto, de su patología, para poder lograr las herramientas y recursos claves que posibiliten un acercamiento funcional y comunicacionalmente asertivo con el mismo. A continuación, se darán a conocer las

características de un paciente con patología dual, un pantallazo a las adicciones y trastornos mentales, y a su vez, los factores de riesgo y protección vinculados al funcionamiento familiar.

A. Patología Dual.

Como se describió anteriormente, la patología dual es una problemática en la que se observa la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y el consumo de sustancias psicoactivas, simultáneamente. Dicha patología consta de un difícil diagnóstico y tratamiento, la cual se puede identificar en personas con agudos estados depresivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos bipolares y trastornos de conducta (M. Becoña y M. Cortes, 2010).

La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los pacientes drogodependientes, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez. Aunque se acepta ampliamente el término de patología dual para referirnos a la coexistencia de la drogadicción y otra u otras psicopatologías, el término en sentido estricto hace referencia sólo a la concomitancia de dos trastornos, cuando la realidad muestra que pueden darse a la vez una adicción a más de una droga, como también pueden presentarse más de una psicopatología tanto del Eje I, del Eje II del DSM o de ambos. Por este motivo algunos autores plantean que sería más apropiado utilizar para referirnos a esta concomitancia de trastornos el término de “comorbilidad” (Becoña y López, en prensa; Kavanagh y Connolly, 2009; Weiss, Mirin y Frances, 1992).

Tomando lo planteado por M. Becoña y M. Cortés (2010), un paciente drogodependiente que no presente patología dual tiene más facilidad para seguir las instrucciones del terapeuta y beneficiarse de una intervención motivacional en algún

programa de prevención estandarizado. Esto no es generalizable para los casos de patología dual porque los acontecimientos estresantes en estos pacientes, pueden impactar considerablemente, lo que los convierte en personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003).

Siguiendo esta línea de autores, la importancia de esta dualidad tiene lugar de tratamiento tanto en Unidades de Salud Mental como en los Centros de Atención a las Drogodependencias. En este sentido, se sabe que la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar, y que estos últimos que acuden a los dispositivos de tratamiento al presentar, en su mayoría, patología dual. Por lo mencionado, se entiende que un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción, y viceversa, que la drogodependencia es un factor de riesgo para presentar algún trastorno mental. Los pacientes duales, si no se aborda la cuestión de manera adecuada, presentan más recaídas y dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento, y como consecuencia, un peor pronóstico en ambos trastornos. Dichos pacientes, suelen hacer un mayor uso de servicios asistenciales, tanto en las redes de Salud Mental como en las Drogodependencias (M. Becoña y M. Cortes, 2010).

El concepto de patología dual engloba a los trastornos mentales, en este sentido, el DSM-V (2013), en su 5ª edición, sostiene que, aunque ninguna definición es capaz de contener la multiplicidad de aspectos que engloban los trastornos mentales, la definición con mayor asertividad sería:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (p. 20).”

Paralelamente, la patología dual engloba al trastorno por consumo de sustancias, el cual en el DSM-V aparece la definición de la “adicción” como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, un uso compulsivo, un uso continuado a pesar del daño y Craving (urgencia o fuerte deseo de consumir una droga). En cuanto a la “dependencia física”, el DSM la explica como “un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista”.

En la Declaración Conjunta de Patología Dual, Szerman et al. (2015) expresan que las adicciones se presentan, en su amplia mayoría, junto con otros trastornos mentales, situación clínica reconocida y denominada Patología Dual, que sucede en, al menos, el 70%, según estudios epidemiológicos españoles e internacionales, datos que, con las evidencias actuales, están probablemente infra diagnosticados. Los trastornos

mentales de cualquier tipo cursan en más del 50% con usos problemáticos o adictivos a sustancias. Las actuales evidencias científicas apoyan que no se trata de dos trastornos diferentes, sino de distintas manifestaciones clínicas que interactúan y se presentan según circunstancias individuales y medioambientales, de forma conjunta o secuencial, indistintamente de que se manifieste primero una u otra (p. 2).

B. Adicciones.

Retomando lo planteado acerca de las adicciones, Margarita Barrón (2014) en su libro “Adicciones, Nuevos Paraísos Artificiales” hace un interesante desarrollo acerca del consumo de sustancias. Postula que la droga en nuestro país está en la vida cotidiana y su naturalización, no solo negaría el poder individual y social que tiene la misma, sino que la indiferencia frente al problema anularía toda posibilidad de acción, para desarticular la trama de la cual esta surge. La autora habla de sentimientos de aflicción vinculados a la disminución en la edad del consumo, la masificación del problema y el efecto destructivo que tiene. En la actualidad, los sujetos cada día tienen más conductas adictivas, con las que evade su realidad y los aleja de sí mismo, generando el vaciamiento de su subjetividad, lo que lo lleva, nuevamente, a la búsqueda de la “droga milagrosa” que le permita sentirse, “ser”.

Siguiendo la idea de la autora, la drogadicción es uno de los problemas que actualmente genera mayor preocupación en la sociedad, ya que no sólo afecta a quien cae víctima de su consumo, sino a aquellos que reciben los impactos del descontrol y destrucción que la droga produce. Si bien el consumo de drogas no es exclusivo de la época, pareciera que el discurso social actual no sólo facilita el consumo, sino que lo promueve como un valor social, que permite al sujeto la inclusión a determinados grupos y la superación ilusoria del sentimiento de soledad, vacío, sufrimiento, etc.

En la actualidad la droga no es privativa de una clase social, sino que afecta a todas las clases sociales. Actualmente la drogadicción está instalada como un problema epidémico, que genera síntomas sociales, haciendo surgir nuevos paradigmas y nuevos ideales.

M. Barrón, continua con la idea de que la imposición de la droga como fenómeno social, supone el nacimiento de un nuevo tipo de esclavitud, que involucra al sujeto, a la sociedad, y, por ende, a la familia. En este sentido, la autora plantea que las instituciones educativas y el círculo familiar deberían generar espacios de reflexión, que le permitan al sujeto madurar afectiva y socialmente, espacios que faciliten el aprendizaje significativo y vivencial donde se desarrollen la creatividad que cada uno posee, y espacios en donde las palabras estén cargadas de sentido y significados siendo mediadoras en la comunicación y diálogo con el otro. Busca hacer hincapié en educar al joven para que no caiga en conductas destructivas hacia sí mismo o hacia su medio, obliga a todos los encargados de su educación a enfatizar en la formación humana, que le permita fortalecer su identidad y pertenencia, a través de un proyecto de vida sano, viable en un marco de libertad y compromiso.

En este sentido, Berrios (1999), otro de los autores que desarrolla el concepto de las adicciones, plantea una distinción entre ellas muy interesante. Cuando hablamos de “adicciones psicológicas” o “sin sustancias” o “comportamentales”, hacemos referencia a la realización de una conducta que por sí misma no es perjudicial, y que se torna problemática cuando se realiza de manera excesiva y/o compulsiva. Estas adicciones son básicamente patrones conductuales desadaptativos, que producen malestar o deterioro en la vida del sujeto que los ejecuta; al igual que las dependencias a sustancias, también se producen tolerancia, síndrome de abstinencia, fallos en los intentos de controlar el

impulso, búsqueda de alivio por medio de la misma conducta problemática. El malestar clínicamente significativo y las consecuencias negativas sobre la vida familiar, escolar/laboral y social, son claros indicadores de la conducta adictiva (Luque, 2010, pp. 117-118).

C. Familias

Como se abordó inicialmente, el objetivo del presente trabajo es indagar acerca del núcleo familiar del paciente en cuestión. Citando a E. Becoña y M. Cortes (2010), se pueden distinguir diversos factores de riesgo y de protección los cuales se vinculan estrechamente con el consumo de sustancias. Entre ellos, los autores distinguen a la familia como un factor clave en la vida del sujeto. A continuación, se darán a conocer los factores de riesgo y de protección a nivel familiar que inciden en el consumo de sustancias.

- Factores de riesgo: 1) consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. 2) baja supervisión familiar. 3) baja disciplina familiar. 4) conflicto familiar. 5) historia familiar de conductas antisociales. 6) actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial. 7) actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. 8) bajas expectativas de los padres hacia los niños. 9) abuso físico.
- Factores de protección: 1) apego familiar. 2) oportunidades para la implicación en la familia. 3) creencias saludables y claros estándares de conducta. 4) altas expectativas parentales. 5) confianza. 6) dinámica familiar positivo.

Los autores mencionados, describen al grupo familiar como el ámbito en donde la persona crece, y a lo largo de los años va desarrollando su personalidad y valores a través de las experiencias vividas en el mismo. En este sentido, explican varios factores

determinantes a tener en cuenta, el primero desarrollado se vincula a la “relación de apego con los padres” que tienen los pacientes, ya que tiene gran influencia en la conformación de la identidad y en la adquisición de los recursos necesarios para afrontar las dificultades de la vida. Además, postulan que se pueden encontrar distintos tipos de familia de acuerdo al apego que se presente, los cuales se darán a conocer posteriormente:

- Familia de estilo evitativo: Suelen tener hijos con una personalidad que se caracteriza por estar a la defensiva, presenta quejas somáticas con que tiene al aislamiento social y suele evitar los conflictos.
- Familia de estilo ansioso/ ambivalente: Suelen tener hijos ansiosos y depresivos.
- Familias de apego seguro: Suelen tener hijos que no son ansiosos que no tienden al aislamiento, ni a la depresión ni a la evitación de los conflictos. Estos adolescentes tienen más posibilidades para tratar de forma abierta y directa los conflictos, por lo que tendrán mayor probabilidad y facilidad para lograr su identidad.
- Familias de apego no seguro: suelen tener hijos que presentan un estado de difusión de la identidad, consumir sustancias en esta etapa de la vida como una estrategia para afrontar inadecuadamente el estrés emocional.

Otro de los factores determinantes en la vida del paciente en relación a la familia es el “tipo de crianza” que este tiene, en donde se pueden distinguir dos dimensiones: una vinculada al “control” y otra a la “calidez paterna” las cuales, a su vez, configuran cuatro posibles estilos de crianza.

1) Autoritario: Con elevado control y baja calidez. Darán lugar a hijos apartados y temerosos, en cuanto a la adolescencia pueden volverse agresivos y rebeldes o pasivos y dependientes.

- 2) Permisivo: Con bajo control y elevada calidez. Darán lugar a hijos autoindulgentes (sentimiento negativo que no son de ayuda para tratar situaciones adversas), impulsivos y socialmente ineptos.
- 3) Democrático: Con alto control y alta calidad. Darán lugar hijos que suelen tener confianza en sí mismos con un mayor personal y son más competente socialmente.
- 4) Indiferente: Con bajo control y baja calidez. Este tipo de padres remite al predictor de peor pronóstico para los hijos.

Siguiendo con la idea de E. Becoña y M. Cortes (2010), plantean un tercer factor considerado como relevante es el clima familiar. Describe que, si se trata de un clima emocionalmente cálido, la incidencia será positiva, en contraposición, si se trata de un ambiente emocionalmente frío, la incidencia será negativa. Otra de las causas a destacar es la disciplina familiar. Se entiende que, la escasa o falta de su aplicación, vinculado a la ausencia del rol maternal y las bajas o nulas expectativas por parte de los padres hacia el/los hijo/s pueden facilitar el consumo de sustancias. En familias que poseen una alta emocionalidad negativa, es más probable que aparezcan problemas conductuales y emocionales en los hijos, que pueden recordar a las madres con baja competencia en el manejo de los mismos, un alto uso de la agresión como estrategia disciplinaria.

La estructura familiar también es esencial para el adecuado funcionamiento de la misma, ya que la ausencia de uno de los progenitores podría desencadenar la presencia de algunos rasgos antisociales en los miembros de la familia.

Por último, pero no menos relevante, el consumo de sustancia por parte de los padres y actitudes favorables por parte de los mismos hacia el uso (o abuso) de sustancias es un factor de suma importancia a tener en cuenta, ya que se asocia estrechamente a un

mayor consumo de drogas por parte de los hijos. Este último factor, podría vincularse con la presencia de alguna psicopatología en los padres, por lo que generaría alto riesgo de aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que se relaciona con el uso de sustancia. Al mismo tiempo, el consumo de sustancias aumenta la posibilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose así una relación bidireccional, dándose ambas: patología dual.

Capítulo 3:

Modalidades de tratamiento para con los familiares del paciente

“La actividad más importante que un ser humano puede lograr es aprender para entender, porque entender es ser libre”. Baruch Spinoza.

Como se explicitó en los apartados anteriores, la unidad familiar es considerada un importante elemento de sostén para muchas de las personas con enfermedad mental y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, al momento de abordar tal patología es esencial trabajar con el sujeto, con su historia, con aquello que piensa y siente, en interrelación constante con amigos, familias y enfocando la mirada a la reinserción social después del tratamiento. En este apartado se darán a conocer diversos modos de abordajes para pacientes con patología dual y las redes de contención del mismo.

En primer lugar, en lo que respecta al abordaje clínico, al tratarse de una doble patología es importante que sea integral e incluir tanto un tratamiento psicofarmacológico, como psicoterapéutico cognitivo-conductual, psicoterapia grupal y orientación a la familia. Todo esto con el objetivo de lograr un compromiso por parte del paciente, de la familia y amigos en el cumplimiento estricto del tratamiento. Teniendo en

cuenta la complejidad de tal psicopatología, Becoña y Cortés (2010), plantean que los profesionales que atienden a personas con patología dual deben ser muy sensibles en la utilización de instrumentos para la evaluación de esta concomitancia, en el empleo de estrategias de intervención adecuadas a las peculiaridades de la psicopatología concomitante a la drogadicción y a la posibilidad de establecer los cauces de coordinación oportunos con otros servicios.

La revista Adicciones (2016), plantea que los conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con patología dual están aumentando progresivamente, pero la práctica actualmente requiere experiencia, conocimientos y abordajes innovadores para el manejo de los complejos problemas diagnósticos y terapéuticos de estos pacientes. Sin embargo, tal como se evidencia a nivel clínico, este abordaje integrado puede ser muy eficaz en muchos pacientes con patología dual. Siguiendo esta idea, se sabe que a pesar de la frecuencia con que concurren los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales, los pacientes que presentan ambos trastornos tienden a ser derivados de una red asistencial a otra. Los pacientes con un trastorno mental primario suelen ser atendidos en la red de salud mental, y los pacientes toxicómanos suelen acudir a la red de centros de drogodependencias, pero los que requieren tratamiento para ambos trastornos por lo general, es difícil que sean atendidos de forma integral en ninguna de las dos redes asistenciales.

En este sentido, Szerman et al. remarca, como punto esencial, la urgencia y necesidad de un modelo asistencial basado en patología dual: Los pacientes con trastornos mentales, incluidas las adicciones, deben tener acceso a un único modelo asistencial multidisciplinar que integre y/o coordine la red de salud mental y la red de adicciones. Todo paciente tiene derecho a ser adecuadamente evaluado por profesionales expertos y

a recibir una asistencia integral en patología dual, basada en las evidencias científicas. La existencia de dos redes asistenciales no es suficientemente eficaz ni eficiente y deja a muchos pacientes sin diagnóstico de la patología dual, y por tanto sin acceso a un tratamiento integral (2015, p. 3).

Los autores sostienen la importancia de llevar adelante un abordaje integral en el tratamiento de los trastornos mentales y adicciones: En el abordaje de las personas con adicciones y con patología dual se deben aplicar los conocimientos científicos, tanto de la medicina como de la psiquiatría y psicología actual. El tratamiento basado en las evidencias científicas debe centrarse en el paciente, ser integral, de calidad y de libre acceso. Todo ello ayudará a no repetir los errores del pasado y evitará que se estigmatice gravemente tanto al paciente como a sus familias (Szerman et al., 2015, p. 3).

En términos generales, el tratamiento puede realizarse en forma ambulatoria, en hospital de día, con internación breve para la desintoxicación o en comunidades terapéuticas, la elección dependerá del tipo de patología psiquiátrica y del nivel bajo, medio o alto de consumo de sustancias concomitante.

Capítulo 4:

Dispositivo Grupal; La psicoeducación como herramienta de cambio

“Nada te puedo dar que no exista ya en tu interior. No te puedo proponer una imagen que no sea tuya... Sólo te estoy ayudando a hacer visible tu propio universo”.

Herman Hase.

En el presente apartado, se realizará una mera descripción sobre la psicoeducación y aquellas herramientas que resultan necesarias para poner en juego, con el fin de lograr un cambio esperable. En este sentido, el dispositivo elegido para afrontar este trabajo es

bajo la modalidad de un Taller Psicoeducativo. Debido a la temática en cuestión, resulta indispensable saber en qué consiste la psicoeducación, qué beneficios y herramientas brinda, para luego aplicar y llevar a cabo tales técnicas. Se realizará de forma grupal, incluyendo la familia o la red de contención más cercana que le brinde al paciente sostén y apoyo, buscando practicar las habilidades que se vayan manifestando.

Según Ander Egg (1991), el taller psicoeducativo se caracteriza por la forma de enseñar y sobre todo de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente. Es un “aprender haciendo en grupo”, en donde la pregunta cobra un papel esencial. Desde el punto de vista del autor, un taller consta de distintos supuestos, y no sólo es un aprender haciendo, sino que también es una metodología participativa donde se enseña y se aprende a través de una experiencia conjunta donde todos están implicados. Se resalta la modalidad operativa e interdisciplinar que posee el taller, ya que permite superar las disociaciones entre teoría y práctica, la educación y la vida y los procesos intelectuales de los volitivos y afectivos.

George Brown (1972), fue uno de los primeros en desarrollar algunos aportes de la psicoeducación. La misma, se la entiende como una herramienta que busca que pacientes y familias tomen conocimiento de la enfermedad, con el fin de promover la autonomía, el empoderamiento y la reinserción social. En términos generales, se la describe como una aproximación terapéutica en la cual se proporciona información específica, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para abordar la patología en cuestión, al paciente y sus involucrados. Siguiendo esta idea, para Gold & Gómez (2016), “psicoeducar” es la acción de traducir conceptos complejos para que personas que no se encuentran formadas en psicología o psicopedagogía puedan

lograr una comprensión del fenómeno. Al respecto Campero y Ferraris (2014), mencionan que:

La psicoeducación es una estrategia de intervención basada en la información ofrecida a las personas afectadas por estas dolencias, con el objeto de mejorar su nivel de funcionamiento, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. La propuesta integra la participación familiar y proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de la enfermedad que lo aqueja. En este modelo de tratamiento, el paciente deviene actor activo en la evolución favorable de su enfermedad (p. 54).

Por lo planteado, es que realizar un taller psicoeducativo ayudara a que los pacientes y sus vínculos más cercanos puedan entender que es lo que está padeciendo el usuario y de esa manera poder accionar en función de lo emergente en cada situación. Según Gold & Gómez (2016), “tener información que nos permita comprender ciertos aspectos del funcionamiento psicológico del ser humano facilita la comprensión de uno mismo y de los demás. Y cuando alguien se entiende más a sí mismo y a quienes lo rodean, se hace más fácil estar-con-otro. Vivir-con. Convivir.” (pág. 7).

Para entender mejor este concepto y vincularlo con el funcionamiento familiar, se citará a George Brown (1972), quien, a partir de observaciones de trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, refirió que “en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos”. En este sentido, tomando los aportes de D. Godoy, et al. (2020) se entiende que una colaboración activa del paciente y su familia, o círculo cercano, permite revisar sus creencias disfuncionales, cumplir tareas, estar abierto a sugerencias y dar a conocer los síntomas y problemas propios de cada trastorno.

Se cree entonces, que el conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento y promueve el autocuidado, elementos fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas. La importancia familiar de psicoeducar genera tal beneficio, que podría ser la promoción del cambio en la visión que se tiene sobre la enfermedad o el problema, ya que se considera esta instancia como un espacio contenedor. Expresar aprehensiones, temores e inseguridades en un ambiente contenedor, podría disminuir la sobre - implicación emocional, el hipercriticismo y hostilidad, favoreciendo el acompañamiento en las dificultades que surgen a partir de la enfermedad (D. Godoy, et al. 2020).

En cuanto al equipo de trabajo de salud, según D. Godoy, et al. (2020), este debe ayudar al ajuste de expectativas de cara a la patología y sus consecuencias, permitiendo coordinar las acciones a tomar por parte de la familia. Sumado a esto, es su trabajo ayudar a proyectar los sucesos en el futuro, lo que disminuye la ansiedad y resguarda un ambiente propositivo para todos los integrantes del grupo afectado. Por ende, en la medida que las exigencias hacia al paciente sean acordes a sus necesidades, sin aumentar la sobre - exigencia o caer en la sobreprotección, mejorará el desempeño funcional del paciente, así como su estado de bienestar.

En definitiva, es importante que el clima del taller debe sea de confianza y animado ligado a un proceso vivo y dinámico en el cual las personas que son parte interactúan compartiendo sobre lo que aspiran, hacen, buscan y desean. El plan del taller debe ser abierto, con un punto de partida pre establecido, pero debe poder surgir y desarrollarse durante el proceso, identificando y definiendo problemas que marcan el rumbo a redirigir. En este grupo, se intenta lograr la síntesis de hacer, sentir y pensar que cada participante aporta en el proceso de aprendizaje. A través de estos se posibilitan los procesos de comunicación, superación de conflictos personales, transformarse-

transformar y re transformarse, apropiándose del conocimiento, aprender a pensar y aprender a aprender. (Maya Betancourt, 1996).

Actividades

A continuación, se darán a conocer una serie de actividades a realizar en el sanatorio “Prof. S. Morra” de Córdoba, vinculadas al taller psicoeducativo desarrollado anteriormente. Se realizarán una serie de encuentros destinados a los familiares de pacientes menores de 18 años que padezcan la psicopatología desarrollada. Con el fin de lograr una sistematización general de las actividades que formarán parte del taller, las cuales han sido planificadas en base a los objetivos específicos de la intervención, mencionados previamente. Las actividades fueron divididas en una serie de 7 encuentros (uno a modo de cierre), con una duración aproximada de 60 minutos cada uno, los cuales estarán a cargo de Lic. en psicología Gallo, Sofía O. Para brindar una atención cálida y personalizada, cada uno de estos encuentros tendrá un cupo máximo de 15 personas, por lo que se estima la presencia de 1 a 3 familias, en caso de excederse, se recomienda repetir el taller en otra oportunidad para poder abordar toda la población.

Seguidamente, se plasmará a modo de síntesis, una tabla con los encuentros y las actividades correspondientes, para luego desarrollar cada uno.

Problema o necesidad objeto de la Intervención	Objetivo General	Objetivos Específicos	Encuentros	Actividades
	Ampliar las propuestas y protocolos de trabajo para con los familiares de pacientes con patología dual del Sanatorio Morra, a través de un taller psicoeducativo.	Propiciar espacios para la atención y psicoeducación a nivel familiar y vinculación afectiva con los pacientes del Sanatorio Prof. León S. Morra.	1	Act 1. Presentación, explicación del encuadre
				Act 2. Repartir hojas a cada integrante, se responden preguntas vinculadas a la temática.
			2	Act. 3 Power point, explicativo: conceptos básicos
				Act 4: Vincular conceptos con ejemplos de la vida cotidiana.

		Fomentar espacios y herramientas psicoeducativas para los familiares de los usuarios, que aporten a la convivencia, interacción y comunicación intrafamiliar	3	<p>Act 5</p> <p>Se aclaran dudas. Espacio de reflexión y escucha a partir de lo surgido. Vídeo explicativo.</p>
				<p>Act 6</p> <p>Comunicarse saludablemente. Puesta en afiches, mediante dramatizaciones.</p>
			4	<p>Act 7</p> <p>Realizar, en una hoja, una lista de cualidades positivas que ven en el paciente y en la familia. Puesta</p>

				en común en afiches
				<p>Act 8</p> <p>Imaginar a una persona que quieren y remarcar algo bueno, para luego, pensar que tipo de mensaje es.</p>
		<p>Orientar a las familias sobre el diagnóstico clínico, que permita crear conciencia de la enfermedad y facilitar la reinserción social</p>	5	<p>Act 9</p> <p>Role play de situaciones cotidianas a nivel familiar. Espacio de reflexión sobre lo surgido.</p>
				<p>Act 10</p> <p>Power point: habilidades de afrontamiento a tales situaciones.</p>

			6	Act 11 Lista de actividades para compartir en familia.
				Act 12 Tarea para la casa. Plasmarlas en un afiche y compartir en familia
			7	Cierre final

Planificación de actividades

1° encuentro: ¿Qué hago aquí?

Objetivo general de la actividad:

- Conocer a los integrantes del grupo y lograr una aproximación a la manera en la que estos se vinculan con el paciente en cuestión.

Tema: Presentación. Apertura.

Tiempo estimado: 60 minutos.

Esta actividad consta en conocer a los miembros de la familia del paciente, o sus redes de contención más cercanas, e informales de manera didáctica en lo que consiste el presente taller, remarcando la importancia del acompañamiento hacia el consultante.

Instrucciones para el coordinador:

Actividad 1:

- Disponer a los participantes de forma circular, favoreciendo el contacto visual y directo, fluidez en la comunicación y en el intercambio verbal.

- Plantear y definir el encuadre. En este punto se debe aclarar la dinámica general del taller, el coordinador debe presentarse y explicitar los días y horarios en los que se llevaran a cabo los encuentros.

Se exponen las reglas del grupo y de trabajo:

-Confidencialidad y anonimato. Se aclara que todo lo que se diga o haga en las sesiones queda exclusivamente entre los miembros del grupo. No se divulgará ningún tipo de

información por fuera del grupo; si se va a mencionar a personas que no estén presentes, se mantiene el anonimato del individuo en cuestión.

-Respeto. De igual manera, se explicita que no es necesario estar todos de acuerdo con una idea o postura, por tanto, se respetan las ideas de la otra persona, así no se comparten.

- Aprender a escuchar, hablar, y respetar tiempos de trabajo.

Actividad 2:

- A cada familia, se le otorgará un papel con un color, los cuales irán a sorteo. De acuerdo al color que salga sorteado, empezará la familia correspondiente a presentarse. A cada miembro, se le interrogará acerca del rol y vínculo para con el paciente. Es importante recordar la cantidad de integrantes máxima (15), para que todos puedan ser igual de partícipes.

Se repartirá una hoja por participante, en donde volcarán las respuestas a las siguientes preguntas

- ¿Por qué piensan que están ahí?
- ¿Qué expectativas tienen del taller? // ¿Qué esperan encontrar o llevarse del mismo?
- ¿Sabes de qué se trata la patología dual?
- ¿Crees que los vínculos familiares son importantes en la vida de las personas?
¿Por qué?

Seguidamente, se inducirá un espacio acompañado de un clima de confianza, en donde se les pedirá que respondan aquellas dudas que vayan surgiendo, explicitando que no hay respuestas incorrectas y que todo lo que escriban será válido. Lo producido será entregado al psicólogo para utilizarlo en el tercer contacto. Posteriormente, se dará una breve

explicación de que están reunidos para ayudar al familiar en cuestión y que se trabajará sobre ello los encuentros siguientes. Cierre.

2do encuentro. ¡Aprendemos entre todos!

Objetivo general de la actividad:

- Enseñar y, paralelamente, aprender a través de una experiencia conjunta, donde todos los participantes están implicados.

Tema: Estimular conocimientos y llevarlos a la práctica.

Tiempo: 60 a 80 minutos aproximadamente.

El segundo encuentro estará destinado estrechamente a la psicoeducación, dirigida al aprendizaje de la patología dual, el impacto del consumo de sustancia en la patología comórbida y la importancia de la motivación del paciente y familiar para trabajar activamente en la recuperación y reinserción.

Actividad 3:

Actividades para el coordinador:

- Se buscará ubicar a los participantes de forma circular, favoreciendo el contacto visual y directo, fluidez en la comunicación y en el intercambio verbal.
- Se utilizará material informativo para fomentar la didáctica grupal. En este encuentro se presentará un Power point armado por la psicóloga a cargo en dónde se abordarán los siguientes temas:
 - Características propias de la patología psiquiátrica comórbida.
 - Papel de la familia en el proceso terapéutico.
 - Conceptos básicos sobre el alcohol y otras drogas.

- Motivos y consecuencias del consumo.
 - Craving
 - Tratamiento de la patología dual.
 - Comunicación efectiva.
- La tarea de la psicóloga consistirá en explicar los puntos mencionados de manera didáctica, dinámica, procurando no extender la exposición más de 40 minutos.

Actividad 4:

- Posteriormente, debajo de cada silla estará pegado un papelito con ejemplos de situaciones de la vida cotidiana, o definiciones que se vieron en el Power point. Después de la exposición, se le pedirá a cada integrante que retire la hoja, e intente vincular el ejemplo con el concepto o herramienta de enfrentamiento al cual se hace referencia. Por ejemplo: “Teniendo en cuenta los conceptos vistos, ¿A cuál vincularías si se trata de una persona con estados somáticos, alteraciones emocionales acompañados de cambios de humor repentino (euforia-ira) y sensación de falsa confianza de que ya no se desea consumir X sustancia?”. La respuesta correcta sería una manifestación del “Craving”, como deseo de consumir.
- En este sentido, se estimula el conocimiento teórico vinculado a situaciones prácticas o cotidianas presentes en la vida de los familiares.
- Los ejemplos con sus respectivas respuestas se irán plasmando en un pizarrón, a modo de repaso, y si lo desean los participantes, podrán pasar al frente a escribir el concepto o técnica aprendida.
- Es probable que al mencionar ejemplos o situaciones cotidianas empiecen a surgir dudas de situaciones reales, si esto sucediera, manteniendo la confidencialidad y

el cuidado que la situación amerita, la psicóloga a cargo responderá las inquietudes, siendo una guía en tal proceso.

- Finalizadas las dudas, se realiza el cierre de la actividad y se los espera al encuentro próximo.

3er° Encuentro: Entrecruzamos sensaciones

Objetivo general de la actividad:

- Clarificar conceptos, remarcar la importancia del taller y el acompañamiento familiar en tales pacientes.
- Fomentar la comunicación familiar

Tema: Intercambio de experiencias, espacio de escucha.

Tiempo: 60 - 70 minutos.

Este encuentro consistirá en una puesta en común entre familias, para empezar a pulir conceptos y poner en juego la reflexión del funcionamiento vincular – familiar en el cual están inmersos.

Actividad 5

Instrucciones para el coordinador.

- Nuevamente, disponer a los participantes de forma circular para favorecer la dinámica grupal.
- El comienzo de este encuentro será destinado a repensar lo trabajado en el primero, se abrirá un espacio de preguntas, dudas e inquietudes. Algunos interrogantes serían ¿cómo se sintieron los dos encuentros anteriores?, ¿se han quedado pensando en algo?, ¿qué les pareció el clima de trabajo?

- Se retomarán las hojas de preguntas y respuestas del primer encuentro. Las ideas se transmitirán en un afiche y se realizará una puesta en común entre familias, fomentando la dinámica y calidez grupal, y resaltar aquellos postulados encaminados a la temática, al objetivo del taller y enriquecerla con el trabajo en conjunto; identificándose entre familias si hubiese respuestas similares y permitiendo ver otras aristas de la misma realidad con las respuestas diferentes que surgieran.
- De esta manera se intenta que los miembros sean activos en los encuentros y se tendrán en cuenta sus opiniones y lo que vaya surgiendo, sobre todo si algún aspecto necesita ser modificado o mejorado con el correr de los mismos. Buscando comparar las expectativas y pensamientos que tenían los participantes en el encuentro 1, con el que tienen en este 3er encuentro.
- Mediante el proyector, plasmar el vídeo “Cómo Mejorar la Comunicación Familiar • Los 5 Pilares de la Convivencia Familiar”. (Ver anexo 1).

Actividad 6:

- Luego del video, se menciona de manera oral la importancia de la comunicación en la familia. Se plantea que, si es importante la comunicación en las relaciones interpersonales, lo es aún más la comunicación a nivel familiar. ¿Por qué? Porque cuando existe el dialogo familiar, se puede propiciar un ambiente de compañerismo, complicidad, unión y afecto. Donde hay colaboración, confianza, seguridad, respeto.
- Se prosigue induciendo a pensamientos reflexivos: ¿Qué sucede cuando no hay una buena comunicación? El ambiente se vuelve hostil, aparece la soledad, inseguridad, desconfianza, distanciamiento, la escucha desaparece y aparece el

“yo vivo mi vida”. Se deja de compartir, en este sentido, la familia se vuelve disfuncional.

La presente actividad consiste en aprender a comunicarse saludablemente.

- Dinámica de trabajo: después de informar a los familiares sobre la importancia del dialogo y comunicación en la familia, se pedirá que pongan en práctica lo aprendido con la siguiente dinámica: “Dramatizaciones”.
- La psicóloga deberá tener preparada dos fichas:
 - “FAMILIA DONDE EXISTE COMUNICACIÓN”
 - “FAMILIA DONDE NO EXISTE COMUNICACIÓN”
- Luego, se les pide a los participantes que formen equipos y nombren a un representante, el cual se acercará a elegir una ficha.
- Se invita a cada grupo que realice una dramatización vinculada al tema que les tocó, las cuales se pueden vincular con los conceptos trabajados en el encuentro anterior.
- Posteriormente, pasan al frente a compartir las “dramatizaciones”.
- Cierre de la dinámica: Se pregunta a cada integrante cómo y qué sintieron al representar diferentes papeles.
- Al finalizar la actividad y la puesta en común, el psicólogo a cargo explicitará que acompañar al enfermo es una tarea que no es para nada sencilla, pero si necesaria para mejorar la funcionalidad del mismo, de sus vínculos y para con ellos en sí, motivando y animando a los participantes para los encuentros posteriores. Ya que, aunque el terapeuta pueda ayudar a la familia, es importante que sea ésta la que adquiera las habilidades necesarias para resolver el problema que se le presenta.

4to encuentro. “¡Fortalezas!”

Objetivo general de la actividad:

- Fomentar la autovaloración y la valoración hacia el otro.
- Destacar la importancia de transmitir buenos comentarios a las personas que nos rodean.

Tema: Cualidades positivas.

Tiempo: 60 a 90 minutos aproximadamente.

En este encuentro se espera que la familia haya establecido una relación de compromiso, no sólo con el taller, sino con el familiar en cuestión, en dónde el rol del psicólogo en el taller consistirá en acompañar, guiar y educar en tal proceso. Por lo tanto, este encuentro consistirá en resaltar aquellas cualidades que consideran positivas sobre el paciente, sobre el funcionamiento familiar y en los vínculos en sí.

Instrucciones para el coordinador:

Actividad 7

- Se buscará dirigir el encuentro pensando en el familiar por el cual ellos asisten a sesión. La psicóloga a cargo deberá introducir la charla empatizando, sabiendo que el trabajo y acompañamiento hacia estos pacientes no resulta nada fácil, y se deben topar con situaciones las cuales a veces los sobrepasa o los abrumba, pero que siempre hay cuestiones positivas en juego que resaltar.
- Se deberán introducir temas vinculados a la autoestima, seguridad, pertenencia y autoconcepto, para que la actividad cobre sentido.
- Para esto, ubicados en semicírculo, se repartirá una hoja a cada integrante en dónde se le planteará que plasmen en ellas, aquellas cualidades, actitudes, modos, vínculos y todo tipo de comportamientos que consideren positivos, que sumen,

tanto del paciente por el cual asisten al taller, como su entorno o vínculo familiar, y también sobre ellos mismos.

- Una vez que hayan terminado, cada uno escribe su nombre en la parte superior de la hoja, intercambiándolas entre los propios familiares, compartiendo aquellos rasgos resaltados, y reflexionar sobre ellos, ya que no todo es tan oscuro como a veces parece.
- La hoja se la guardará, para luego realizar un encuentro con el paciente, y mostrarle aquellas cualidades positivas que su familia ve en sí, con el fin de motivar a la recuperación y reinserción familiar
- Luego, se repartirán fibrones y cartulina de colores, para que escriban palabras sueltas acerca de lo reflexionado en el encuentro y luego pegarlas en un afiche. Por ejemplo, solidaridad, arrepentimiento, perdón, ayuda, etc. Y así, marcar, que a pesar de los errores que se hayan cometido en el pasado, siempre hay un nuevo comienzo, y que este es uno de esos espacios para aprender de ello.

Actividad 8:

- La psicóloga les pedirá a los participantes que piensen una persona, pueden ser ellos mismos, el paciente por el cual asisten, alguien que quieran mucho, e imaginarla junto a ellos, visualizando su cara, su forma de sonreír y hablar, y situaciones agradables. Luego preguntarles, ¿qué le gustaría decirle? Y se reparte una hoja para que puedan plasmar esos mensajes que les diría si estuviesen frente a uno.
- Luego, se reúnen de a grupo de 2 a 3 integrantes para compartir el ejercicio y preguntar cómo se sintieron, que mensaje les gusto más y cual les gustaría decir a menudo.

- En el mismo grupo, se reparte una hoja que diga “Tipos de mensajes”, los cuales deberán leerla y señalar:
 - Los mensajes más frecuentes que le expresa a las personas que lo rodean.
 - Las situaciones específicas en que los expresa
 - Los mensajes que quisiera decirse.
 - Los mensajes que les gustaría escuchar de los otros.
- La hoja es plasmada en el Anexo 2. En la que se destacan “Tipos de mensajes” tales como: Confianza, desconfianza, aceptación, rechazo, comprensión, castigo, culpa, motivación, desanimo.
- La consigna es pedirles a los talleristas que reflexionen acerca de cuáles son los mensajes que usan frecuentemente, para con ellos y para con las personas a su alrededor. Y preguntarles ¿Cuáles quisieran expresarles a su entorno familiar más cercano?
- La tarea es preguntarse y aprender a mandar mensajes constructivos, que nos hagan sentir bien, pero al mismo tiempo, hacer sentir bien al otro. Se los invita a elegir dos o tres mensajes para poner en práctica durante la semana, planteando que se lograrán grandes cambios si empiezan a resaltar lo bueno, dentro de todo lo malo.

¿Qué se pretende que se aprenda con esta actividad?: Que valoren aquellos cambios y cualidades que consideran positivas, así como las del resto de la familia. La importancia de expresar tales rasgos y logros personales y familiares, fomentar valores, autoconceptos, para reforzarlos y crear redes más sólidas. Reflexionar que a pesar del momento que se esté atravesando, siempre hay algo bueno para rescatar y aferrarse.

5to encuentro. ¿Qué pasaría si...?

Objetivo general de la actividad:

- Entrenamiento en habilidades de comunicación.

Tema: Interpretación de roles.

Hasta aquí se buscó que cada familia disponga de una psicoeducación básica, una vez logrado este punto, se buscará mejorar sus habilidades de comunicación, para disminuir aquellos niveles de tensión interpersonales que se encuentran elevados. Las habilidades a adquirir, implican la expresión de sentimientos positivos y negativos, la escucha activa y aprender a realizar peticiones a los demás.

Actividad 9

Instrucciones para el coordinador:

- La actividad consta en realizar un role play acerca de situaciones hipotéticas que ocurren en la vida cotidiana, vinculadas al funcionamiento familiar.
- Se realizarán grupos de 3 a 5 integrantes, entrecruzando a las familias. Seguidamente, se le asignará a cada grupo una situación en la que deberán, en una puesta en común, debatir como la enfrentarían adecuadamente, y posteriormente actuarla. Por ejemplo, que harían si el paciente por el cual asisten tiene X reacción para con ellos en un almuerzo familiar.
- Cómo ya se sabe, un role play consiste en el intercambio de roles, en donde los participantes se convierten en actores que se ponen en la piel de otras personas e interpretan un papel de una situación imaginaria previamente planteada.
- Si se lo requiere, la psicóloga a cargo podrá ayudar a asignar los roles, o quedará a disposición de cada grupo si lo desean.

- Se pedirá que, para representar tal situación, intenten poner en juego las herramientas comunicativas aprendidas hasta el momento. La psicóloga podrá ayudarlos a pensar.
- Ordenadamente, se le pide a cada grupo que pase al frente para plasmar la situación hipotética.

Actividad 10

- Una vez que todos los grupos pasen al frente, se abrirá un espacio a reflexión para que cada participante comente que le pareció, que hubieran hecho al respecto en su lugar, y se escucharán todas las ideas puestas en juego, remarcando que todas son igual de válidas.
- Al finalizar la puesta en común y las actuaciones, se presentará un breve Power point, que lo dictará la psicóloga a cargo. En el mismo, se buscará profundizar acerca de las “Habilidades de Afrontamiento” que existen ante las situaciones relacionadas con la patología dual del miembro enfermo, e interrelacionando estos contenidos teóricos con lo llevado a la práctica en el presente encuentro.

6to encuentro. “Nuevas oportunidades, nuevos comienzos.”

Objetivo de la actividad.

- Fortalecer vínculos intrafamiliares.

Tema: ¿Qué aprendimos hasta aquí?

Este último encuentro podría ser considerado uno de los más importantes. Cómo se reforzó a lo largo del trabajo, la familia es el núcleo de donde parten nuestros valores para expresar emociones y sentimientos. En tiempos de crisis, fortalecer los vínculos se vuelve

especialmente importante, y recordar que estos tiempos, también se pueden convertir en tiempos de oportunidades.

Actividad 11:

Instrucciones para el coordinador:

- Disponer a los participantes de forma circular, favoreciendo el contacto visual y directo, fluidez en la comunicación y en el intercambio verbal.
- Se repartirá una hoja a cada participante, en la cual, inicialmente, se le pedirá que piensen en aquellas actividades que consideren útiles / necesarias para realizar con el paciente por el cual ellos asisten. Se le pedirá que piensen y reflexionen sobre lo que consideren que pueda ser favorable compartir con esta persona, y que la misma pueda responder de manera positiva.
- Seguidamente, deberán escribirlas a modo de lista. En este sentido, se hará hincapié en la importancia de pasar tiempo de caridad y calidad con las personas que amamos, ya que es, en definitiva, otra manera de ayudar y acompañar.
- Se hará una puesta en común de aquellas actividades que vayan surgiendo.

Actividad 12:

- En un afiche, se escribirá como título “Tareas para la casa”, en donde se plasmarán tales respuestas, y conjuntamente a actividades para hacer en el hogar, luego de que finalice el taller. Por ejemplo:
 - Contarse lo mejor y peor del día.
 - Realizar paseos y viajes familiares
 - Compartir actividades artísticas.

- Ayudar en las actividades del hogar
- Cocinar.
- Etc.

Finalizada la actividad, se los cita a los participantes a un último encuentro que será a modo de cierre.

Cierre

Realizar un cierre del taller cobra un papel fundamental, ya que va dirigido a la resignificación a lo aprendido. En esta instancia la profesional hará una conclusión final sobre lo trabajado durante todos los encuentros, detallando avances, posibilidades de progresos, dinámica de funcionamiento grupal, dificultades del equipo, entre otras cuestiones relevantes. Se agradecerá profundamente la participación, colaboración y predisposición lograda a lo largo de los encuentros. Se abrirá un espacio en donde se indagará sobre cómo se han sentido, qué se llevan del taller, qué actividades agregarían u omitirían, dejando lugar a cualquier crítica constructiva que pueda ir surgiendo. Se agradece nuevamente, dando por finalizado los encuentros.

Cronograma de trabajo: Diagrama de GANT

A continuación, se presentará un cronograma con el objetivo de plasmar la duración del trabajo aproximado para llevar a cabo el taller. Las actividades propuestas y el tiempo en el cual son desarrolladas están sujeta a modificaciones, y, por ende, se plasman en un tiempo aproximado.

ENCUENTROS	Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7
Encuentro 1 ¿Qué hago aquí?	Actividad 1							
	Actividad 2							
Encuentro 2 ¡Aprendemos entre todos!	Actividad 3							
	Actividad 4							
Encuentro 3 Entrecruzamos sensaciones	Actividad 5							
	Actividad 6							
Encuentro 4 Fortalezas	Actividad 7							
	Actividad 8							
Encuentro 5 ¿Qué pasaría si...?	Actividad 9							
	Actividad 10							
Encuentro 6 Nuevas oportunidades, nuevos comienzos	Actividad 11							
	Actividad 12							
Encuentro 7 Cierre	-							

Presupuesto de Recursos materiales y Honorarios profesionales

El Sanatorio Prof. S. Morra cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura institucional y que serán utilizados para el desarrollo de los encuentros ya descritos. Se requiere, en primer lugar, un espacio físico iluminado, amplio, con buena ventilación, que cuente con los siguientes insumos:

Recursos económicos:

- Un pizarrón o pizarra.
- Quince sillas.
- Un escritorio, o mesita.
- Tres mesas
- Una computadora, notebook.
- Proyector y pantalla para proyector.
- Equipo de música o parlante
- Conexión a internet wifi.

En cuanto al resto de los recursos que deberá adquirir la institución que llevarán un costo adicional serán:

- R. Humanos: Para la coordinación del taller, será necesaria la presencia de un/a profesional Lic. en Psicología con un manejo adecuado manejo en dispositivos grupales, y formación en psicopatologías (dual, en este caso), y dinámicas familiares.
- Materiales técnicos: Mesas, sillas, hojas A4, computadora, proyector y pantalla para proyector, fibrones, afiches, cinta, lapiceras.

- Materiales de contenido: Power point que procedan de fuentes confiables, brindando información sobre “Características propias de la patología psiquiátrica comórbida y el Papel de la familia en el proceso terapéutico” y “Técnicas de afrontamientos” para tal patología. Video vía YouTube: “Cómo Mejorar la Comunicación Familiar - Los 5 Pilares de la Convivencia Familiar”

Presupuesto

En este apartado, se hará alusión a los materiales con los cuales no contaría la institución y se detallará el costo económico que supondrían, en otras palabras, la disposición monetaria para enfrentar los gastos que implica la realización del taller.

RECURSOS	Categoría	Descripción del recurso	Costo total aproximado en \$
Humanos	Profesional	Lic. en Psicología	\$34980
Materiales Técnicos.	Librería	1 resma papel A4	\$700
	Lapiceras	16	\$1000
	Fibras de colores	10	\$518
	Afiches	20	\$1000
	Cinta	2	\$300
Total			\$38.498

Honorarios profesionales

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno N°008/19 que el honorario mínimo ético profesional para la coordinación de talleres es igual a \$5830 por encuentro, siendo el costo final un total de \$34980.

Evaluación de impacto

Con el fin de evaluar el impacto, la eficacia, la utilidad y los resultados que se obtuvieron con la implementación del Taller Psicoeducativo, resulta necesario emplear un instrumento que permita visualizar y conocer de qué forma el dispositivo grupal repercutió en los participantes. Para lograr tal objetivo, se han diseñado una serie de evaluaciones cuyas respuestas permitirán tener noción de la efectividad o no del mismo, y qué aspectos deberían modificarse. Se tomará la encuesta de comunicación organizacional del inicio del taller, para observar los cambios obtenidos en relación a las diferentes respuestas.

Se utilizará una matriz de evaluación de impacto creada ad-hoc (ver anexo III). En esta matriz, se han creado tres categorías de análisis a partir de los objetivos específicos propuestos en el presente plan de intervención, y sobre cada categoría de análisis, se han elaborado siete indicadores. Para acceder a los datos que son de interés y luego volcar la información recabada en la matriz de evaluación de datos, se trabajará con un cuestionario construido ad-hoc (ver anexo II), el cual consta de diez preguntas con escala Likert, que se aplicará en formato de pretest (en el primer día del encuentro) y post-test (último día del encuentro), a través de entrevistas individuales.

OBJETIVOS

- Identificar si se han producido cambios en el funcionamiento laboral
- Evaluar el impacto sobre lo trabajado.

Resultados esperados

Con la implementación del presente Plan de Trabajo se espera que los espacios y actividades pensadas para el fortalecimiento del vínculo sea atravesada como experiencia una constructiva para aquellas familias que se den la oportunidad de asistir y realizar bien el trabajo. Brindar este tipo de espacios con intencionalidades claras posibilitaría un acercamiento afectivo y claridad en la comunicación intrafamiliar.

Además, se espera que cada participante logre posicionarse desde un rol activo en las actividades, siempre enfocado en sus capacidades, permitiendo la resignificación y reflexión. Se espera el desarrollo de tales capacidades, de llevar a cabo acciones que aporten al bienestar de cada integrante reconociendo aquello que tengan para decir, que tengan herramientas para identificar aquellas situaciones que afecten la dinámica familiar y abordar conjuntamente un plan de acción para mejorar día a día. Y, por último, se pretende que adopten instrumentos para intervenir en crisis, buscando gestionar posibles soluciones y que sean conscientes que hay equipos psicoterapéuticos dispuestos a ayudar.

Conclusiones

A modo de cierre, es pertinente remarcar que la realización del plan de intervención vinculado a propuestas de trabajo para llevar a cabo, como un desafío muy enriquecedor. El presente trabajo fue concebido bajo una mirada reflexiva y crítica, buscando promover la concientización sobre el tema. La patología dual es una problemática recurrente en este último tiempo, y la importancia de nuevos abordajes integrales podrían significar un gran avance en cualquiera de sus niveles del cuadro psiquiátrico. Por lo tanto, resulta fundamental trabajar y acompañar a la familia o red social en el proceso, para orientar y dar apoyo en el cuidado y protección de las situaciones que por la dinámica familiar ha sido necesaria la intervención o incluso la institucionalización de los sujetos en cuestión.

Se invita desde este espacio, a promover un pensamiento integrativo y, del mismo modo, el despliegue de dispositivos de prevención y promoción, que traten la problemática de las adicciones y acompañamiento para velar en pos de una mayor calidad de vida en las personas usuarias de servicios de salud mental. Es necesario continuar generando tales espacios, profundizando e investigando la relación que entabla un sujeto con su alrededor, con el fin de aprender a aportar nuestro granito de arena. Es por esto, que se recomienda dar difusión al presente plan de intervención a fines de propagar la psicoeducación como herramienta fundamental para buscar una mejora en la calidad de vida de las personas.

Por otro lado, una de las limitaciones con las que ha colindado este trabajo, ha sido – entre otras – la imposibilidad de asistir al campo y la recoger datos extras, aparte de los brindados por la Universidad Siglo XXI y el Sanatorio León S. Morra. En este sentido, en la puesta en marcha del plan, apareció la imposibilidad de acceder a

informaciones estadísticas y empíricas, ya sea por medio de entrevistas semiestructuradas y estructuradas, accesos a historias clínicas, informes o cuestionarios, que hubieran hecho del presente trabajo mucho más enriquecedor.

Referencias bibliográficas

Ander Egg, E. (1994). El taller: una alternativa de renovación pedagógica. Buenos Aires, Argentina: Magisterio del rio de la plata.

Bonil, J. & Sanmartí, N. & Tomás, C. & Pujol (2004). Un nuevo marco para orientar respuestas a las dinámicas sociales: El Paradigma de la Complejidad. Investigación en la escuela n° 53, 2004. Recuperado de http://www.intranet.senasa.gov.ar/intranet/imagenes/archivos/peps/Documentos_y_articulos/Paradigma-de-la-complejidad.pdf

Contreras, I. (1996). La investigación en el aula en el marco de la investigación cualitativa en educación: una reflexión acerca de sus retos y posibilidades. Revista Educación, 20(1), 109-125.

D. Godoy, et al. (2020, abril). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Revista Médica Clínica “Las Condes”. Vol. 31. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195#bib0035>

Duque, Melisa O. (2020). Fortalecimiento del Vínculo Familiar, Patología Dual. Informe Final Práctica Académica. Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Recuperado de: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/18074/1/DuqueMelissa_2020_FortalecimientoVinculoFamiliar.pdf

Ley N° 26657. (2013). Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario. Buenos Aires, Argentina: Recuperado de: <file:///C:/Users/Hector/Desktop/Hector/Universidad/Practicas%20Profesional/Decreto%20reglamentario%20ley-nacional-salud-mental.pdf>

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

E. Becoña, M. Cortes. (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Ed. Socidrogalcohol

M. Barrón (2014). “Adicciones, Nuevos Paraísos Artificiales.” 4ta edición.

Morín, E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España: Ed. Gedisa.

Najmanovich, D. (2011) “El juego de los Vínculos”. Buenos Aires, Argentina: Ed. Biblos.

Pablo Glanc (2017, agosto). Salud Mental y Derechos Humanos, un Nuevo Paradigma en Salud Mental. Revista Bordes. Recuperado de <http://revistabordes.unpaz.edu.ar/un-nuevo-paradigma-en-salud-mental/>

Real Academia Española. (2019). Real Academia Española. Recuperado de

<https://dle.rae.es/paradigma>

Rivas Balboa, C. (1996, mayo). Un Nuevo Paradigma en Educación y Formación de Recurso Humanos. Cuadernos Lagoven Nro. 99. Caracas: Departamento de Asuntos Públicos de LAGOVEN.

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

Anexo

Anexo I: Video

“Cómo Mejorar la Comunicación Familiar • Los 5 Pilares de la Convivencia Familiar”



Anexo II: Hoja con tipos de mensajes. Actividad 8.

Confianza	Desconfianza
<ul style="list-style-type: none">• ¡Tú puedes!• ¡Lo vas a lograr!• ¡Creo en ti!	<ul style="list-style-type: none">• ¿Vos?• ¡No vas a poder!• ¿Estás seguro?

<p>Aceptación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me gusta como soy • ¡Sus capaz de hacer esto! • Que bien lo hiciste • Te equivocaste, inténtalo de nuevo. 	<p>Rechazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que mal te salió • No servís para esto” • Siempre lo mismo con vos • Te equivocaste, sos malo
<p>Comprensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¡Ya paso! • ¡Te entiendo! • ¡Hiciste lo que pudiste! • Te perdono. 	<p>Castigo – culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¡Te lo mereces! • ¡Fue tu culpa! • Te dije que no era así
<p>Motivación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¡Adelante! • ¡Lo lograste! • ¡Vale la pena! 	<p>Desanimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Para qué? • Mejor ni trates • Me da lo mismo.

Anexo III: Matriz de Evaluación de Impacto

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	INDICADORES	RESPUESTAS CUESTIONARIO
<p>➤ Vinculación afectiva de los usuarios con las familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad y relaciones intrafamiliares - Capacidad de ponerse en el lugar del otro - Capacidad de reflexión frente a situaciones que así lo demanden 	
<p>➤ Psicoeducación y comunicación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de poner en palabras lo que sienten - Cercanía de miembros - Actitud frente a toma de decisiones - Resolución de problemas 	

<p>➤ Facilitar la reinserción social</p>	<ul style="list-style-type: none">- Capacidad para generar relaciones extra familiares- Búsqueda de espacio de calidad- Dividir tareas de la casa- Puesta de límites	
--	---	--