

**INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL, REALIZADO EN LA FUNDACIÓN
HOGARES CLARET, PARA LOS PROGRAMAS “NUEVA VIDA” Y “VIENTOS DE
CAMBIO”, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DEL 2011 Y
NOVIEMBRE DEL 2011.**

MIGUEL ÁNGEL COCK ARBELÁEZ
PSICÓLOGO PRACTICANTE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
PEREIRA- RISARALDA

2011

INFORME DE AVANCE DE PRÁCTICA ACADÉMICA

Informe de práctica profesional, realizado en la Fundación Hogares Claret, para los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”, en el periodo comprendido entre Enero del 2011 y Noviembre del 2011.

Miguel Ángel Cock Arbeláez

Psicólogo Practicante

Jorge Hernán Jaramillo

Asesor

Universidad Católica de Pereira

Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación

Programa de Psicología

Pereira- Risaralda

2011

AUTORIZACIÓN

Yo, Miguel Angel Cock Arbeláez mayor de edad, vecino de Pereira, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1088247404 de Peereira actuando en nombre propio, en mi calidad de autor del trabajo de grado denominado: Informe de práctica profesional, realizado en la Fundación Hogares Claret, para los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”, en el periodo comprendido entre Enero del 2011 y Noviembre del 2011. Presentado como requisito para optar el título de Psicólogo, en el año 2012, hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (CD-ROM) y autorizo a LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PEREIRA, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) y los demás derechos comprendidos en aquellos, que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento. También autorizo a que dicha obra sea incluida en bases de datos. Esta autorización la hago siempre que mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito a mi trabajo como autor.

Con todo, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al artículo 30 de la Ley 23 de 1982. PARÁGRAFO: La presente autorización se hace extensiva no sólo a las facultades y derechos de uso sobre la obra en formato o soporte material, sino también para formato virtual, electrónico, digital, óptico, usos en red, internet, extranet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

EL AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y tiene la titularidad sobre la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Firma (s),

CC.

CC.

Pereira, 25 de Noviembre de 2011

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
1. PRESENTACIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA	11
2. DIAGNÓSTICO O IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.....	13
2.1 Servicio Prestado desde el área de Psicología.....	14
2.2 Efectividad Intervenciones Individuales.....	14
2.3 Impacto Terapias de Grupo	15
2.4 Procedimiento de las Terapias de Grupo.	15
2.5 Empatía del Profesional.....	16
2.6 Comunicación y discurso del Profesional.....	17
2.7 Actitud del Profesional	17
2.8 Confidencialidad y secreto profesional	18
2.9 Pertinencia de las intervenciones individuales	18
2.10 Relación y coherencia entre intervención y etapa del proceso	19
3. EJES DE INTERVENCIÓN	21
3.1 <i>Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.</i>	21
3.2 <i>Desarrollo de Talleres Psicosociales.</i>	23
3.3 <i>Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.</i>	24
4. JUSTIFICACIÓN EJES DE INTERVENCIÓN.....	26
4.1 <i>Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.</i>	26
4.2 <i>Desarrollo de talleres Psico-sociales.</i>	27
4.3 <i>Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.</i>	28
5. MARCO TEÓRICO.....	30
5.1 Intervención individual y grupal.....	30
5.2 Comunidad terapéutica y modelamiento.	33
5.2 Sujeto y drogodependencias.....	35
5.4 <i>Drogodependencias e intervención cognitivo conductual.</i>	39
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	42
6.1 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.....	42

6.1.1 Objetivo General.	42
6.1.3 <i>Estrategias de acción.</i>	42
6.1.4 <i>Procedimiento.</i>	43
6.1.5 Población.	44
6.2 Desarrollo de Talleres Psicosociales.....	44
6.2.1 Objetivo General.	44
6.2.2 Objetivos específicos.....	44
6.2.3 Estrategias de acción.....	44
6.2.4 <i>Procedimiento.</i>	45
6.2.5 Población.....	45
6.3 Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.....	45
6.3.2 <i>Objetivos específicos.</i>	45
6.3.3 <i>Estrategias de acción.</i>	46
6.3.4 <i>Procedimiento.</i>	46
6.3.5 Población.....	47
6.4 Cronogramas de Actividades.....	47
7 RESULTADOS FINALES.	48
7.1 Resultados cuantitativos.	48
7.2 Resultados cualitativos.....	56
7.2.1 Resultados cualitativos programa Juvenil – Vientos de Cambio.....	57
7.2.2 Resultados cualitativos del programa Adultos Mixto – Nueva Vida.	60
8. INDICADORES DE LOGRO.	65
8.1 Indicadores de logro Cuantitativos.	65
8.2 Indicadores de logro Cualitativos.	65
9 DIFICULTADES	67
9.1 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.....	67
9.2 Desarrollo Talleres Psicosociales.....	68
CONCLUSIONES.	69
RECOMENDACIONES.	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÉNDICES	73

ANEXOS.....	84
-------------	----

Apéndice B: Listado de Gráficas Circulares

Figura 1 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en el servicio prestado por el área de psicología.	74
Figura 2 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en el servicio prestado por el área de psicología.....	74
Figura 3 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la efectividad de las intervenciones realizadas desde el área de psicología.....	75
Figura 4 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la efectividad de las intervenciones realizadas desde el área de psicología.....	75
Figura 5 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en el impacto de las terapias de Grupo realizadas por el área de psicología.....	76
Figura 6 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en el impacto de las terapias de Grupo realizadas por el área de psicología.....	76
Figura 7 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la estructura de las Terapias de Grupo.....	77
Figura 8 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la estructura de las Terapias de Grupo.....	77
Figura 9 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la empatía como cualidad del profesional del área de psicología.	78
Figura 10 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la empatía como cualidad del profesional del área de psicología.....	78
Figura 11 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en el discurso del profesional en psicología implementado en los espacios individuales y grupales.....	79
Figura 12 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en el discurso del profesional en psicología implementado en los espacios individuales y grupales.....	79
Figura 13 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la actitud del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales.....	80
Figura 14 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la actitud del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales.....	80
Figura 15 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” del secreto profesional, como labor ética del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales.....	81
Figura 16 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” del secreto profesional, como labor ética del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales.	81
Figura 17 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” de la pertinencia de las intervenciones individuales.....	82
Figura 18 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” de la pertinencia de las intervenciones individuales.....	82

Figura 19 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” de la coherencia de las intervenciones individuales realizadas por el área de psicología, con la etapa del usuario.....	83
Figura 20 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” de la coherencia de las intervenciones individuales realizadas por el área de psicología, con la etapa del usuario.....	83

Resumen:

A partir del siguiente informe se hace la presentación de las actividades de un estudiante de psicología para los semestres noveno y décimo a partir de la práctica académica en psicología clínica desde un enfoque Cognitivo Conductual., comprendidos entre las fechas 27 de Enero y 31 de Octubre de 2011, en la Fundación Hogares Claret, en sus programas para juveniles “Vientos de Cambio” y Adultos “Nueva Vida” siendo una población con una problemática particular, la drogodependencia, presentando tanto las funciones prácticas, como los resultados que se obtuvieron a partir de ellas, sustentado desde concepciones teóricas que enriquecen la producción del presente informe.

Palabras Clave: Cognitivo Conductual, Drogodependencias, Sujeto drogodependiente, Fundación Hogares Claret.

Abstract:

From the following report is the presentation of the activities of a psychology student for ninth and tenth semesters from the academic practice in clinical psychology from a cognitive behavioral approach, between the dates January 27 and October 31 of 2011, Claret Homes Foundation in its programs for youth "Winds of Change" and Adult "New Life" being a population with a particular problem, drug abuse, presenting both the practical functions, such as the results obtained from of them, sustained from theoretical concepts that enhance the production of this report

Key Words: Cognitive Behavioral, Drug Abuse, Subject Adict, Claret Homes Foundation.

Informe de práctica profesional, realizado en la Fundación Hogares Claret, para los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”, en el periodo comprendido entre Enero del 2011 y Noviembre del 2011.

INTRODUCCIÓN.

En el actual Informe Final de Practica, se presentan los componentes del ejercicio académico de carácter práctico realizado en la institución “Hogares Claret” en sus programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”, ejecutado por un estudiante de Psicología de décimo semestre, quien decide inscribirse en el enfoque clínico cognitivo-conductual. Informe que se construye como requisito de grado.

Dichos componentes responden a la descripción tanto de la institución como de los servicios prestados, así mismo como de las herramientas, estrategias y resultados encontrados mediante un diagnóstico de necesidades, efectuado con el fin de reconocer los ejes de intervención en los que se acotan las actividades propuestas por y para el psicólogo en formación, puntualizando tanto en las construcciones teóricas que sustentan tales servicios, como en las actividades puntuales que le dan cumplimiento a los ejes delimitados, finalizando con los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos mediante la realización de las actividades delimitadas en el plan de práctica.

1. PRESENTACIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA

La Fundación Hogares Claret, como una organización privada sin ánimo de lucro, es un centro de atención en el tratamiento de las drogodependencias de carácter mixto (tratamiento empleado por exadictos y profesionales), fundada desde una visión de fundamento social y reeducativo del padre claretiano Gabriel Mejía Montoya quien se asesora de diversos programas en la atención a la drogadicción como problemática principal, de instituciones a nivel mundial, dando inicio a su fundación el 12 de mayo de 1984 en la ciudad de Medellín, institucionalizándose formalmente cuatro años después como Hogares Claret.

A través de los años se dio la apertura hacia un modelo terapéutico propio. Actualmente la Fundación Hogares Claret cuenta con más de 34 sedes entre administrativas, Centros de Atención (Tratamientos Terapéuticos) en varias ciudades y departamentos de Colombia (**Medellín-Antioquia, Barranquilla-Atlántico, Bogotá- Cundinamarca, Neiva-Huila, Pereira-Risaralda, Bucaramanga-Santander y Cali-Valle del Cauca**) que amparan diversos tipos de población: **adultos, jóvenes y niños inmersos en situaciones de marginalidad, miseria, drogas y abusos de todo tipo** y es la de las pocas Comunidades Terapéuticas a nivel mundial que está **certificada en calidad por la norma ISO 9001** (Página web de la institución: www.fundacionhogaresclaret.org/historia)

De esta manera, la institución Hogares Claret se ha regionalizado expandiendo su vocación de servicio a la igual creciente problemática de la drogadicción, abarcando gran parte de las capitales del país subdividiéndose en programas que delimiten y organicen el trabajo potenciando el servicio profesional en el proyecto reeducativo de la institución, siendo este el caso de la sede en Pereira ubicada en el kilómetro 7 vía Armenia, en donde sus dos programas “Nueva Vida” para adultos mixto, y “Vientos de Cambio” para adolescentes hombres, dan cuenta de la labor de los distintos profesionales en el proceso de rehabilitación social, lugar en el cual se ubica la actual práctica profesional presentada.

A sí mismo se estructuran criterios que guían el cumplimiento de las diferentes funciones profesionales de los integrantes del equipo de funcionarios que para el caso de la institución (9 funcionarios de planta) están divididos en distintas áreas: Área de Psicología, área de Pedagogía, área administrativa, área operativa, área de familia, y área de nutrición, desplegados según el

organigrama institucional (Anexo 1). Todos en función de la atención de personas (niños, adolescentes y adultos) en situaciones de uso, abuso y dependencia de consumo de sustancias psicoactivas, y problemas de conducta adyacentes o percibidas como factores de riesgo del futuro consumo, buscando la rehabilitación de los mismos.

Por otro lado, a partir del planteamiento claretiano, la institución ha organizado y estructurado su labor bajo una misión, visión y principio maestro, el cual se encuentra plasmado y formalizado en el manual institucional denominado A B C de la comunidad terapéutica, encontrando:

Misión: “Acompañar a las personas afectadas por la marginalidad, la adicción, la violencia o con problemas de conducta a encontrar su sentido de vida”.

Visión: “Ser reconocidos por nuestro liderazgo nacional e internacional y por la calidad de nuestros servicios, fruto de un talento humano competente y comprometido en ofrecer una respuesta amorosa y efectiva a personas afectadas por la marginalidad, la violencia, la adicción o problemas de conducta, acompañándolas en la construcción de un nuevo proyecto de vida”.

Principio maestro: Se entiende como principio maestro aquellos valores institucionales en función del cumplimiento del ejercicio claretiano, encontrando: El servicio, amor, Superación, la responsabilidad y la opción por la vida, que se dirigen a completar y transformar las tendencias destructivas y disfuncionales de sí mismo en comportamientos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, traídas y habituadas por los drogodependientes, modificándolas por apreciaciones y determinaciones que implican un trabajo tanto individual como social en la búsqueda de un estilo de vida óptimo, adecuado y sobrio.

2. DIAGNÓSTICO O IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

Con el fin de ejercer una labor ética, coherente y pertinente desde el área de psicología clínica, desde su enfoque cognitivo-conductual, en el centro de atención en drogadicción “Hogares Claret” para sus programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”, es importante realizar un diagnóstico de necesidades a partir de elementos o instrumentos puntuales como la encuesta, siendo esta una “Técnica destinada a obtener información primaria, a partir de un número representativo de individuos de una población, para proyectar sus resultados sobre la población total” (Yolanda Gallardo y Adonay Moreno, 1999, Pág. 79), la observación participante no estructurada, como “aquella en la cual el investigador tiene, como propósito principal, lograr un conocimiento exploratorio y aproximado de un fenómeno, en vez de tratar de comprobar alguna hipótesis. Se denomina no estructurada en el sentido que el investigador no tiene conocimiento tal del fenómeno que le permita desarrollar un plan específico para hacer las observaciones, antes de empezar a recoger los datos” (Yolanda Gallardo y Adonay Moreno, 1999, Pág. 61), y la revisión documental, en donde se toman en cuenta las construcciones anteriores de planes de práctica de psicólogos en formación antecesores, quienes promueven recomendaciones para el practicante actual.

Así mismo se tendrá en cuenta la ley 1090 del 2006 en la que se dicta el código deontológico y bioético del ejercicio profesional en psicología, que rige la labor del mismo, así como los manuales de intervención terapéutica de la institución. Y así perpetrar un servicio clínico en la institución que apunte a la promoción de la salud mental, como lo indica el código bioético y deontológico como una herramienta que transversaliza toda la acción del psicólogo en cualquier contexto.

A partir de lo anterior se crea un instrumento, para el caso la encuesta (apéndice 1), aplicada a 50 usuarios, de los cuales 30 pertenecen al programa “Nueva Vida” (Adultos) y 20 al programa “Vientos de Cambio” (Juvenil), desde la cual se indaga por la percepción de los usuarios frente a la atención, pertinencia, importancia e impacto de los espacios individuales y grupales, desde la intervención psicológica, calificándose de 1 a 5 de la siguiente manera:

1	2	3	4	5
Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente

Con la cual se revela que:

2.1 Servicio Prestado desde el área de Psicología

En el programa “Nueva Vida” el 43% de los usuarios califican el servicio prestado por el área de psicología, como lo define el artículo 2 punto 1 de la ley 1090 del 2006, como excelente, argumentado generalmente por la profesionalización de los psicólogos y el tiempo dedicado por los mismos en los espacios establecidos, el 52% lo califican como bueno, argumentando que la frecuencia de las sesiones no es la deseada, el 5% lo califican como regular, argumentando que la frecuencia de las sesiones es poca. (Figura 1). Para el programa “Vientos de Cambio” el 46%, como excelente, argumentando que es un espacio retro-alimentador en el cual se conoce así mismo, el 46% lo califican como bueno, argumentando que existen buenas devoluciones del profesional, las cuales sirven de apoyo en el desarrollo del proceso terapéutico, el 8% lo califican como regular porque aunque los espacios son de gran ayuda, es difícil acceder a dichos espacios (Figura 2). Indicando que el servicio se ha descrito como importante tanto para el crecimiento personal del sujeto, como en el desarrollo del proceso terapéutico, reforzando la necesidad de dichos espacios para los usuarios.

2.2 Efectividad Intervenciones Individuales

En el programa “Nueva Vida” el 38% de los usuarios califican la efectividad de las intervenciones individuales por el área de psicología como excelente, argumentando que van directamente a las necesidades del usuario, brindando herramientas que cuestionan y estructuran diversas posiciones de los usuarios, que debían cambiarse, el 33% lo califican como bueno, argumentando que aunque las intervenciones son buenas, en ocasiones el usuario sale muy pensativo, el 29% lo califican como regular argumentando el quedar en ocasiones muy

pensativos y sin saber que hacer (Figura 3). En el programa “Vientos de Cambio” el 46% de los usuarios califican la efectividad de las intervenciones por el área de psicología como excelente, argumentando que llevan constantemente al usuario a reflexionar, adquiriendo herramientas que pueden ser utilizadas en su vida diaria, el 54% lo califican como bueno, argumentando que son espacios de mucha reflexión que movilizan sentimientos o emociones que pueden ser desagradables (Figura 4). Indicando que el que hacer en el área de psicología, presenta resultados efectivos en su mayoría, sin evadir las dificultades apreciadas por algunos usuarios, diciendo con esto, que desde dicho ejercicio, aún quedan cosas por mejorar.

2.3 Impacto Terapias de Grupo

En el programa “Nueva Vida” el 48% de los usuarios califican el impacto de las terapias de grupo, como intervenciones colectivas por el área de psicología como excelente, argumentando que son espacios en donde se puede liberar de molestias frente a un grupo que le entiende y le ayuda con amor responsable, el 43% lo califican como bueno, argumentando que son espacios retro-alimentadores, pero que algunos compañeros no saben aprovechar, el 9% no respondieron a este interrogante (Figura 5). En el programa “Vientos de Cambio” el 85% de los usuarios califican el impacto de las terapias de grupo, como intervenciones colectivas por el área de psicología como excelente, argumentando que la expresión grupal en la mayoría de las ocasiones tocan temáticas que el usuario puede identificar como suyas sin ser quien expresa, el 15% lo califican como bueno, argumentando que se puede identificar con la mayoría de las problemáticas expresadas, atendiendo así mismo a las devoluciones propuestas, pero que en ocasiones la terapia no cumple con este objetivo. (Figura 6). Indicando que en todos los usuarios tiene un impacto positivo y constructivo

2.4 Procedimiento de las Terapias de Grupo.

En el programa “Nueva Vida” el 38% de los usuarios califican a la estructura del procedimiento de las terapias de grupo, como intervenciones colectivas por el área de psicología como excelente, argumentando que se entiende el curso de la terapia, facilitando la posibilidad de aportar algo a quien expresa, el 43% lo califican como bueno, argumentando que es necesaria la

estructura para entender la problemática de los demás, pero que en ocasiones el tiempo que se toma cada usuario es mucho, el 10% lo califican como regular, argumentando que aunque es buena, casi nunca se cambia de sitio de la terapia, El 9% lo califican como malo, argumentando que la monotonía del espacio aburre. (Figura 7). En el programa “Vientos de Cambio” el 65% de los usuarios califican a la estructura del procedimiento de las terapias de grupo, como intervenciones colectivas por el área de psicología como excelente, argumentando que dicha estructura le da sentido al que sea el grupo el que genera las devoluciones a las problemáticas expresadas, el 14% lo califican como bueno, argumentando que es una buena estructura, que le da orden al espacio terapéutico, el 14% lo califican como regular, argumentando son espacios monótonos que llevan en ocasiones a burlas de los propios compañeros (Figura 8). Indicando que la estructura de las terapias de grupo en una minoría no es entendida, llevando a la necesidad no solamente de implementar distintas técnicas de las terapias grupales, sino a explicar mejor la intención de la estructura de la misma, revelando la necesidad de seguir trabajando en dicho aspecto.

2.5 Empatía del Profesional

En el programa “Nueva Vida” el 38% de los usuarios califican a la calidad empática siendo una herramienta esencial del profesional en psicología, como excelente, argumentando sentirse entendidos en todos los espacios terapéuticos dirigidos por los psicólogos, el 52% lo califican como bueno, teniendo los mismos argumentos que en la excelencia, sin manifestar alguna inconformidad, El 10% lo califican como regular, argumentando que las intervenciones han sido pocas como para poder confiar o sentirse entendido por los psicólogos (Figura 9). En el programa “Vientos de Cambio” el 38% de los usuarios califican a la calidad empática siendo una herramienta esencial del profesional en psicología como excelente, argumentando sentirse entendidos y ayudados por el psicólogo, el 54% lo califican como bueno, argumentando que en algunas ocasiones los psicólogos se ponen en los zapatos de ellos y los entienden, el 8% lo califican como regular, argumentando que no se ha sentido entendido en los espacios que dirige el psicólogo (Figura 10). Indicando que en la mayoría de las ocasiones esta cualidad del profesional de psicología ayuda en la expresión de problemáticas, aumentando la posibilidad de ser modificada.

2.6 Comunicación y discurso del Profesional

En el programa “Nueva Vida” el 57% de los usuarios califican al discurso o estilo comunicativo del profesional en los espacios grupales e individuales, como excelente, argumentando que siempre se sabe dar a entender, así como de llegar a la problemática que se expresa, el 33% lo califican como bueno, argumentando que en la mayoría de las ocasiones se saben dar a entender, en otras es un poco confuso, el 10% lo califican como regular, argumentando que no se entiende muy bien lo que dicen, son poco precisos (Figura 11). En el programa “Vientos de Cambio” el 92% de los usuarios califican al discurso o estilo comunicativo del profesional en los espacios grupales e individuales como excelente, argumentando que en todas las ocasiones se dan a entender, y con ello enseñan el cómo expresarse, el 8% lo califican como bueno, dando los mismos argumentos que en la excelencia sin mencionar dificultades (Figura 12). Indicando que en algunas ocasiones el discurso del profesional puede tender a manejarse desde parámetros técnicos propios de la disciplina, minimizando o limitando el entendimiento en los usuarios, generando un punto clave por transformar.

2.7 Actitud del Profesional

En el programa “Nueva Vida” el 48% de los usuarios califican la actitud del profesional en los espacios grupales e individuales, como excelente, argumentando que permite el encuentro serio y receptivo, sintiendo respeto por parte del profesional, el 38% lo califican como bueno, argumentando que es adecuado teniendo en cuenta el profesionalismo, aunque no siempre están disponibles, el 14% lo califican como regular, argumentando que en ocasiones no se les puede hablar (Figura 13). En el programa “Vientos de Cambio” el 84% de los usuarios califican la actitud del profesional en los espacios grupales e individuales como excelente, argumentando sentirse respetados y escuchados en todo momento, el 8% lo califican como bueno, argumentando que aunque siempre son respetuosos, no siempre pueden escucharlos, el 8% lo califican como regular, argumentando que a veces se tienen posturas correctivas (Figura 14). Indicando que en los espacios de intervención individual y grupal se percibe al profesional como respetuoso atento y disponible, lo que no ocurre en espacios diferentes a los mencionados, generando percepciones de irrespeto y desagrado por la atención al usuario.

2.8 Confidencialidad y secreto profesional

En el programa “Nueva Vida” el 45% de los usuarios califican el secreto profesional del psicólogo en los espacios grupales e individuales, como lo define el artículo 2 punto 5 de la ley 1090 del 2006, como excelente, argumentando que hasta la fecha se siente cómodo en los espacios individuales y grupales porque sabe que ahí quedarán las cosas, el 35% lo califican como bueno, argumentando que en los espacios hay confidencialidad, pero que en algunas ocasiones las cosas las sabe el grupo clínico, el 5% lo califican como regular, argumentando que se han dado cuenta que el grupo clínico tiene información de lo que ellos confían. El 15% no respondió a la pregunta (Figura 15). En el programa “Vientos de Cambio” el 61% de los usuarios califican el secreto profesional del psicólogo en los espacios grupales e individuales, como excelente, argumentando que todo lo dicho en los espacios terapéuticos con los psicólogos ha sido guardado prudentemente, el 31% lo califican como bueno, argumentando que algunas cosas las sabe el equipo clínico, pero no todo, el 8% lo califican como regular, argumentando que algunas personas del equipo han manifestado indirectamente el saber algo, lo que indica que alguien del mismo equipo les dijo (Figura 16). Indicando que el secreto profesional en ocasiones ha sido transgredido o se ha faltado a este, mediante el mal uso de la información por parte del equipo clínico, lo que amerita discutir dicho aspecto en el deber del ejercicio profesional, con la necesidad de mayor y mejor comunicación intragrupal en la institución.

2.9 Pertinencia de las intervenciones individuales

En el programa “Nueva Vida” el 33% de los usuarios califican la pertinencia de las intervenciones individuales realizadas por el área de psicología como excelente, argumentando que siempre se cambia un estado de ánimo negativo por un positivo, porque las atenciones son puntuales, porque son espacios que siempre sirven de ayuda, el 38% lo califican como bueno, argumentando que se lleva el seguimiento al problema del residente, aunque no son muy seguidas, el 14% lo califican como regular, argumentando no saber la pertinencia ya que no tiene casi intervenciones, El 5% lo califican como malo, argumentando que son muy pocos los momentos de las intervenciones, el 10% lo califican como deficiente, argumentando que son atendidos cuando se puede no cuando se necesita (Figura 17). En el programa “Vientos de

Cambio” el 85% de los usuarios califican la pertinencia de las intervenciones individuales realizadas por el área de psicología como excelente, argumentando que son de mucha utilidad en la solución de las problemáticas que los trajo al hogar, el 15% lo califican como bueno, dando los mismos argumentos que la calificación de excelencia sin manifestar queja alguna (Figura 18). Indicando que la frecuencia de las intervenciones ha limitado las apreciaciones de la pertinencia e importancia de las intervenciones, aun así en la mayoría se determinan como pertinentes y relevantes, afirmando la utilidad de dichos espacios.

2.10 Relación y coherencia entre intervención y etapa del proceso

En el programa “Nueva Vida” el 62% de los usuarios califican la coherencia de las intervenciones individuales con la etapa del usuario, realizadas por el área de psicología como excelente, argumentando que si hay coherencia tanto en la construcción como en el seguimiento en la ejecución del plan de tratamiento, el 33% lo califican como bueno, argumentando que no en todas las ocasiones, ya que algunas veces no los atienden, el 5% lo califican como regular, argumentando que no saben coherencia de que (Figura 19). En el programa “Vientos de Cambio” el 61% de los usuarios califican la coherencia de las intervenciones individuales con la etapa del usuario, realizadas por el área de psicología, como excelente, argumentando que los temas abordados dependen de la etapa en la que pertenecen, reconociendo la diversidad de cada una de ellas, el 23% lo califican como bueno, argumentando que se observa un seguimiento a las problemáticas identificadas, así no sea muy de seguido, el 8% lo califican como regular, argumentando, no entienden el interrogante, el 8% restante no responde al interrogante (Figura 20). Indicando que la mayoría de los usuarios entienden la dinámica de las intervenciones individuales, que en todo momento se dirigen al cumplimiento de los objetivos de etapa y al seguimiento del plan de atención integral, afirmando la necesidad de tal ejercicio durante todo el proceso terapéutico de cada usuario.

Desde lo anterior se observa la apreciación del usuario en el uso de espacios individuales y grupales o colectivos a partir del ejercicio profesional del psicólogo en la ejecución del tratamiento terapéutico, como labor relevante en el desarrollo del proceso terapéutico de carácter residencial prestado por la institución “Hogares Claret”, afirmando la constante necesidad de

dichos espacios y profesionales para el proyecto reeducativo de cada usuario independientemente del programa al que pertenecen, enfatizando en la importancia de continuidad de dicho servicio.

Por otro lado, desde la observación participante no estructurada definida inicialmente, realizada en los espacios de taller y espacios lúdicos o recreativos de los usuarios, se evidencia la necesidad de continuar con la construcción y ejecución de talleres psicosociales, teniendo en cuenta que en las dinámicas sociales, motivadas por la experiencia de vivir en un colectivo, emergen dificultades particulares y colectivas de los usuarios vistas en la mayoría de ellos, que ameritan la consideración de las áreas: psicológica y de trabajo social, en el aprendizaje de habilidades que potencialicen el desarrollo del usuario como ser social, reduciendo la disfuncionalidad de las relaciones interpersonales negativas o de perjuicio que han sido construidas y las por construir por los usuarios, interviniendo dimensiones personales y colectivas comunes en aquellos sujetos con problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Así mismo a partir de dicha herramienta, en la construcción de cronogramas y la ejecución de los mismos, se observa la necesidad del acompañamiento de otro practicante que adicione su trabajo clínico en el abordaje e intervención de usuarios, ya que en la mayoría de las ocasiones, se ha visto la necesidad en el residente de aumentar la frecuencia de las intervenciones individuales y grupales, debido a la creciente población atendida por la institución y a la multiplicidad de actividades del profesional en psicología, que comprenden funciones administrativas, psicosociales y clínicas propiamente.

3. EJES DE INTERVENCIÓN

Atendiendo al diagnóstico de necesidades anteriormente realizado, y teniendo en cuenta las actividades institucionales en la atención a usuarios con problemas conductuales asociados y directos en el consumo de sustancias psicoactivas, se proponen los siguientes tres ejes de intervención:

3.1 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.

En el curso del proceso terapéutico residencial construido por la institución “Hogares Claret” en sus programas adultos - mixto “Nueva Vida” y juvenil “Vientos de Cambio”, regional Risaralda, se ha propuesto como modelo principal a la “comunidad terapéutica” en la que se enfatiza la experiencia de vida en una comunidad micro-social, en donde el usuario lleva a cabo cambios conductuales y cognitivos enfocados hacia características funcionales, dependientes del acercamiento a un ambiente artificial, modelado tanto por demás usuarios con mayor tiempo residencial, como también por operadores reeducados en procesos anteriores y capacitados para cumplir funciones de acompañamiento, control y facilitación del proceso terapéutico.

Aun así la Comunidad Terapéutica, da lugar a procesos internos psicológicos participes de la teleología reeducativa en el curso de dicho proceso, por lo cual, prima por espacios individuales y grupales componentes de un tratamiento terapéutico a partir de la aplicación del ejercicio profesional en Psicología Clínica, en la que se intervengan de una manera particular, problemáticas específicas del desarrollo personal, moral, afectivo, social, acogidos bajo las pautas diagnósticas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV), en su evaluación multi-axial.

A partir de allí se puntualizan tres actividades propias de la atención clínica en psicología, con una frecuencia semanal o mensual según sea el caso: la intervención individual, la intervención grupal, y la atención en crisis.

Intervención Individual: Ejercicio compuesto por cuatro etapas de la siguiente manera, con una frecuencia semanal:

- a. Evaluación: A partir de una anamnesis construida por la institución denominada Formato F-21 en el programa “Nueva Vida” y F-100 en el programa “Vientos de

cambio”, así como una evaluación global del estado mental del paciente, desde el uso del Mini Mental State, y de manera particular en el programa juvenil, un complemento de la evaluación con la aplicación de la prueba psicológica Wartegg. Teniendo en cuenta la importancia que tiene para la disciplina conocer aspectos relacionados con la historia de vida del sujeto, con los cuales generar hipótesis de adquisición de aquellos comportamientos y pensamientos disfuncionales que han dado origen al consumo de sustancias psicoactivas.

- b. Diagnóstico: Apoyo del Manual Diagnóstico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) como un acompañamiento estandarizado para el juicio clínico del profesional, enfatizando en el diagnóstico multi-axial, ya que existe la posibilidad de que en el sujeto se presente una dualidad o comorbilidad en la presencia de más de un trastorno, ampliando la rigurosidad en la intervención a realizar.
- c. Intervención: En coherencia con los procesos dictados y estandarizados por la institución “hogares Claret” en sus manuales de los diferentes programas, enfatizan en la construcción de un Plan de Tratamiento para el programa de adultos, y un Plan de Atención Integral para el programa juvenil, en donde se elabora un conducto o vía de tratamiento, luego de haber identificado previamente las dificultades o problemáticas asociadas a los comportamientos directos e indirectos frente al consumo de sustancias psicoactivas, realizando un trabajo de intervención para dichas problemáticas, en el uso de las distintas técnicas de aplicación psicológica, desde el tratamiento o modificación conductual y reestructuración cognitiva, pertinente para cada usuario, según sea el caso.
- d. Generalización de Resultados: Bajo seguimiento desde el área de psicología, se evalúan los resultados obtenidos mediante la intervención, con la posibilidad de reestructurar dicho tratamiento si fuese necesario, permitiendo un trabajo complementario en la búsqueda de la salud mental y de la reeducación del usuario, enfatizando en la consolidación de las modificaciones y reestructuraciones

realizadas por el usuario en compañía del profesional en psicología, buscando generalizar dichos resultados, permitiendo el encuentro con la rehabilitación y con la prevención frente a las problemáticas por las cuales el usuario ingresa.

Intervención Grupal: Ejercicio terapéutico de intervención por el área de psicología con una frecuencia mensual, de forma colectiva, denominada “Psicoterapia de Grupo”, en donde el usuario expone sus problemáticas para ser abordado no solamente por el profesional, sino que también es debatido por sus compañeros de comunidad, respondiendo a la dimensión social en la que el usuario entiende la importancia de apoyar y ser apoyado por un colectivo de pares quienes comparten tanto espacios y vivencias comunes, como problemáticas similares, llevando a quien expresa determinada situación percibida como molesta, a ampliar el entendimiento de dicha situación y a sentirse acompañado en su resolución, optimizando el interés y motivación de un posterior cambio conductual y cognitivo, según el enfoque de la psicoterapia.

Atención en crisis: “Definida como un cambio no planificado, repentino y frecuentemente no deseado, en la vida de una persona, [asociado] normalmente con un estrés emocional [que en el caso de abuso de sustancias] representa un peligro de recaída” (Beck, Fred Wright, Corey Newman, Bruce Liese, 1999, pág. 283) es visto como un ejercicio terapéutico de contención, oportuno, que se genera a partir de situaciones en las que el usuario manifieste el deseo de abandonar el proceso terapéutico, o en el que exista un malestar sin control aparente, luego de percibir situaciones externas e internas, altamente estresantes, que interrumpan la consecución de su programa reeducativo de carácter residencial.

3.2 Desarrollo de Talleres Psicosociales.

A partir de la observación participante y en relación a los contenidos propuestos por el Ministerio de Protección Social y el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) en los servicios prestados por los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD) se propone la realización de talleres desde la articulación de las áreas de: Psicología y Socio-familiar, en donde los usuarios de los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio” obtengan como resultados, construcciones conceptuales y de auto-debate desde un nivel cognitivo, aplicados en su diario vivir enfatizando en componentes comportamentales, en el desarrollo de las dimensiones sociales, familiares, laborales o educativas, aunados al ciclo vital del usuario.

Por lo anterior se elaboran talleres semanales, para cada programa, en donde se alternan temáticas desde las dos áreas abordadas, las cuales serán descritas en un cronograma de actividades posterior.

3.3 Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.

El proceso terapéutico, hace referencia al conjunto de actividades grupales como: Terapias de confrontación en sus diferentes modalidades y las directamente llamadas terapias de grupo (Manual de terapias de la comunidad terapéutica, 2009, pág. 19) e individuales como: Diálogos terapéuticos y terapias manejadas por exadictos o residentes de tercera fase, y la consulta profesional por psicólogos o practicantes vinculados (Manual de terapias de la comunidad terapéutica, 2009, pág. 19) con fines reeducativos en el restablecimiento de una concepción y estilo de vida óptimo y sobrio del usuario.

Dicho proceso es dividido en consenso de la institución en fases y a su vez en etapas, como se encuentran en las guías de procedimientos P- 18 (Programa¹ adultos) y P-06 (Programa Juvenil), de la siguiente manera:

Programa “Nueva Vida”

Fases	Etapas	Duración
Ingreso	Acogida	1 mes
	Identificación	3 meses
	Elaboración	3 meses
Progreso	Consolidación	3 meses
	Servicio Social	1 mes
Egreso	Desprendimiento gradual	1 mes

¹ El programa hace alusión al proceso de atención terapéutico propuesto por la institución bajo los parámetros específicos de grupos de poblaciones las cuales dependen de sus características generales como: género y edad, dividiendo así los programas en adultos – mixto y juvenil.

Programa “Vientos de Cambio”

Fases	Etapas	Duración
Ingreso	Acogida	1 mes
	Identificación	3 meses
Progreso	Elaboración	3 meses
	Proyección Social	1 mes
Egreso	Desprendimiento gradual	1 mes

A partir de lo anterior se propone como actividad el ejercicio de acompañamiento por tutorías, revelando en sí mismo que la palabra tutor proviene de su misma escritura en latín *Tutor* que se deriva del verbo *Tueri* que designa acciones de observación, vigilancia y protección, abriendo el espacio para designar al tutor como aquel facilitador o profesional que acompaña al usuario, observándolo y guiándolo en el cumplimiento de los diferentes objetivos, atendiendo a la consecución y desarrollo del proceso terapéutico llevado por el usuario a cargo.

4. JUSTIFICACIÓN EJES DE INTERVENCIÓN.

En aras de implementar el ejercicio profesional en psicología, con el modelo de “comunidad terapéutica” en aporte de la institución “Hogares Claret” y en la dinámica académica de aprendizaje del practicante, se realizó un diagnóstico de necesidades que arrojaron como resultado la consecución de elementos terapéuticos ya establecidos por la institución en pro de la salud mental y planteamientos reeducativos de los usuarios, llevando a complementar las actividades donadas al psicólogo en formación a partir del desarrollo de ejes de intervención de la siguiente manera:

- Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.
- Desarrollo de Talleres Psicosociales.
- Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.

Aun así cada eje, en la generalidad del trabajo en psicología, contiene elementos novedosos, interesantes y útiles, contruidos por el practicante, en la particularidad de su propuesta como psicólogo en formación, por lo cual se hace importante realizar tal descripción.

4.1 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.

4.1.1 Novedad: A pesar de plantearse como un ejercicio general para el área de psicología, tanto la intervención individual como grupal, se proponen desde el modelo clínico cognitivo-comportamental como una propuesta que da respuesta a la constante demanda de un programa efectivo y claro en la atención terapéutica a una población con dinámicas igualmente constantes de ingresos y egresos. Por tal motivo, el presente eje nunca será resuelto en su totalidad, ya que el mismo permanece en un ejercicio perpetuo, como componente del proyecto reeducativo que presenta la institución a sus usuarios, en la atención a dificultades comportamentales, cognitivas y afectivas que un día dieron origen y sostuvieron estrategias de afrontamiento disfuncionales, de los cuales hace parte el consumo de sustancias psicoactivas, representando una amenaza para la salud física y psicológica para los usuarios y sus familias.

4.1.2 Interés: De esta manera el eje de tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal, enriquece ampliamente la praxis del ejercicio psicológico del actual practicante, al brindarle entrenamientos en herramientas como el debate socrático, didáctico, empírico, “en sí mismo”, como herramientas particulares del enfoque cognitivo-conductual, que han sido abordadas desde el ejercicio académico en semestres anteriores.

4.1.3 Utilidad: Dicho eje es planteado según la relevancia que se ha encontrado en el servicio terapéutico en psicología en el establecimiento de un proyecto reeducativo, en donde la dimensión cognitiva y comportamental toman gran importancia en el inicio y sostenimiento de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual es preeminente una atención individual y grupal que atienda o genere la consideración clínica necesaria a dichas problemáticas, planteándose actividades en pro del cambio cognitivo y comportamental, en consecución de la misión reeducativa de la institución, dirigido a los usuarios de los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”.

4.2 Desarrollo de talleres Psico-sociales.

4.2.1 Novedad: La perspectiva de los talleres en convergencia del trabajo o ejercicio psicológico y del trabajo social, surge desde el interés de intervenir en las dinámicas construidas por los usuarios al vivir en comunidad, allí se generan diversos aspectos en gran parte dificultosos que merecen ser considerados por el área terapéutica, de esta manera, la planeación y ejecución de los talleres Psico-sociales responden a la multiplicidad de situaciones observadas por los profesionales en el curso de la experiencia artificial y modelada en dicha coexistencia. Desde lo anterior es preeminente realizar talleres en los cuales el usuario, luego de que culmine su proceso terapéutico, conserve habilidades en dimensiones sociales y psicológicas, en el desarrollo como sujeto, respondiendo a las características anteriores y a los lineamientos del Ministerio de Protección social y al Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF).

4.2.2 Interés: La ejecución de dicho eje permite al psicólogo practicante y por tanto en formación, realizar trabajos desde una mirada particular del usuario, la cual se enmarca en el estudio del sujeto desde las unidades sociales que conforma a través de las dinámicas colectivas observadas, ampliando la mirada clásica grupal o social, que imprime el campo de aplicación clínica de la psicología.

4.2.3 Utilidad: Los talleres Psico-sociales en su totalidad buscan llevar al usuario una reflexión y por tanto una implementación de estrategias que amenicen no solamente la vida actual de comunidad, sino también su posterior desarrollo vital fuera de la institución, por lo que la ejecución de tales talleres llevan un impacto en el residente que le permiten controlar aspectos personales y grupales en la pertinencia de la prevención de conflictos personales y colectivos que dificulten el diario vivir y así mismo su propia existencia.

4.3 Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.

4.3.1 Novedad: El proceso terapéutico presentado en fases y etapas a los usuarios, implementa distintos objetivos y criterios de evaluación en el paso por etapas, así el acompañamiento y evaluación del tutor perdura desde el inicio hasta el culmen de dicho proceso, guiando al residente en el cumplimiento de los objetivos en beneficio de aprendizajes comportamentales y sociales, por lo que al igual que en el eje de intervención del tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal, son constantes los egresos e ingresos de usuarios, generando un servicio perpetuo desde el área o ejercicio de tutoría en el proyecto reeducativo que presenta la institución.

4.3.2 Interés: En el desarrollo de éste eje de intervención, el practicante, construye herramientas conceptuales y pragmáticas en el acercamiento a la población abordada bajo el trabajo psicológico, generando aprendizajes particulares que califican al futuro profesional en la intervención en drogodependencias, facilitando el encuentro de la

disciplina con los resultados esperados para quien ha ingresado a un programa de deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas.

4.3.3 Utilidad: Esperando un óptimo cumplimiento del proceso terapéutico que realiza el residente, en el eje propuesto desde la atención individual por tutorías, se presta un servicio de acompañamiento con el objeto de guiar u orientar al usuario en el cumplimiento de los objetivos planteados para cada etapa, teniendo en cuenta que este acompañamiento facilita el curso y desarrollo del proceso terapéutico en mención, dirigido en su totalidad a los usuarios de los programas “Vientos de Cambio” y “Nueva Vida”.

5. MARCO TEÓRICO.

Atendiendo a los ejes de intervención identificados desde el diagnóstico de necesidades, se hace relevante centrar el ejercicio planteado para el psicólogo en formación, practicante de la institución “Hogares Claret” en sus programas reeducativos “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio” descrito en el abordaje de dichos ejes, a partir de conceptualizaciones teóricas que puntualicen y direccionen tales actividades.

Es así como desde el presente marco teórico se muestran las conceptualizaciones y parámetros por los cuales se guía teóricamente el ejercicio de intervención individual y grupal, así como el tratamiento específico del enfoque cognitivo- conductual en la problemática de las drogodependencias, realizando un abordaje del sujeto adulto y adolescente leído desde dicha situación de uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas definido como “drogodependiente”, pasando por definiciones importantes, como droga, drogodependencia, tolerancia y abstinencia.

De igual forma se explicarán las razones y apoyos temáticos que justifican la construcción y ejecución de los talleres psicosociales, y de la importancia de determinar a la “Comunidad terapéutica” como modelo adoptado por la institución.

Por lo tanto es relevante dividir estructuralmente la formulación del marco teórico que facilite el entendimiento conceptual del mismo, de la siguiente manera: Intervención individual y grupal, Comunidad terapéutica y modelamiento, Sujeto y drogodependencias, Drogodependencias e intervención cognitivo-conductual.

5.1 Intervención individual y grupal.

Desde este apartado se propone la realización de las intervenciones tanto individuales como grupales a partir de la teoría Cognitivo-Conductual (TCC), específicamente desde la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Albert Ellis. Entendida como una técnica de carácter Cognitivo-conductual que empalma los procedimientos que buscan modificar por disminución, comportamientos y emociones disfuncionales, y por aumento, comportamientos y emociones funcionales, desde técnicas conductuales, primando la modificación de comportamientos desde

la intervención de los patrones y esquemas del pensamiento a partir de técnicas cognitivas, llevando por supuesto, que las consecuencias desadaptativas actuales experimentadas por el individuo responden a aprendizajes que les anteceden. (Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997).

En concordancia con las terapias cognitivo-conductuales, la TREC sostiene la relación entre cognición y comportamiento como elementos que se juxtaponen o se complementan. Adicional a los modelos TCC tradicionales, la TREC adiciona un factor relevante en las evaluaciones que el sujeto realiza, las condiciones emocionales, las cuales determinan posteriores pensamientos y comportamientos, aspecto que es explicado mediante la exposición del modelo A-B-C de la siguiente manera:

A= Acontecimiento Activante

B= Creencias, Evaluaciones e interpretaciones, sobre las A

C= Consecuencias emocionales y conductuales.

D= Debate de las B in adaptativas, Productor de nuevas B

E= Efectos del debate, Nuevas B y C.

(Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997).

De esta manera, A. Ellis argumenta estilos particulares en el procesamiento de la información, indicando dos componentes principalmente, el tipo de proceso y el tipo de contenido. En el tipo de procesos se encuentran: La evaluación global o condenación, tremendismo, y por último baja tolerancia a la frustración, desde contenidos como: la aceptación, el éxito, y la comodidad; caracterizando las diferentes maneras en que se puede realizar una evaluación de las creencias irracionales de los sujetos especificando en su estilo de procesar la información, definiendo la base de los sistemas de creencias específicas. (Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997).

A partir del esquema descrito y de la taxonomía de los estilos de procesamiento de la información, en la TREC se describe una herramienta principal en el abordaje de los sistemas de creencias irracionales o disfuncionales, el debate o cuestionamiento, entendida como “el proceso

lógico y empírico en el que se ayuda al paciente a que se detenga y piense [...] [el cual] se compone de dos estrategias básicas. Se ayuda al paciente que 1) examine y cuestione su forma actual de pensar, y 2) desarrolle nuevos y más funcionales modelos de pensamiento” (Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997, Pág. 49).

Así mismo explica tres tipos de debates, Filosófico o socrático en el que se cuestionan directamente los pensamientos irracionales desde la falta de lógica, realismo e inconsistencia; el debate Didáctico, en donde se cuestiona la veracidad de los pensamientos irracionales a través de ejemplos y generalizaciones en los cuales no se cumple la creencia o pensamiento irracional; y por último el debate chistoso, en el cual se exageran las condiciones irracionales de las creencias del sujeto catastrofizándolas, llevando al sujeto a cuestionar el nivel de exageración que se le imprime a dicha creencia disfuncional. (Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997)

Desde lo anterior y en relación a las drogodependencias, se observa que los debates en sus diferentes tipos ayudan principalmente al profesional a generar un distanciamiento entre las causas superficiales o determinismos de carácter ambiental, social y familiar, inicialmente identificadas por el drogodependiente, significadas como causas externas, y las verdaderas razones, propias y particulares del usuario, generando una mirada introspectiva promoviendo tanto el cambio personal como transformación del consumo de sustancias psicoactivas de ser una problemática a un signo de problemática.

El decir cambio personal, indica que las condiciones que dieron origen y/o sostenimiento a dicho consumo pertenecen inherentemente al modo por el cual el sujeto interpreta una realidad problemática, diciendo con esto que las razones principales por las cuales se determina cierta estrategia de afrontamiento (consumo) como solución posible a problemas o dificultades experimentadas, son condiciones de subjetivación de lo que se percibe como real, revelando que las dificultades exteriores, encubren totalmente aquellas interpretaciones, o para el caso, pensamientos irracionales, que el sujeto construye a lo largo de su historia de vida y que verdaderamente son y deben ser las unidades de trabajo del profesional en el alejamiento del drogodependiente del consumo de sustancias psicoactivas. (Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997, Pág. 49).

Al hacer mención de pensamientos irracionales en la aplicación y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual, se ha encontrado, en relación a las drogodependencias, que el tipo de pensamiento más común es aquel que se compone de un proceso de condenación y contenidos de aceptación y éxito, al ver que en su mayoría el sujeto consumidor de las sustancias psicoactivas, se cuestiona por si es aceptado por un colectivo, e incluso por sí mismo, y si es una persona capaz, recriminando constantemente y de forma negativa los resultados a los cuestionamientos mencionados, usando, abusando o dependiendo de las sustancias psicoactivas, elegidas como medio o estrategia de afrontamiento ante las problemáticas o necesidades del drogodependiente. (Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. 1997, Pág. 49).

Por otro lado, hablar de que el consumo de sustancias psicoactivas es un signo del problema más no él en sí mismo, es puntualizar que el consumo es una estrategia de carácter conductual para alterar la realidad problemática que experimenta el sujeto, es un medio de evasión hacia un acontecimiento externo e interno (pues puede ser un pensamiento, idea o recuerdo recurrente) que genera malestar o disgusto. Por lo tanto el entender que el consumo como tal es una conducta evitativa de situaciones molestas, y que ellas no son el verdadero punto de consideración clínica del profesional en el manejo de las drogodependencias, es entender que la droga o su consumo como estrategia de evitación, es una parte, de carácter comportamental del verdadero problema del sujeto, lo que indica que es un signo de él.

5.2 Comunidad terapéutica y modelamiento.

En el tratamiento de las drogodependencias, uno de los modelos más efectivos, a nivel nacional, ha sido el de Comunidad Terapéutica, quien se sustenta desde la interacción constante de sujetos quienes comparten una misma situación o signo problemático en un ambiente artificial y modelado, lográndose sustentar desde la teoría del aprendizaje social de Bandura, bajo el concepto de modelamiento. (Manual de terapias de la comunidad terapéutica, 2009)

El modelamiento principalmente es un constructo central en la teoría del aprendizaje social de Bandura, que explica la manera en la cual el ser humano reproduce comportamientos asociados a cogniciones y afectividades, sucedidas o generadas por aprendizaje vicario o en acto, obtenido por la observación de uno o más modelos.

Entre las funciones del modelamiento se encuentran la facilitación de respuesta, la inhibición y la desinhibición, en donde la primera hace alusión a comportamientos con un nivel bajo de consciencia, también llamados impulsivos, en donde el sujeto sigue una conducta percibida en la mayoría de quienes le rodean (ej: observar un lugar o acto que muchos están observando), por el contrario en la inhibición y la desinhibición, el sujeto modelado forma una expectativa en la ejecución, o no, de una conducta en particular la cual ha tenido anteriormente una recompensa o un castigo, obteniendo una función motivacional en la realización de dicho comportamiento.

De esta manera se insertan dos variables importantes en el aprendizaje social, las metas y las expectativas. Las metas hacen alusión a aquellas funciones motivacionales en efecto de una conducta que no tienen un incentivo inmediato, promoviendo una consecución de actividades impulsadas por normas (inhibiciones o desinhibiciones) determinadas por otros (padres, un colectivo social o modelo) que delimiten objetivos específicos igualmente modelados bajo criterios de éxito, sin acotar con lo anterior, que las normas o parámetros que guían o motivan un comportamiento son en todas las ocasiones de carácter legal, pues en ellas pueden incluirse normatividades sociales de carácter cívico, como lo es el comportamiento asertivo o disciplinado, diciendo con esto que el resultado de éxito es siempre una apreciación modelada de los intereses particulares e inmediatos percibidos por el sujeto, de sus modelos.

Así en el cumplimiento de objetivos personales (metas), pueden existir tanto omisiones como adiciones comportamentales en función de dicho cumplimiento, que a largo plazo benefician la integridad psicológica y física del sujeto, que al momento representaban un aprendizaje no inmediato, para el desempeño y ejecución de secuencias conductuales en pro de las metas establecidas. (Dale H. Schunck, 1997).

Desde lo anterior argumentar el principio teórico que puede asociarse al concepto y justificación de la comunidad terapéutica, pues ésta es entendida, como un “espacio micro-social de convivencia, que ofrece los elementos terapéuticos y educativos necesarios para que el [residente] en interacción con el grupo, construya y lleve a la práctica su proyecto de vida teniendo en cuenta que él es el agente y protagonista de su propio cambio” (Manual de terapias de la comunidad terapéutica, 2009, Pág. 5) justificando que “La interacción grupal y la presión artificial busca responsabilizar al farmacodependiente de las consecuencias individuales y sociales de sus comportamientos y simultáneamente movilizar sus conflictos para que la ser

evidentes, sean identificados y abordados terapéuticamente” (Manual de terapias de la comunidad terapéutica, 2009, Pág. 11)

Encontrando así que en el modelo de comunidad terapéutica existen elementos como: presión artificial, consecuencias sociales e individuales, espacio social, interacción grupal y cambio, que dan lugar a explicaciones mencionadas en donde la inhibición y la desinhibición, en comportamientos por omisión y adición empleados artificialmente por el planteamiento reeducativo de la institución, juegan un papel importante en la transformación del sujeto que interactúa constantemente con un grupo de pares, de exadictos y profesionales en el encuentro con comportamientos modelados, funcionales y benéficos en la posterior construcción de un proyecto de vida práctico, libre del consumo de sustancias psicoactivas.

5.2 Sujeto y drogodependencias.

En sí mismo el termino drogodependencia proviene de las designaciones, droga y dependencia, en donde la droga es entendida como “aquella sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 3) mientras la dependencia es entendida como “un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición DSM – VI) aunque se han descrito dos tipos clásicos de dependencia: Física y psicológica, en ocasiones agregando una tercera la social.

La dependencia física o llamada neuroadaptación “es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 9) en donde la tolerancia hace referencia a la “disminución gradual del efecto de u fármaco tras la administración repetida de la misma dosis” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 14) y el síndrome de abstinencia agudo

como el cambio brusco por la omisión del consumo (abstinencia por suspensión) y por el suministro de una sustancia antagonista (abstinencia precipitada) que se caracteriza por la presencia de físicos y psíquicos que alteran la homeostasis orgánica y psicológica del sujeto.

La dependencia psicológica “es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo [*craving*]) de repetir la administración de una droga” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 11) como comportamiento evitativo del malestar afectivo experimentado en su ausencia.

La dependencia social es determinada “como la necesidad de consumir droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal [en donde su ausencia] puede generar en el drogodependiente grandes crisis de relación capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 14)

Desde todo lo anterior entender que el fenómeno de la drogodependencia es representado por signos físicos (orgánicos, comportamentales) y psicológicos (afectivo-sociales, emocionales) que afectan al sujeto en distintas dimensiones (fisiológicas, psicológicas y sociales) debido al vínculo o filiación entre las acciones reforzadoras positivas de las drogas o sustancias psicoactivas y las necesidades particulares del sujeto que para el caso se denomina “drogodependiente”, que se caracteriza principalmente por conductas evitativas en función de negar, omitir la realidad, adicionando estilos de afrontamiento que permiten dichas evasiones, siempre en aumento debido tanto a la función del refuerzo positivo (Como lo menciona el condicionamiento operante) como a la constante necesidad, problemática que ha dado lugar al inicio y sostenimiento del consumo de sustancias psicoactivas (drogas).

Hablar de una acción reforzante de las sustancias psicoactivas, es decir al mismo tiempo, que como comportamiento puede ser adquirido o construido, indicando que existe un tránsito en el llegar a la dependencia de una sustancia, explicándose desde el paso del uso, hábito, abuso y dependencia (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009)

Por uso se entiende al “consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. [...] consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 4)

Mientras el hábito es entendido como la “costumbre de consumir una sustancia por habernos adoptado a sus efectos [...] No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, Pág. 4)

Y el abuso entendido como “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
- (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
- (4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición DSM – VI)

Terminando con la dependencia fisiológica, psicológica y/o social, definida anteriormente, afectando al sujeto en sus distintas dimensiones, generando comportamientos disfuncionales

sustentados por pensamientos igualmente disfuncionales en sujetos, sin reconocer edad o género alguno.

5.3.1 Adolescencia y sustancias Psicoactivas

Entre la población afectada o drogodependiente, el adolescente representa la mayor parte de este, debido en sí mismo por las características particulares de esta etapa de la vida.

En sí el término adolescencia proviene “del latín *adolescens*, participio presente del verbo *adolescere*, que significa crecer” (González N. José, 2001, Pág. 1) entendida como un periodo transitorio entre la niñez y la adultez en donde hombres como mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. El tránsito a la adolescencia es quizá el momento más difícil que cada ser humano puede experimentar, los cambios físicos y hormonales, conllevan así mismo a cambios comportamentales o actitudinales que impactan a cada quien de manera diferente, llevando consecuencias en ámbitos sociales que integran tanto las dinámicas académicas como las de socialización con pares propiamente.

En dicha etapa el sujeto experimenta dos tipos de cambios: físicos-hormonales y psicológicos o cognitivo-emocionales, los primeros llevan a una nueva forma en que tanto el adolescente y los demás observan un ser totalmente distinto, generando transformaciones en componentes cognitivos concernientes a lo que el sujeto interioriza ahora de sí mismo respecto de su propia imagen (Auto- imagen) y de sus capacidades o habilidades (Auto-percepción) de las cuales realiza una valencia que puede ser positiva o negativa (Auto-estima) (Julia García y José Sánchez, 2008).

Estos cambios o transformaciones tienen lugar en espacios que conciernen al desarrollo de la actividad humana o procesos de socialización, como lo son el hogar, el colegio, los grupos de amigos, y demás ámbitos que encierran el curso de la vida, lo que indica que es en la interacción donde se ubica la importancia de la interiorización y posterior objetivación del conocimiento (Berger y Luckmann, 2006) que hace el sujeto de sí mismo en relación con lo que los demás piensan de él o ella.

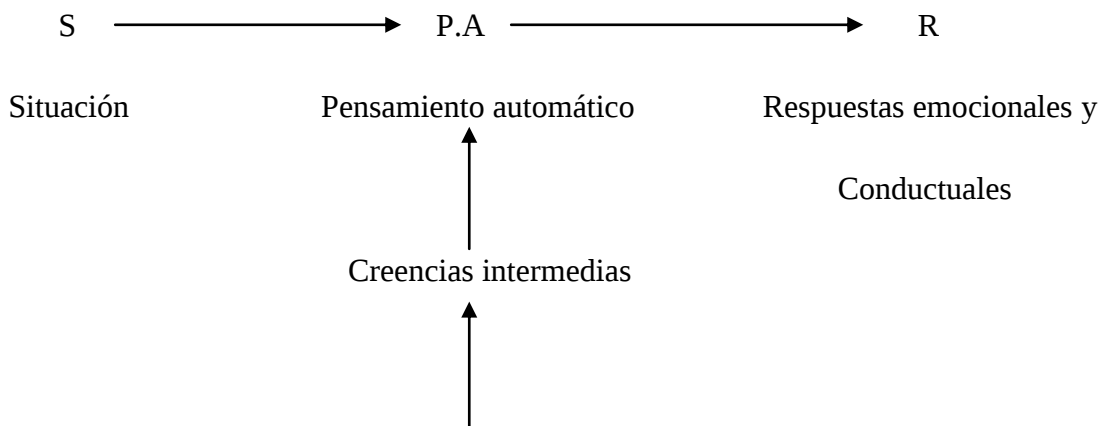
Este conocimiento o estructura cognitiva interiorizada que el sujeto hace de sí mismo, y las evaluaciones que constituye de ello, fundamentan y sostienen la forma particular en que tiende

a comportarse y a llevar sus metas a cabo, generando una filosofía particular de vida (Ellis, Lega y Caballo, 1997). En ocasiones estas filosofías de vida pueden generar molestias que sabotean aquellos comportamientos, interacciones y metas propuestas que el sujeto elabora de tal forma que pueden ser consideradas como problemas que requieren atención clínica, individualizándolos en problemas relacionales o de socialización, emocionales, o propiamente trastornos cognitivos o mentales, de los cuales hace parte el uso, abuso y dependencia de sustancias, en donde la población adolescente es la más susceptible.

Volviendo a las drogodependencias, en la adolescencia el uso, hábito, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es utilizado como herramienta de identificación con otros adolescentes que se encuentran en aquel proceso en búsqueda de identidad, permitiendo el encuentro utópico con un marco referencial social, que proporciona sentidos de seguridad, madurez aparente, plenitud (debido al encuentro con la individualización y al mismo tiempo de socialización, propias de los procesos de identificación del sujeto) y aceptación, de un grupo de pares que encuentran en comportamientos disfuncionales y perjudiciales para su salud física y psicológica, el reconocimiento e individualización buscadas en la adolescencia. (González N. José, 2001)

5.4 Drogodependencias e intervención cognitivo conductual.

Aun así entre la teoría y aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, el tema de las drogodependencias directamente es abordado por Aaron Beck en el desarrollo de lo que denominó la “terapia cognitiva” que se asemeja a la TREC en el ser una técnica de reestructuración cognitiva, pero que dista de ella en el momento en que no determina a los pensamientos o creencias nucleares como esquemas de procesamiento de la información, sino que por el contrario las dirige hacia tres puntos principales, uno mismo, las otras personas, y el mundo, explicado de la siguiente manera:



Creencias nucleares

(Uno mismo, Los demás, El mundo)

(Julio Obst Camerini, 2005)

Desde allí la terapia cognitiva tiene como “ideas básicas [...] [en la atención a drogodependientes] de ayudar al paciente de dos formas: a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes, y b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos” (Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Corey F. Newman, Bruce S. Liese, 1999, Pág. 52).

En cuanto al desarrollo o realización de la psicoterapia de grupo, la TREC juega un papel de terapia reeducativa, enfocándose en la realización de insight (darse cuenta) de conflictos conscientes y actuales, diferenciándose de terapias de soporte o de apoyo, y terapias reestructuristas, en donde se tratan problemáticas definidas como inconscientes o donde se refuerzan contenidos defensivos instaurados con anterioridad.

Principalmente la psicoterapia de grupo se refiere al “conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación” (González N. José, 1999, Pág. 12)

Directamente una psicoterapia de grupo de carácter reeducativo, busca corregir patrones de conducta alterados y desordenados [...] brindándole explicaciones de su conducta [...] enfocada en el logro de una verdadera modificación de las actitudes y conductas del paciente, con el fin de promover en él una mayor adaptación a su medio y a la vida en general” (González N. José, 1999, Pág. 47)

En el caso de la terapia racional emotiva conductual aplicada a grupos, se dirige a las diferentes técnicas de debate aplicadas por un grupo liderado por uno o dos terapeutas, en las cuales se cuestionan los pensamientos o creencias irracionales expuestas por un sujeto quien

busca en el grupo terapéutico una ayuda ante problemáticas percibidas, enfatizando en el descubrimiento de la experiencia activadora (A) y sus consecuencias conductuales y emocionales (C) para luego enfocarse en las creencias absolutistas, disfuncionales o irracionales que dan lugar al malestares actuales, los cuales son debatidos con la intención de promover reestructuraciones cognitivas, vistas en construcciones de nuevas creencias (B) y por tanto nuevas consecuencias (C). (González N. José, 1999)

Desde lo anterior, se entiende la importancia de determinar al colectivo en la relevancia o impacto de los ejercicios terapéutico grupales, lo cual se observa en la institución “Hogares Claret” en sus programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio” en el carácter residencial de su proyecto reeducativo, movilizado por una metodología definida como “Comunidad terapéutica” entendida como una unidad micro-social de convivencia colectiva y artificial, primando por el aprendizaje social que brinda el modelo mixto empleado en la estructura organizacional de la institución, promoviendo constantemente modelados a los usuarios activos de los distintos programas, en funciones de tutorías en el acompañamiento y dirección del proceso terapéutico desarrollado por cada residente.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Atendiendo a la formulación de los ejes de intervención, en los cuales se puntualizan la mayoría de las actividades propuestas para el practicante de psicología por parte de la institución “Hogares Claret”, es relevante delimitar tanto los objetivos como las actividades a realizar en la ejecución de dichos ejes mencionados.

6.1 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.

6.1.1 Objetivo General.

Realizar intervenciones individuales y grupales desde el ejercicio clínico de la psicología con un enfoque cognitivo-conductual, en consecución a la modificación comportamental y reestructuración cognitiva en el usuario buscando la deshabitación del consumo de sustancias psicoactivas, mejorando su calidad de vida

6.1.2 Objetivos específicos.

Evaluar al usuario en la búsqueda de un diagnóstico inicial.

Identificar problemáticas asociadas al inicio y sostenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, al igual que las consecuencias de las mismas, construyendo un Plan de Tratamiento.

Trabajar las problemáticas identificadas, en su modificación, bajo el Plan de Tratamiento

Generalizar los resultados obtenidos fortaleciendo habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Proporcionar la reinserción social del usuario, a redes de apoyo familiar culminando su proceso de rehabilitación.

6.1.3 Estrategias de acción.

Aplicación de herramientas psicológicas como el examen del estado mental MINI – Mental State y la prueba proyectiva Wartegg en el caso del programa Juvenil, al ingreso del usuario, facilitando el pre-diagnóstico

Construcción de un pre-diagnóstico o hipótesis de la misma, a partir del diagnóstico multiaxial por ejes como lo dicta el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) en la construcción de su plan de tratamiento.

Recolección de información del usuario bajo la realización de la anamnesis inicial.

Modificación conductual bajo planes de reforzamiento de razón fija y variable, en la construcción de conductas funcionales, alejadas del consumo de sustancias.

Reestructuraciones cognitivas desde herramientas de debate socrático, empírico y didáctico en sesiones individuales, y debates reveladores de sí mismo en espacios de terapia de grupo, en el trabajo de ideas irracionales que sostuvieron el consumo de sustancias psicoactivas.

Construcción de herramientas de afrontamiento desde la técnica de detención del pensamiento, tarjetas de afrontamiento y auto-debates, y auto-instrucciones, ante situaciones percibidas como problemáticas por el usuario, desde donde partieron las actividades de consumo de sustancias psicoactivas.

Construcción y aplicación de auto-refuerzos, en la generalización de los resultados, preparando al usuario a su posterior re-inserción social

6.1.4 Procedimiento.

Entrevista inicial: aplicada a los nuevos usuarios, a partir de los formatos F – 21 para el programa adultos, y F – 100 para el programa juvenil, que permitan ejecutar evaluaciones y pre-diagnósticos iniciales.

Encuentros individuales: Intervenciones particulares dependientes de los objetivos de etapa, con una frecuencia quincenal, respondiendo tanto al tratamiento como al proceso terapéutico.

Encuentros Grupales: Intervenciones grupales a partir de espacios de terapia de grupo con una frecuencia semanal.

Sistematizaciones: Ingreso diario en formatos F – 17 para los dos programas de las intervenciones individuales y grupales realizadas

Seguimiento de caso por medio de sesiones individuales y colectivas (Terapia de Grupo), sistematizadas en los formatos F- 17 y de ambos programas.

Construcción paulatinamente una historia clínica (Record) en la que se evidencie el trabajo realizado.

6.1.5 Población.

Las intervenciones individuales y grupales realizadas por el área de psicología van dirigidas a la población de los programas “Nueva vida” Adultos mayores de 18 años de ambos sexos y “Vientos de Cambio” Juveniles entre los 12 y 18 años de sexo masculino, quienes han ingresado al hogar por presentar comportamientos directos con el uso, abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva.

6.2 Desarrollo de Talleres Psicosociales

6.2.1 Objetivo General.

Construir y ejecutar talleres que respondan a las necesidades de los usuarios, que ayuden a éstos a modificar y reestructurar, tanto comportamientos como pensamientos o ideas elaboradas y aprehendidas mediante sus experiencias de vida pasadas, las cuales promovieron el consumo de sustancias psicoactivas

6.2.2 Objetivos específicos

Observar las dinámicas relacionales de los usuarios en sus distintos programas identificando problemáticas generales en los mismos.

Proporcionar espacios informativos, ampliando el entendimiento de las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

Promover espacios grupales en el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante situaciones futuras de riesgo en una prevención a la recaída

6.2.3 Estrategias de acción.

Determinar la temática a trabajar en consenso del equipo clínico de los distintos programas.

Elaboración de talleres, lúdicos, recreativos, en uso de videos, exposiciones formales y dinámicas, que aborden analógicamente el tema propuesto, facilitando su entendimiento.

Recoger tanto verbalmente como por escrito, devoluciones de los usuarios en cuanto a la información proporcionada, evaluando el impacto y entendimiento de la misma

6.2.4 Procedimiento.

Realizar una revisión conceptual de la temática propuesta para la construcción del taller.

Idear una dinámica de participación colectiva que facilite el entendimiento de la temática.

Diferenciar dicha dinámica según las características particulares de cada programa.

Elegir un espacio acorde con la dinámica construida bajo la cantidad de usuarios de cada programa.

Ejecutar el taller el día y hora estipulada promoviendo el aprendizaje esperado para los usuarios

6.2.5 Población.

Los talleres Psicosociales realizados por el área de psicología van dirigidas a la población de los programas “Nueva vida” Adultos mayores de 18 años de ambos sexos y “Vientos de Cambio” Juveniles entre los 12 y 18 años de sexo masculino, quienes han ingresado al hogar por presentar comportamientos directos con el uso, abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva.

6.3 Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías

6.3.1 Objetivo General.

Acompañar y guiar al usuario en la socialización y cumplimiento de los objetivos propuestos para el desarrollo de las diferentes fases, y en ellas etapas, de los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio” propuestos en el proceso terapéutico de carácter residencial de la institución.

6.3.2 Objetivos específicos.

Orientar al usuario frente a la importancia del cumplimiento de los objetivos de cada etapa del proceso terapéutico.

Observar el cumplimiento de los objetivos de cada etapa, bajo el comportamiento que el usuario presente ante sus compañeros, figuras de autoridad y participación de espacios individuales y grupales.

Evaluar al usuario en el cumplimiento de los objetivos de cada etapa.

Acompañar al usuario en las dificultades presentadas durante el cumplimiento de los objetivos de cada etapa.

Velar por el bienestar integral del usuario en el desarrollo del proceso terapéutico cuando la situación lo amerite.

6.3.3 Estrategias de acción.

Realizar quincenalmente espacios individuales de tutoría en el acompañamiento al usuario en relación al cumplimiento de los objetivos de cada etapa, y en función de su bienestar integral en el desarrollo del proceso terapéutico.

Sistematizar quincenalmente las atenciones individuales por tutoría, ingresando dicho informe en el record personal del usuario.

Construcción de tareas compuestas por interrogantes, en donde sus respuestas den cuenta del cumplimiento de los objetivos de etapa las cuales son revisadas en las sesiones de seguimiento.

6.3.4 Procedimiento.

Intervenciones individuales por tutoría, de bienvenida y socialización de los objetivos por cumplir en determinada etapa de los distintos programas.

Intervención individual por tutoría, de seguimiento al cumplimiento de los objetivos de etapa y al bienestar integral del usuario en el proceso terapéutico.

Intervención individual por tutoría, de evaluación al cumplimiento de los objetivos de etapa, con el fin de promover al usuario en la continuación del proceso terapéutico, en la sucesión de las etapas posteriores.

6.3.5 Población.

Las atenciones individuales por tutoría, van dirigidas a la población de los programas “Nueva vida” Adultos mayores de 18 años de ambos sexos y “Vientos de Cambio” Juveniles entre los 12 y 18 años de sexo masculino, quienes han ingresado al hogar por presentar comportamientos directos con el uso, abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva.

6.4 Cronogramas de Actividades

A partir de las actividades propuestas al practicante de Psicología, se ha construido un cronograma general que dé cuenta del cumplimiento de las funciones asignadas y asumidas, el cual varía en función de situaciones prioritarias, como ingresos de nuevos usuarios, atención en crisis y reuniones dirigidas desde el área directiva de los programas.

Teniendo en cuenta lo anterior el cronograma general es el siguiente:

[illegible]

1 7 RESULTADOS FINALES.

A partir de lo recorrido en la práctica académica profesional, se reconoce la importancia de los ejes planteados desde la ejecución de las estrategias a partir de los procedimientos descritos en el informe de plan de práctica, generando resultados de exposición cuantitativa y cualitativa que dan cuenta del que hacer del psicólogo practicante en la institución “Hogares Claret”.

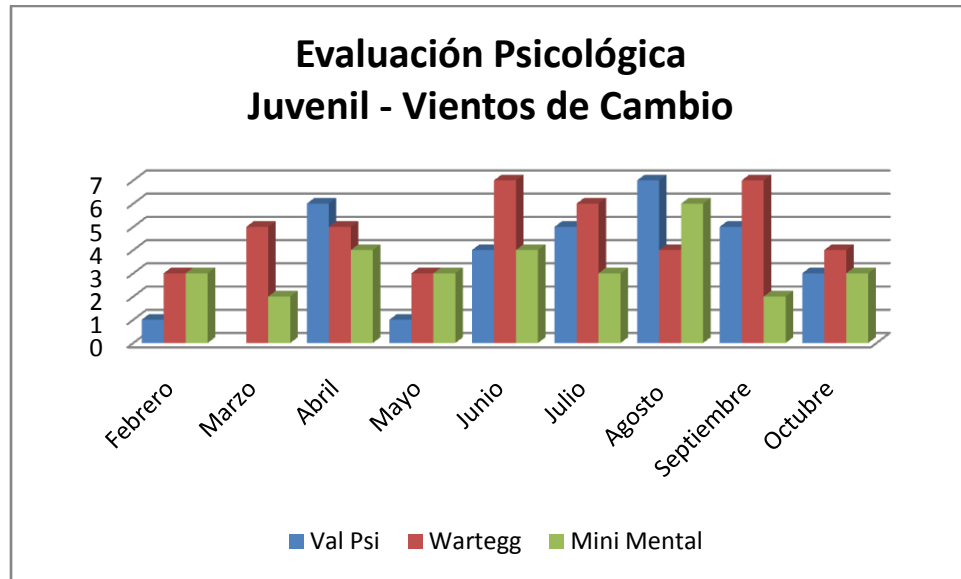
7.1 Resultados cuantitativos.

Para la presentación y análisis de los resultados de carácter cuantitativo se tendrán en cuenta funciones como, evaluación psicológica (Wartegg, Valoración inicial, Estado mental), casos atendidos, intervenciones realizadas tanto individuales como grupales (terapias de grupo), atención en crisis, Talleres realizados y acompañamientos o tutorías.

Teniendo en cuenta el que hacer del psicólogo en formación en la institución Hogares Claret, definida y planteada para los programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio”, la presentación de resultados se dividirá coherentemente con los programas mencionados, facilitando así realizar un análisis comparativo de los mismos.

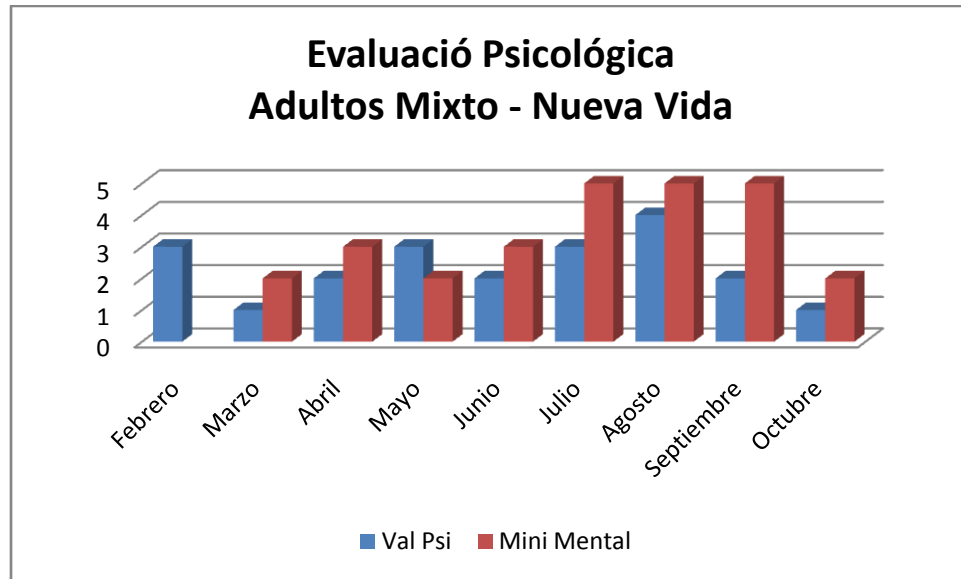
A partir del inicio de la Práctica Académica Profesional, el día 27 de Enero del 2011 Hasta el 31 de Octubre del mismo año, se observó que:

Gráfico 1: Número de evaluaciones psicológicas realizadas, según el instrumento implementado para el programa “Vientos de Cambio”



Como se observa en la gráfica anterior, tres son las herramientas psicológicas utilizadas en el inicio del proceso de evaluación de un usuario del programa “Vientos de Cambio”, el cual se presenta de forma variable debido a la presencia tanto del profesional como del practicante en el área de psicología, indicando que cualquiera de los dos puede realizar el inicio del tratamiento terapéutico de un residente en etapa de acogida, sea un posterior caso asignado o no, aún así en la aplicación las mismas también se observa una variabilidad, teniendo en cuenta que dicha aplicación no se realiza simultáneamente, y que la prueba o instrumento Wartegg es de responsabilidad única del practicante, lo que responde a la diferencia en cada mes del uso de tales instrumentos, desde donde se evidencia un incremento en los meses de Junio y Septiembre, para la prueba Wartegg respondiendo a los ingresos existentes en esos dos meses.

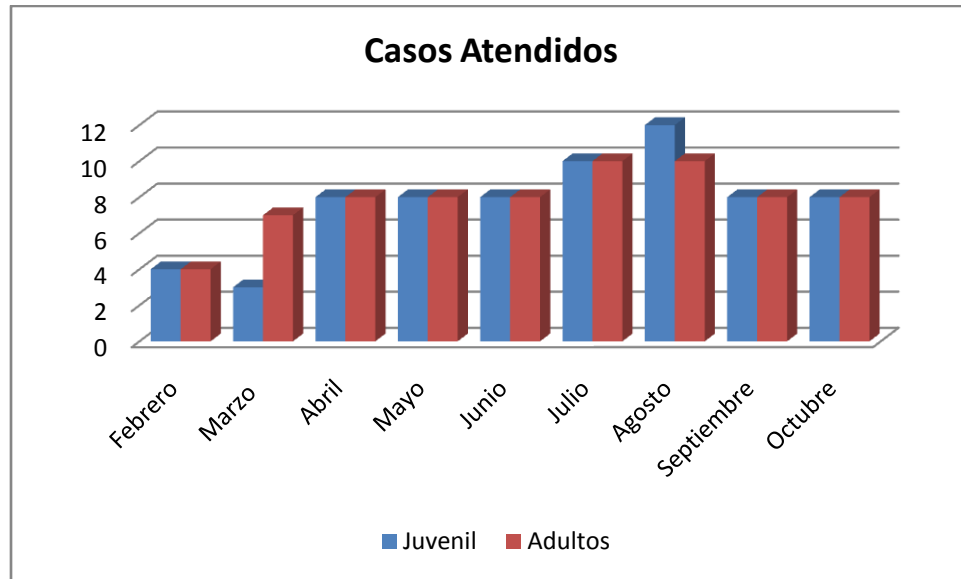
Gráfico 2: Número de evaluaciones psicológicas realizadas, según el instrumento implementado para el programa “Nueva Vida”



En comparación a la gráfica uno, para el programa “Nueva Vida” solo se implementan dos instrumentos de evaluación (Valoración Psicológica y Mini Mental), en donde la aplicación del mini mental responde al incremento, presente en los meses de Julio, Agosto y Septiembre de los ingresos para éste programa, y a la mayor atención del practicante para esta herramienta, teniendo en cuenta que le psicólogo de planta, para esos meses se encontraba en ocupaciones estrictamente de la posible acreditación del programa juvenil, lo que reducía notoriamente el tiempo de atención a demás usuarios.

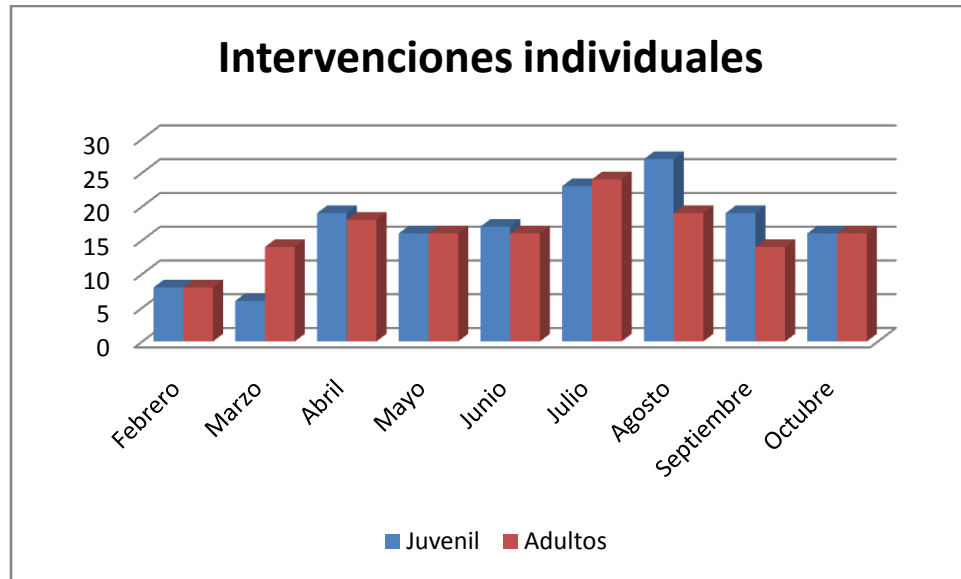
Por otro lado, a pesar que los ingresos para los meses de Julio, Agosto y Septiembre fueron mayores en comparación a meses anteriores y Octubre, la aplicación de la valoración psicológica no se encuentra en igualdad al uso de la herramienta anterior, debido al plazo de aplicación de la misma, la cual es de 10 días, encontrando abandonos voluntarios de esos último ingresos antes de cumplidos los 10 días.

Gráfico 3: Número de casos atendidos en los programas Juvenil – Vientos de Cambio, y, Adultos Mixto – Nueva Vida.



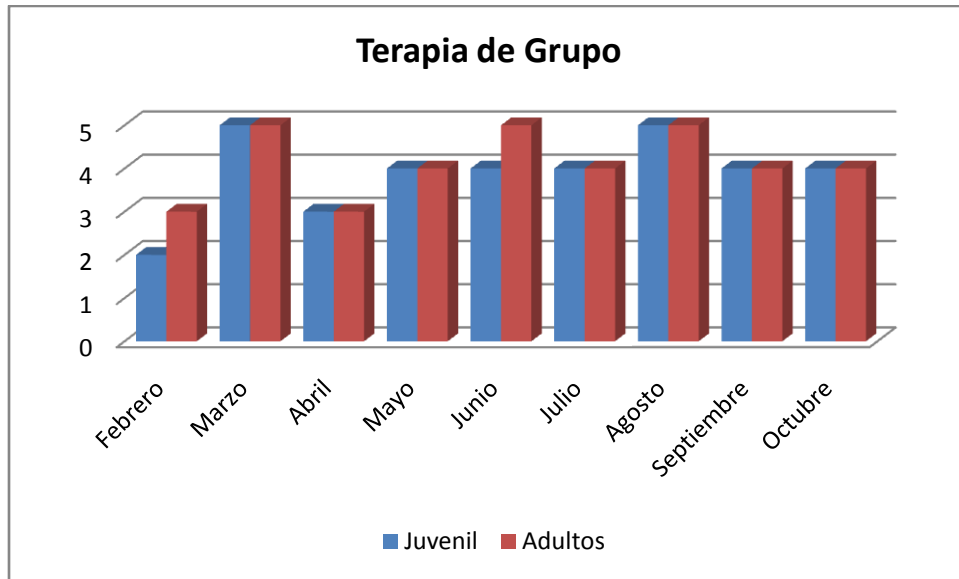
Desde lo que se puede observar, en la mayoría de los meses se presenta una igualdad en el número de casos atendidos para cada uno de los dos programas, aún así para los meses de Abril y Mayo existe un incremento del 100% en comparación del mes de Febrero, debido tanto al acoplamiento del practicante al modelo y pragmatismo existente en la institución, como a la voluntad del mismo, adicionando que a cada egreso voluntario de usuarios, se recuperaba igualmente el número de casos desde los ingresos de los nuevos residentes, sosteniendo una constancia en la atención de casos clínicos y su aprendizaje correspondiente, lo que motivo el incremento en el mes de Julio y Agosto, y así mismo su decremento para Septiembre y Octubre.

Gráfico 4: Número de intervenciones individuales realizadas hasta la fecha en el programa Juvenil – Vientos de Cambio y Adultos Mixto – Nueva Vida.



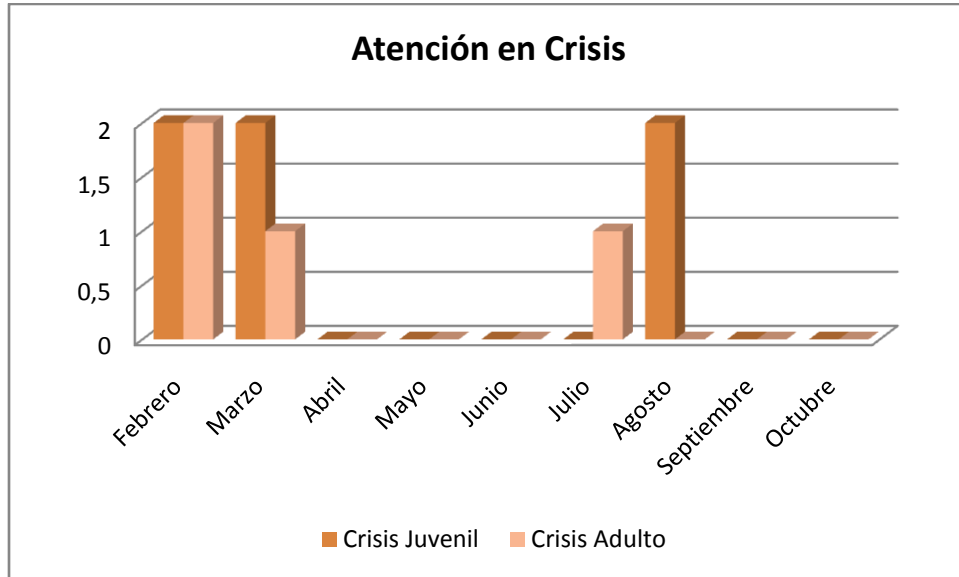
En la gráfica presentada se observan las intervenciones individuales hasta ahora realizadas para la población del programa “Vientos de Cambio” y “Nueva Vida”, las cuales responden a la proporción de casos atendidos siendo como mínimo dos atenciones individuales mensuales, en donde se observa un incremento para los meses de Julio, Agosto y Septiembre al igual que en la gráfica anterior.

Gráfico 5: Número de intervenciones grupales (Terapias de Grupo) realizadas hasta la fecha en los programas Juvenil y Adultos.



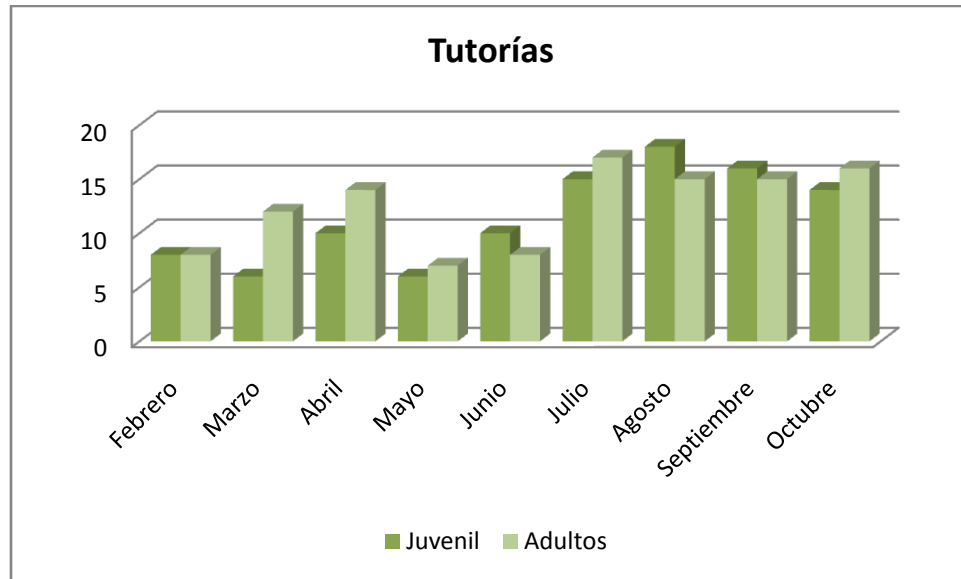
Como es evidente en la gráfica se presentan las intervenciones grupales, o terapias de grupo, ya definidas anteriormente, para los programas Juvenil y Adultos, encontrando una variabilidad en la realización de dichos espacios, teniendo en cuenta dos factores principales, el que en algunos meses existan 5 oportunidades de realizarlas, a partir de las semanas de determinado mes como Marzo, Junio y Agosto; y, algunas obligaciones extra-laborales del practicante, definidas desde las obligaciones académicas propias de la participación en la Universidad, lo que impide que en ocasiones pueda realizarse el espacio, en las fechas definidas.

Gráfica 6: Atenciones en crisis realizadas en los programas Juvenil y Adultos.



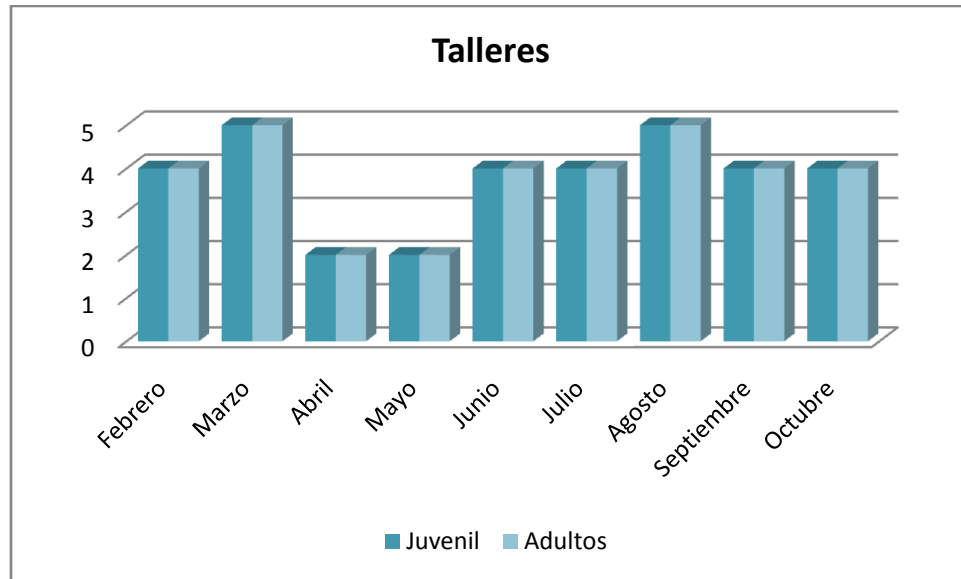
Desde lo que es evidente en la gráfica 6 se observan las atenciones en crisis siendo estas situaciones de atención inmediata, presentándose casos para los meses de Febrero y Marzo, para los dos programas, Julio, programa adulto y Agosto programa juvenil, sin observarse en los demás meses, variabilidad que responde a la eventualidad de las situaciones teniendo en cuenta que ellas no son intervenciones programadas ni concertadas.

Gráfica 7: Espacios individuales por tutorías, realizadas en los dos programas.



En la gráfica anterior se observan el número de espacios por tutorías realizados en los dos programas por parte del psicólogo en formación, variando según las condiciones de usuarios asignados, incrementándose y decreciendo en la medida que el practicante comunicaba su disposición y capacidad, la cual aumentó para los meses de Julio, Agosto y Septiembre, a partir de tres razones principalmente, los ingresos de dichos meses, los casos asumidos y delegados, y el decremento desde los egresos satisfactorios que se han dado al finalizar la práctica del psicólogo en formación.

Gráfica 8: Número de talleres realizados para los programas Juvenil – Vientos de Cambio y Adultos – Nueva Vida.



A partir de la gráfica anterior se observan la cantidad de talleres realizados para los programas Juvenil y Adultos ejecutados por el psicólogo practicante, acotando que los mismos se realizan una vez por semana para cada programa, de esta manera, como es evidente, el número de talleres cumplidos corresponden a la misma cifra para las dos poblaciones, viéndose una mayor cantidad de talleres para el mes de Marzo y Agosto, teniendo en cuenta que estos meses son de 5 semanas, y una menor cifra para Abril y Mayo, teniendo en cuenta las vacaciones del Profesional en Psicología, lo que llevaba a una mayor atención del practicante de determinadas obligaciones concernientes a informes de usuarios y la semana santa, donde los días festivos ocupaban los espacios de los talleres. Por otro lado para los demás meses se ha cumplido cabalmente con la realización de los talleres semanales.

7.2 Resultados cualitativos.

En comparación con los datos estadísticos presentados en los resultados cuantitativos, las cualificaciones de los logros en las actividades o funciones asignadas al practicante, a manera de resultados, muestran la evolución de los casos admitidos, desde sus intervenciones individuales por psicología y tutoría, y sus intervenciones grupales por talleres o psicoterapias de grupo, a partir de la actual práctica académica profesional.

De esta forma se logra evidenciar un progreso en los casos atendidos teniendo en cuenta que los primeros casos correspondían a usuarios quienes llenaban máximo una semana, para el programa juvenil, y de primera etapa (un mes) para el programa adultos, iniciando formalmente el proceso de dichos residentes. Con lo anterior es relevante dividir los resultados según la población atendida debido a la diferencia de etapas de los usuarios.

7.2.1 Resultados cualitativos programa Juvenil – Vientos de Cambio.

Para la presentación de resultados y atendiendo a los objetivos propuestos y funciones asumidas, la cualificación de los mismos se realizará desde los ejes propuestos a desarrollar en las dos fases de la práctica académica.

7.2.1.1 Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.

Desde el inicio del proceso terapéutico de cualquier persona, para el caso, masculino mayor de 11 años y menor de 18 años, sin patologías o disfunciones cognitivas que impidan el desarrollo del proceso residencial, el nuevo usuario se ve enfrentado a un exterior o ambiente artificial con normatividades y correctivos conductuales con fines terapéuticos, denominado comunidad terapéutica siendo conceptualizada en apartados anteriores, la cual exige del adolescente una modificación e interiorización hacia nuevos comportamientos y sentidos que inician el proyecto reeducativo de la institución. Allí los jóvenes que comenzaron su proceso terapéutico en la institución para el mes de Febrero se encontraron con actividades que promovían responsabilidad, auto-cuidado, trabajo, convivencia grupal, reconocimiento y valor de objetos materiales, humildad y aceptación de una guía bajo el nombre de hermano mayor, cualidades o aptitudes que fueron halladas a la hora de la evaluación de los mismos en las respectivas promociones de etapa, facilitando el transcurso de la sensibilización en el alejamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Análogamente al tratamiento terapéutico efectuado desde el área mencionada, se realizó el correspondiente acompañamiento o guía, designada como espacios de tutoría, en donde los resultados se evidencian desde la internalización de normatividades, simbologías y conductas, que enriquecieron el criterio personal de responsabilidad consigo mismo, con los objetos y personas significativas desvaloradas en situaciones anteriores, igualmente se ha logrado sensibilizar a los adolescentes en aspectos heterónomos y en algunos casos autónomos,

llevándolos a reconocer sus intereses y los de los demás, sin que ello genere u origine un conflicto entre pares, promoviendo estilos y sentidos de vida bajo la socialización funcional con otros sujetos, quienes tienen la oportunidad de presentarse tal cual son, así como también creando apreciaciones benéficas en el cumplimiento de normatividades, creando nociones de responsabilidad y respeto.

Adicionalmente los espacios de tutoría han permitido evaluar los procesos definidos por la institución como terapias de reinserción, o formalmente salidas periódicas de los usuarios a sus hogares, en donde se ha encontrado que el cambio conductual es observado por la familia, lo que implica una mayor motivación de estos últimos para la consecución del joven en el desarrollo del proceso, facilitando la residencia y los procesos internos de convivencia y participación.

7.2.1.2 Desarrollo de talleres Psicosociales.

A pesar de ser espacios individuales, en las tutorías, indagando por el comportamiento del usuario, se han encontrado resultados generados desde los espacios grupales de taller, en donde los contenidos propuestos crean pautas en las conductas emitidas y observables de los usuarios, así la comunicación asertiva, toma de decisiones, resolución de conflictos, entre otros, han proporcionado reflexiones y nuevos patrones de comportamiento funcionales.

7.2.1.3 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.

En el seguimiento a los casos asumidos, los usuarios presentaron modificaciones conductuales observables que daban cuenta del tratamiento terapéutico plausible de la vivencia en una comunidad artificial, sustentado bajo sus modelados (operadores, usuarios de etapas altas), adicionalmente se inicia en este momento del usuario su tratamiento individual por psicología, ya que en la primera etapa dicha área se apoya más en la evaluación e inicios del diagnóstico del usuario bajo los parámetros institucionales a partir de sus herramientas legitimadas, así se promueve inicialmente al usuario a identificar las condiciones posibles para el origen y/o sostenimiento del comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas.

Con ello y en el uso de herramientas propias del enfoque de atención cognitivo – conductual, en debate o cuestionamiento de las razones encontradas, se profundiza en las problemáticas personales, hallando cada vez más causas particulares del residente, alejándolo al mismo tiempo

de determinismos sociales, familiares y ambientales entendidas como causas o situaciones superficiales que en ningún momento explican la conducta de consumo.

Desde el debate de las causas superficiales, se transmite al residente un sentido reflexivo y de auto-cuestionamiento, llevándolo entre sesiones a encontrar o identificar problemáticas personales que se dejaron de lado en el espacio de intervención, logrando así posibilitar tanto el encuentro con las raíces particulares en la conducta de consumo, como con habilidades introspectivas relevantes para la consecución del proceso terapéutico. En la mayoría de los casos, las motivaciones o causas personales, responden a dependencias sociales en los procesos normales de identificación del usuario, en donde se ha encontrado que el consumo de sustancias es la estrategia con la cual el adolescente obtiene un sentido de pertenencia a un colectivo de pares, que para el caso representan una influencia negativa o disfuncional para el joven.

Por otro lado, también se ha encontrado que entre las identificaciones de los adolescentes atendidos, el consumo de sustancias es una estrategia de afrontamientos ante alteraciones o apreciaciones disfuncionales de su auto-aceptación, enfocada tanto a percepciones de su imagen corporal, como sus aptitudes o capacidades físicas e intelectuales, las cuales son explicadas bajo tipos de pensamiento con procesos de condenación y contenidos de éxito y aceptación mencionados en el marco teórico.

Lo anterior, permitiendo la construcción de la herramienta o guía terapéutica para esta población la cual conduce la intervención desde el área, definida como Plan de Atención Integral, en donde el trabajo depende de las particularidades de las problemáticas identificadas con un plazo de tres meses para ser elaboradas, ya sea por modificación conductual o por reestructuración cognitiva, encontrándose que a pesar de la rigurosidad de la intervención, el trabajo o intervención individual, maneja muchas de las herramientas que proporciona la comunidad terapéutica, siendo estas las relaciones que los jóvenes establecen tanto por amistad, como por enemistad y espacios tanto académicos como terapéuticos, al poderse observar tanto en las relaciones interpersonales como grupales muchos de los comportamientos a modificar, facilitando así el cambio y trabajo a realizar con los jóvenes.

Aún así a partir del cambio cognitivo y conductual, la elaboración de problemáticas identificadas, hace parte de situaciones pasadas que el sujeto define como ello, problemáticas,

indicando así una necesidad de generalización y consolidación de resultados entendiendo la importancia de ello para su posterior reinserción social, en donde el joven estará expuesto a diversas y quizá iguales situaciones difíciles por afrontar, por lo que se propuso un trabajo de exposición para sus dos etapas finales, en donde se hace uso de la presión artificial ejercida y posible desde el modelo de Comunidad Terapéutica, permitiendo replantear si es posible el trabajo realizado, en donde en todas las situaciones culmina con la recomendación de las atenciones clínicas desde el área de psicología en problemáticas que bien pueden definirse como residuales, teniendo en cuenta que el proceso de rehabilitación y deshabituación al consumo de sustancias es limitado.

Desde la misma línea, presentando los resultados a partir de las intervenciones por el área de psicología, en las terapias de grupo, se ha encontrado que los usuarios realizan aprehensiones de las problemáticas expuestas por sus pares, al presentar en un mayor o menor grado una experiencia similar vivida, lo que los lleva a asumir tanto los debates como las devoluciones realizadas en dichos espacios, así han comprendido la importancia de las participaciones grupales, el sentido terapéutico de las mismas y la relevancia de expresar sus malestares no solamente en su ayuda sino en la posible para otros usuarios, quienes comparten la terapia de grupo.

Todo lo anterior muestra los resultados ahora generados en el programa juvenil – Vientos de Cambio, encontrados mediante la ejecución de las funciones propias del practicante de psicología, en sus intervenciones individuales, por tratamiento en evaluación, diagnóstico e intervención propiamente y por proceso terapéutico desde la tutoría, al igual que en sus intervenciones grupales, por talleres y psicoterapias de grupo.

7.2.2 Resultados cualitativos del programa Adultos Mixto – Nueva Vida.

7.2.2.1 Proceso terapéutico en la atención individual por tutorías.

En el ingreso de las personas para el programa adultos, para el caso, hombres y mujeres mayores de 18 años, sin patologías o disfunciones cognitivas que impidan el desarrollo del proceso residencial, el nuevo usuario se ve enfrentado a un exterior o ambiente artificial con normatividades y correctivos conductuales con fines terapéuticos, denominado comunidad terapéutica, definida anteriormente, la cual exige del adulto una modificación e interiorización

hacia nuevos comportamientos y sentidos que inician el proyecto de rehabilitación de la institución. Allí los hombres y mujeres que comenzaron su proceso terapéutico en la institución para el mes de Febrero se encontraron con actividades que promovían responsabilidad, autocuidado, trabajo, convivencia grupal, reconocimiento y valor de objetos materiales, humildad y aceptación de una guía bajo el nombre de hermano mayor, cualidades o aptitudes que fueron halladas a la hora de la evaluación de los mismos en las respectivas promociones de etapa, facilitando el transcurso de la sensibilización en el alejamiento del consumo de sustancias psicoactivas, lo que hasta el momento es una singularidad observada para las dos poblaciones (juvenil y adultos).

Análogamente al tratamiento terapéutico efectuado desde el área mencionada, se realizó el correspondiente acompañamiento o guía, designada como espacios de tutoría, en donde los resultados se evidencian desde la internalización de normatividades, simbologías y conductas, que enriquecieron el criterio personal de responsabilidad consigo mismo, con los objetos y personas significativas desvaloradas en situaciones anteriores, igualmente se ha logrado sensibilizar a los adultos en la importancia del manejo de sus emociones y actitudes, en el control de situaciones que eviten conflicto entre pares, promoviendo estilos y sentidos de vida bajo la socialización funcional con otros sujetos, quienes tienen la oportunidad de presentarse tal cual son, así como también creando apreciaciones benéficas en el cumplimiento de normatividades, creando nociones de responsabilidad y respeto, generalmente ausentes en esta población.

Adicionalmente los espacios de tutoría han permitido evaluar los procesos definidos por la institución como terapias de reinserción, o formalmente salidas periódicas de los usuarios a sus hogares, en donde se ha encontrado que el cambio conductual es observado por la familia, lo que implica una mayor motivación de estos últimos para la consecución del adulto en el desarrollo del proceso, facilitando la residencia y los procesos internos de convivencia y participación.

7.2.2.2 Desarrollo Talleres psicosociales.

A pesar de ser espacios individuales, en las tutorías, indagando por el comportamiento del usuario, se han encontrado resultados generados desde los espacios grupales de taller, en donde los contenidos propuestos crean pautas en las conductas emitidas y observables de los usuarios,

así las diferentes temáticas, han proporcionado reflexiones y nuevos patrones de comportamiento funcionales.

7.2.2.3 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal

En el seguimiento a los casos asumidos presentaron modificaciones conductuales observables que daban cuenta del tratamiento terapéutico plausible de la vivencia en una comunidad artificial, sustentado bajo sus modelados (operadores, usuarios de etapas altas), adicionalmente se inicia en este momento del usuario su tratamiento individual por psicología, ya que la primera etapa dicha área se apoya más en la evaluación e inicios del diagnóstico del usuario bajo los parámetros institucionales, a partir de sus herramientas legitimadas, así se promueve inicialmente al usuario a identificar las condiciones posibles para el origen y/o sostenimiento del comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas, con ello y en el uso de herramientas propias del enfoque de atención cognitivo – conductual, en debate o cuestionamiento de las razones encontradas, se profundiza en ellas hallando cada vez más causas particulares del residente, alejándolo al mismo tiempo de determinismos sociales, familiares y ambientales entendidas como causas o situaciones superficiales que en ningún momento explican la conducta de consumo.

Desde el debate de las causas superficiales, se transmite al residente un sentido reflexivo y de auto-cuestionamiento, llevándolo entre sesiones a encontrar o identificar problemáticas personales que se dejaron de lado en el espacio de intervención, logrando así posibilitar tanto el encuentro con las raíces particulares en la conducta de consumo, como con habilidades introspectivas relevantes para la consecución del proceso terapéutico. En la mayoría de los casos, las motivaciones o causas personales, responden a problemáticas de dependencias afectivas y de recriminaciones o condenaciones auto-dirigidas, en donde se ha encontrado que el consumo de sustancias es la estrategia con la cual el adulto obtiene una tranquilidad ante un colectivo de pares y familiares, a los que se les omite o evade la verdadera condición problemática.

Por otro lado, también se ha encontrado que entre las identificaciones de los adultos atendidos, el consumo de sustancias es una estrategia de afrontamientos ante alteraciones o apreciaciones disfuncionales de su auto-aceptación, enfocada tanto a percepciones de su imagen corporal, como sus aptitudes o capacidades físicas e intelectuales, las cuales son explicadas bajo tipos de

pensamiento con procesos de condenación y contenidos de éxito mencionados en el marco teórico.

Lo anterior, permitiendo la construcción de la herramienta o guía terapéutica para esta población la cual conduce la intervención desde el área, definida como Plan de Tratamiento, en donde el trabajo depende de las particularidades de las problemáticas identificadas con un plazo de tres meses para ser elaboradas, ya sea por modificación conductual o por reestructuración cognitiva, encontrándose que a pesar de la rigurosidad de la intervención, el trabajo o intervención individual, maneja muchas de las herramientas que proporciona la comunidad terapéutica, siendo estas las relaciones que los Adultos establecen tanto por amistad, como por enemistad, que para el caso tiene la particularidad de realizarse entre géneros, al ser un programa mixto, y espacios terapéuticos, al poderse observar tanto en las relaciones interpersonales como grupales muchos de los comportamientos a modificar, facilitando así el cambio y trabajo a realizar con los jóvenes.

Aún así a partir del cambio cognitivo y conductual, la elaboración de problemáticas identificadas, hace parte de situaciones pasadas que el sujeto define como ello, problemáticas, indicando así una necesidad de generalización y consolidación de resultados entendiendo la importancia de ello para su posterior reinserción social, en donde el adulto estará expuesto a diversas y quizá iguales situaciones difíciles por afrontar, por lo que se propuso un trabajo de exposición para sus dos etapas finales, en donde se hace uso de la presión artificial ejercida y posible desde el modelo de Comunidad Terapéutica, permitiendo replantear si es posible el trabajo realizado, en donde en todas las situaciones culmina con la recomendación de las atenciones clínicas desde el área de psicología en problemáticas que bien pueden definirse como residuales, teniendo en cuenta que el proceso de rehabilitación y deshabitación al consumo de sustancias es limitado.

Igualmente, presentando los resultados a partir de las intervenciones grupales, en las terapias de grupo, se ha encontrado que los usuarios realizan aprehensiones de las problemáticas expuestas por sus pares, al presentar en un mayor o menor grado una experiencia similar vivida, lo que los lleva a asumir tanto los debates como las devoluciones realizadas en dichos espacios, así logran comprender la importancia de las participaciones grupales, el sentido terapéutico de las

mismas y la relevancia de expresar sus malestares no solamente en su ayuda sino en la posible para otros usuarios, quienes comparten la terapia de grupo y posiblemente la situación expuesta.

Todo lo anterior muestra los resultados generados en el programa Adultos Mixto – Nueva Vida, encontrados mediante la ejecución de las funciones propias del practicante de psicología en sus intervenciones individuales por tratamiento en evaluación, diagnóstico e intervención propiamente y por proceso terapéutico desde la tutoría, al igual que en sus intervenciones grupales, por talleres y psicoterapias de grupo.

8. INDICADORES DE LOGRO.

8.1 Indicadores de logro Cuantitativos.

- El 100% de las evaluaciones asignadas se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.
- El 90% de las evaluaciones iniciadas se finalizaron.
- El 90% de los informes de evaluación se entregaron en un tiempo máximo de 15 días, una vez finalizado el proceso.
- El 100% de los procesos de intervención psicoterapéutica asignados, se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.
- El 70% de los procesos de intervención psicoterapéutica iniciados se finalizaron
- El 100% de los procesos de orientación vocacional y profesional asignados iniciados se finalizaron.
- El 100% de las historias clínicas son diligenciadas y reportadas de forma semanal.
- El 100% de los registros de actividades diarias se entregan de forma oportuna los primeros 5 días de cada mes.

8.2 Indicadores de logro Cualitativos.

- Se logró desarrollar una adecuada adherencia terapéutica en la mayoría de los procesos de intervención clínica, mediante la responsabilidad que adquirió cada paciente con respecto a su proceso.
- Se establecieron de objetivos y metas terapéuticas que guiaban el proceso clínico de cada uno de los consultantes.
- Mediante el cumplimiento de los objetivos y metas terapéuticas se evidenció adherencia al tratamiento en la mayoría de los procesos de intervención clínica.
- Durante el proceso clínico los consultantes manifestaron cambios significativos en su comportamiento y en los esquemas de pensamiento –ideas irracionales, pensamientos disfuncionales- los cuales guían la conducta del sujeto.

- Desde los postulados teóricos del enfoque cognitivo- conductual se lograron realizar los procesos de intervención clínica mediante la utilización de técnicas cognitivas y conductuales las cuales eran requeridas en las diferentes situaciones y problemáticas.

9 DIFICULTADES

Al igual que los resultados, es relevante presentar las dificultades encontradas divididas en los ejes de intervención propuestos facilitando su comprensión y ubicación.

9.1 Tratamiento terapéutico en la atención clínica individual y grupal.

En la realización de los espacios individuales desde el área de psicología dirigidos a la intervención clínica del usuario, se presentó como dificultad, el número de residentes activos en los programas juvenil y adultos teniendo en cuenta la participación de solamente dos personas para el área de psicología, llevando a desorganizar en muchas ocasiones el número de sesiones programadas al igual que sus sistematizaciones de las atenciones para cada joven o adulto, por tal motivo el practicante y profesional presentan como alternativa el ingreso de otro profesional que ayude en la labor, esperando optimizarlo y adecuarlo a las necesidades de los usuarios y la institución.

Igualmente los índices de rotación creaban una variabilidad en los horarios establecidos para la intervención, lo que lleva a generar espacios de reuniones de área, anteriormente no realizadas, con el fin de evaluar semana a semana las eventualidades o egresos voluntarios de residentes que den cupo a otros en su reemplazo evitando disminuir la carga al practicante, organizando las intervenciones por realizar.

Por otro lado el ingreso de nuevos usuarios necesariamente modifica tanto el cronograma presente del practicante y profesional de planta, como el cronograma futuro teniendo en cuenta la necesidad de la evaluación de quien ingresa, por tal motivo se ha sugerido que los cronogramas tengan espacios posibles por cumplir, es decir que no se presenten todas las semanas, como espacios de valoración psicológica los cuales dependen de los nuevos usuarios, que en el caso estarían presentes para la evaluación por realizar, siendo estos intermitentes, aplicación prueba Wartegg, Auditoría protocolos, elaboración herramientas de intervención, provocando desde la variabilidad una estabilidad en la ejecución de labores institucionales.

9.2 Desarrollo Talleres Psicosociales.

En la construcción de los talleres para los distintos programas, se ha presentado la dificultad directamente con su preparación u elaboración, desde la temática hasta la metodología utilizada, teniendo en cuenta que se habla de dos talleres semanales, los cuales en ocasiones conllevan un arduo trabajo atendiendo a la multiplicidad de funciones realizadas, por tal motivo el área de psicología sugiere que los talleres puedan ser realizados tanto por el área de psicología como por el área de familia y trabajo social, estableciendo temáticas pertinentes con la preparación y profesionalización de los mismos, ampliando la programación de los talleres para cada profesional y en el caso practicante.

CONCLUSIONES.

A partir del desarrollo y ejecución del Plan de Práctica en la Fundación “Hogares Claret” para sus programas “Nueva Vida” y “Vientos de Cambio” expuesto en el presente informe final, se generaron aprendizajes derivados de la atención individual y colectivo de un grupo de población específico (drogodependientes) referentes al uso de herramientas de debate como elementos principales para la reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales identificados en cada uno de los usuarios atendidos.

Aunque el modelo de Comunidad Terapéutica como modelo principal y en uso de los programas mencionados en la Fundación “Hogares Claret,” ejerce un modelado relevante en el transcurso del proceso de cada residente bajo el aprendizaje de comportamientos normativos y funcionales, éste no representa en su totalidad el pilar de los logros obtenidos por cada usuario, ya que dicho modelo se ve acompañado de un tratamiento clínico individual que particulariza el trabajo de las situaciones y problemáticas personales de cada sujeto particularizando el desarrollo de cada proceso, abordando la complejidad de los casos atendidos.

La propuesta de realizar intervenciones colectivas bajo el espacio de terapia de grupo proporciona la construcción de actitudes empáticas en sus participantes, lo que indica que promueve la visión y noción emocional de otro sujeto que expresa y pide ayuda, generando nuevas posiciones en la población drogodependiente de entender la importancia de escuchar y la capacidad de favorecer a quien le necesita, relevante para el posterior reencuentro del usuario con una sociedad que demanda de una actividad comprensiva bajo la tolerancia y del auxilio en la cooperación

Las vivencias y experiencias de Comunidad Terapéutica permiten proveer temáticas para la intervención grupal desde la realización de talleres que abordan las dificultades que experimentan los usuarios en la vida colectiva que conllevan en el proceso, lo anterior bajo la participación activa del profesional en psicología en el uso de herramientas propias de dicha disciplina, como lo es la observación.

El acompañamiento a los usuarios en el desarrollo de su proceso de rehabilitación, a partir de las intervenciones por tutoría, proporciona una observación con una mayor frecuencia de ellos

que permite determinar con mayor precisión los resultados y logros del residente bajo las metas y objetivos terapéuticos propuestos en el inicio de cada etapa transcurrida.

RECOMENDACIONES

A partir de las dificultades mencionadas en donde se habla de la cantidad de usuarios activos en la fundación y la relación con las atenciones que dos representantes del área de psicología pueden realizar, se recomienda ingresar un nuevo profesional de tiempo completo que no solamente ayude en las atenciones individuales y grupales sino en la posibilidad y potestad legal de firmar las sistematizaciones pertinentes de las intervenciones, ya que la cantidad de estos últimos es vertiginoso y es complicado dicha diligencia para el psicólogo en formación quien debe buscar al profesional en dicha disciplina para formalizar su actividad.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de las ocasiones el ingreso de un nuevo usuario puede interrumpir el cronograma que cada semana construye el psicólogo en formación como monitoreo de actividades, es preciso organizar en dicho cronograma espacios libres con los cuales se pueda sopesar algunas de las faltas provocadas por los ingresos efectuados.

Teniendo en cuenta la importancia y el tiempo que duran de las reuniones diarias de empalmes en donde se discuten las eventualidades presentadas en el día anterior, y las reuniones generales realizadas cada semana (definidas como staff) se recomienda que asista un solo integrante del área psicológica con el fin de reducir el tiempo utilizado por el área en dichas reuniones, permitiendo continuar con las atenciones e intervenciones propuestas para dichos días.

Al evidenciarse que a pesar de que el psicólogo en formación se encargue de atenciones e intervenciones clínicas individuales y grupales, éste se encuentra asesorado por un profesional de la misma disciplina como jefe inmediato, se recomienda realizar reuniones semanales de discusión de las actividades semanales realizadas con el fin de ampliar los aprendizajes obtenidos por el practicante.

Al observar que existen distintas áreas de intervención para los usuarios activos del programa, y que los talleres están enfocados desde múltiples campos del saber, se recomienda que dichos talleres puedan ser propuestos desde las mismas áreas que intervienen en el proceso de los jóvenes y adultos y en ocasiones contrataciones exteriores con quienes puedan ser expertos de las temáticas necesitadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berger. P., Luckmann, T. (2006). La Construcción Social de la Realidad. Ed. Amarrortu. Buenos Aires Argentina.
- Dale H. Schunk, 1997, Teorías del Aprendizaje, Prentice Hall Hispanoamericana S.A, Naucalpan de Juárez, México.
- García, J., Sánchez, J. (2008). Educación Familiar y Autoconcepto en Niños Pequeños. Ed. Pirámide. Madrid España.
- Gallardo Yolanda y Moreno Adonay, 1999, Aprender a Investigar, Módulo tres: Recolección de la información, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), Santa Fe de Bogotá.
- González N. José, 1999, Psicoterapia de grupos, Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas, Manual Moderno Editores, México.
- González N. José, 2001, Psicopatología de la adolescencia, Manual Moderno Editores, México.
- Ley 1090 del 2006, Código deontológico y bioético por el cual se dicta el ejercicio profesional en psicología.
- Lega, Leonor. Caballo, Vicente. Ellis, Albert. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotiva. Siglo Veintiuno de España Editores.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición, DSM - IV
- Manual de terapias de la comunidad terapéutica, 2009, M – 03, Versión 1, Fundación Hogares Claret.
- Obst. Camerini Julio, 2005, Introducción a la terapia cognitiva, teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos, CATREC, Buenos Aires – Argentina.
- P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza, I. Lizasoain, 2009, Drogodependencias, Farmacología. Patología. Psicología. Legislación, Editorial médica panamericana, Madrid- España
- T. Beck, Fred D. Wright, Corey F. Newman, Bruce S. Liese, 1999, Terapia Cognitiva de las drogodependencias, Paidós, Barcelona- España.

APÉNDICES

Apéndice A: Encuesta aplicada en el diagnóstico de necesidades.

Encuesta área de Psicología

Edad: _____

Programa: _____

Etapas: _____

Califica las siguientes preguntas argumentando el porqué de cada respuesta.

1. Deficiente 2. Malo 3. Regular 4. Bueno 5. Excelente

Interrogantes	Calificación	1	2	3	4	5
Servicio en Psicología						
¿Por qué?						
Efectividad de las intervenciones Psicológicas						
¿Por qué?						
Impacto Terapias de Grupo						
¿Por qué?						
Estructura Terapias de Grupo						
¿Por qué?						
Empatía						
¿Por qué?						
Discurso del profesional						
¿Por qué?						
Actitud o postura del profesional						
¿Por qué?						
Secreto Profesional						
¿Por qué?						
Pertinencia de las intervenciones Individuales						
¿Por qué?						
Coherencia de las intervenciones individuales con la etapa del usuario.						
¿Por qué?						

Apéndice B: Gráficos circulares: resultados cuantitativos de la encuesta aplicada.

Listado de gráficos.



Figura 1 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en el servicio prestado por el área de psicología.



Figura 2 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en el servicio prestado por el área de psicología



Figura 3 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la efectividad de las intervenciones realizadas desde el área de psicología



Figura 4 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la efectividad de las intervenciones realizadas desde el área de psicología

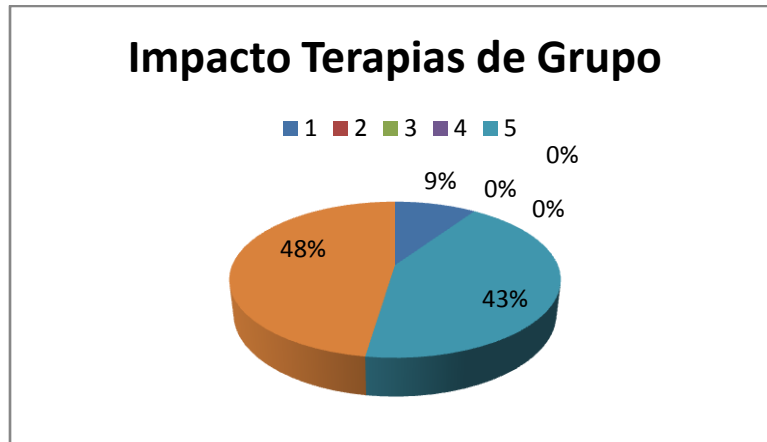


Figura 5 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en el impacto de las terapias de Grupo realizadas por el área de psicología

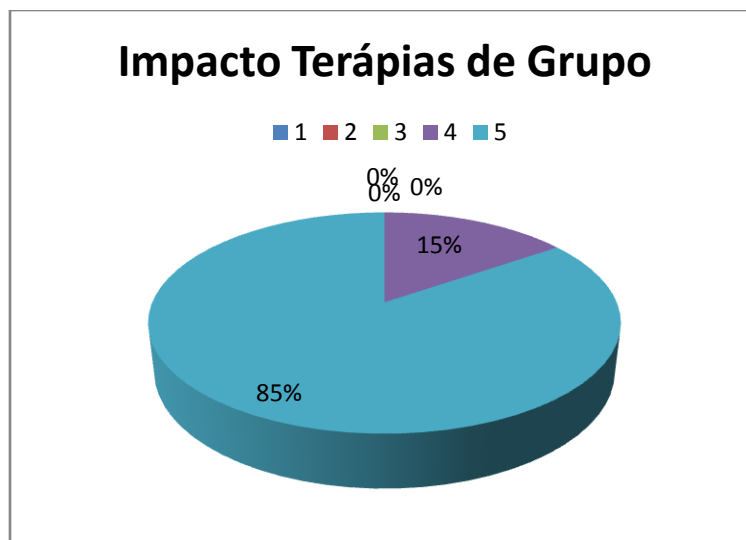


Figura 6 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en el impacto de las terapias de Grupo realizadas por el área de psicología

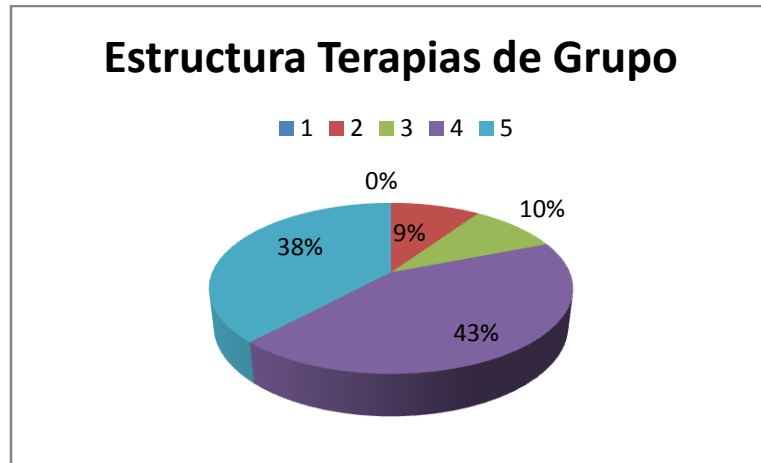


Figura 7 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la estructura de las Terapias de Grupo.

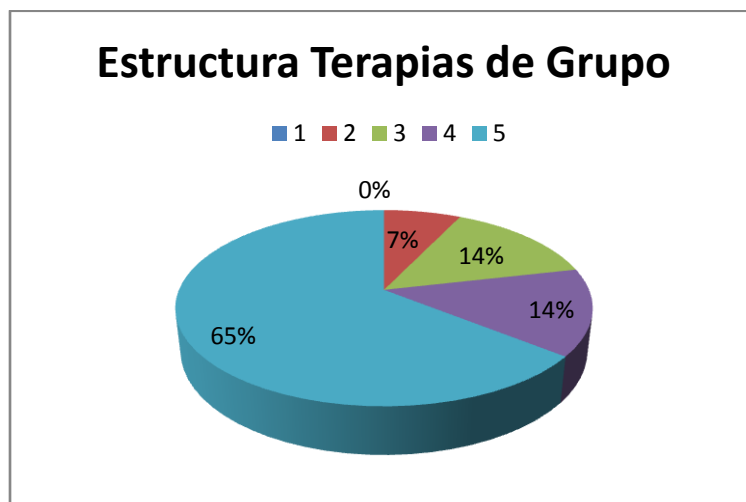


Figura 8 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la estructura de las Terapias de Grupo

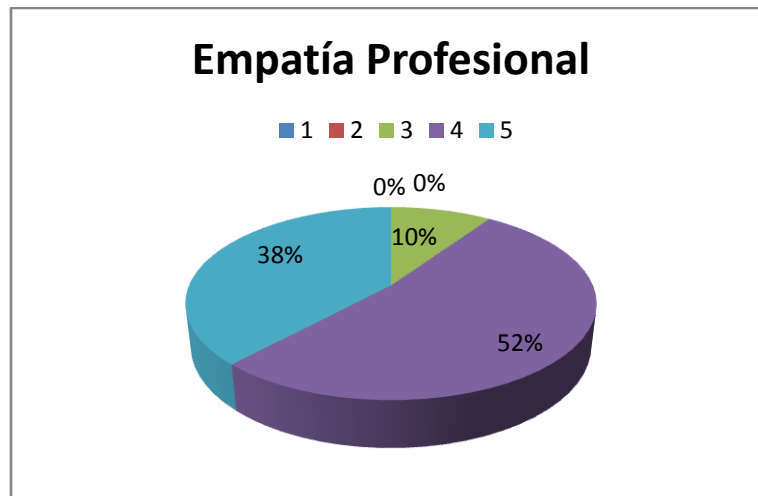


Figura 9 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la empatía como cualidad del profesional del área de psicología.

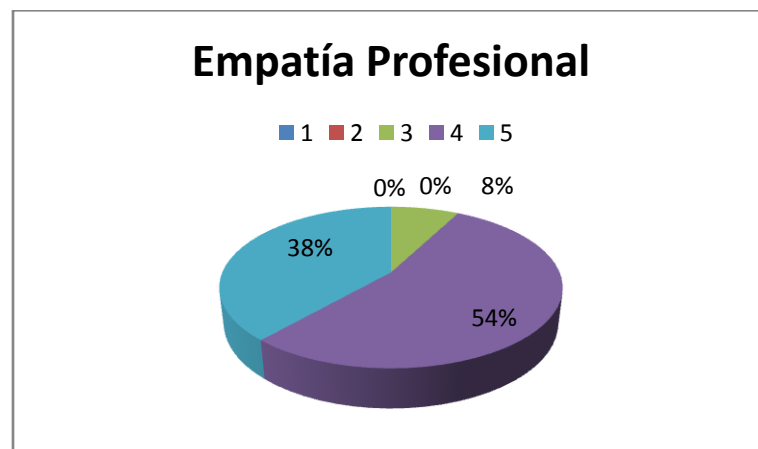


Figura 10 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la empatía como cualidad del profesional del área de psicología



Figura 11 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en el discurso del profesional en psicología implementado en los espacios individuales y grupales



Figura 12 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en el discurso del profesional en psicología implementado en los espacios individuales y grupales

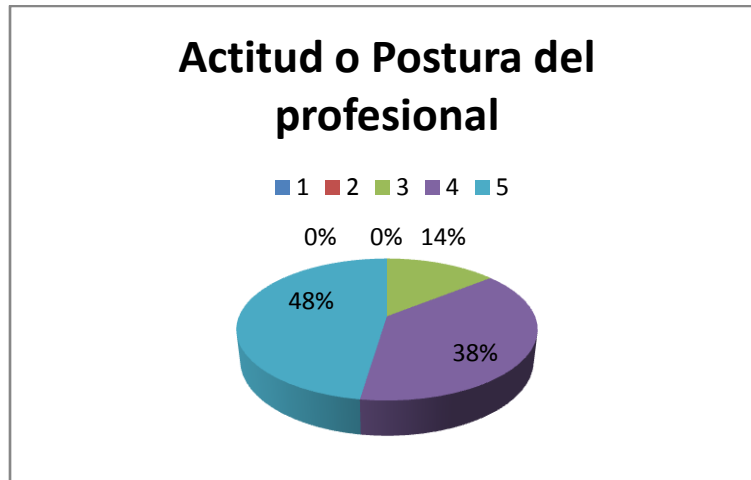


Figura 13 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” en la actitud del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales

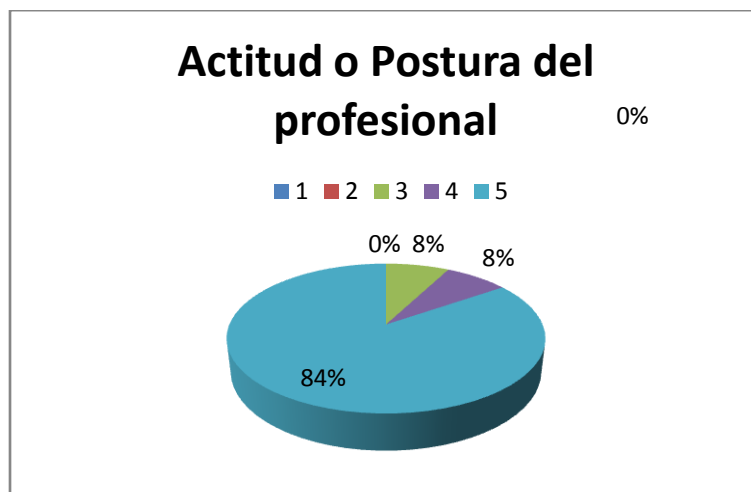


Figura 14 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” en la actitud del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales

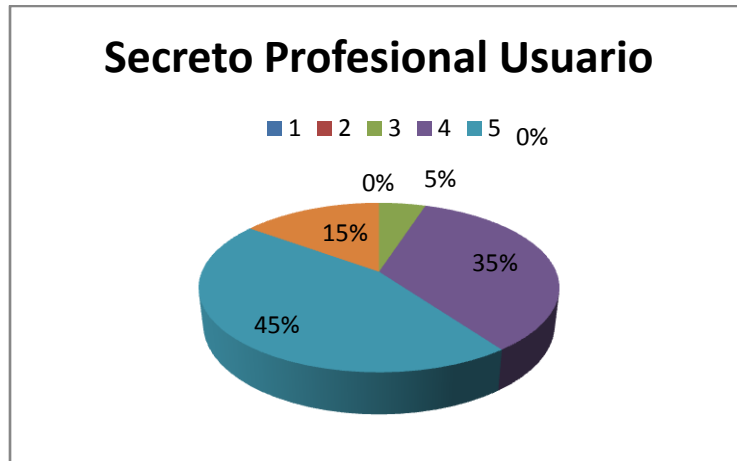


Figura 15 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” del secreto profesional, como labor ética del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales



Figura 16 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” del secreto profesional, como labor ética del profesional en psicología en los espacios individuales y grupales.

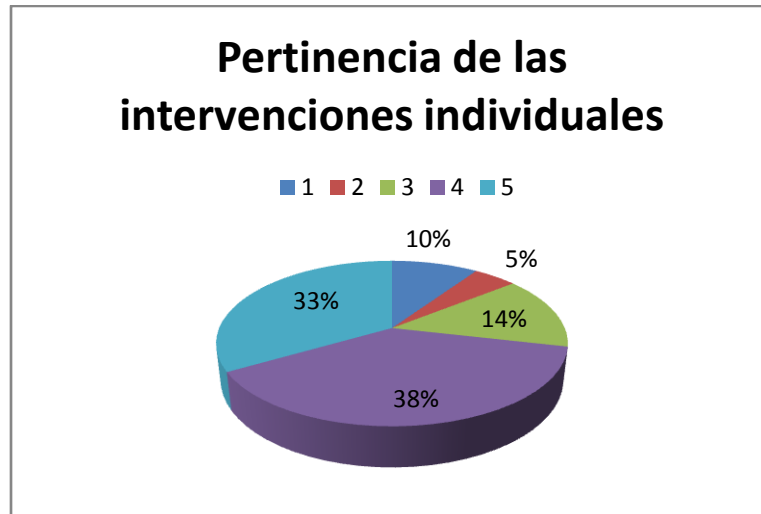


Figura 17 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” de la pertinencia de las intervenciones individuales

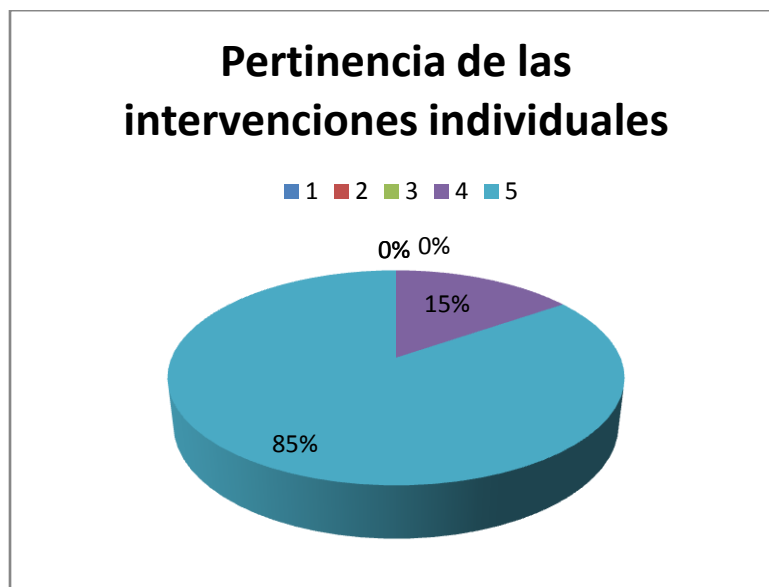


Figura 18 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” de la pertinencia de las intervenciones individuales

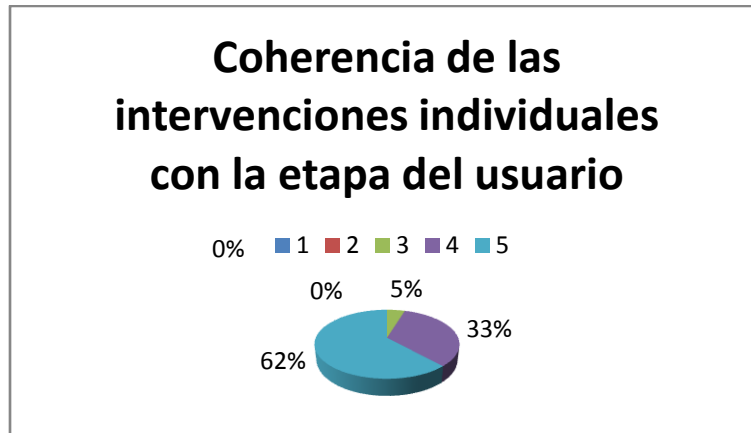


Figura 19 Percepción de los usuarios del programa “Nueva Vida” de la coherencia de las intervenciones individuales realizadas por el área de psicología, con la etapa del usuario

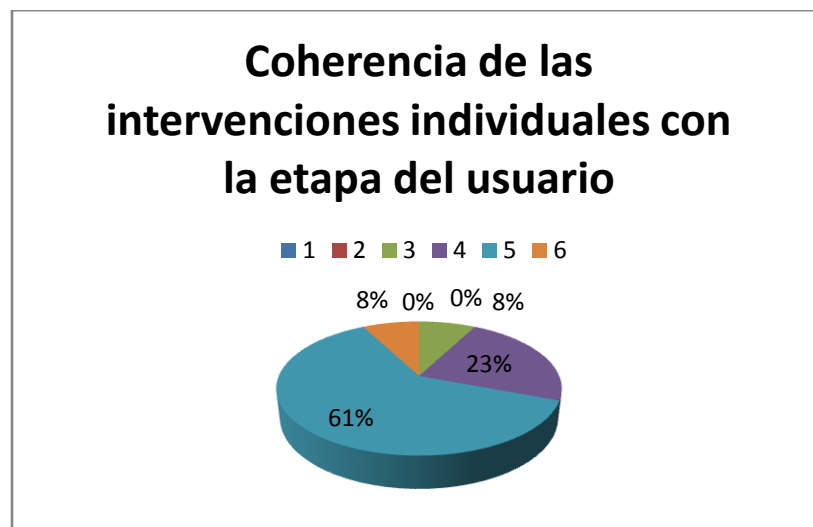
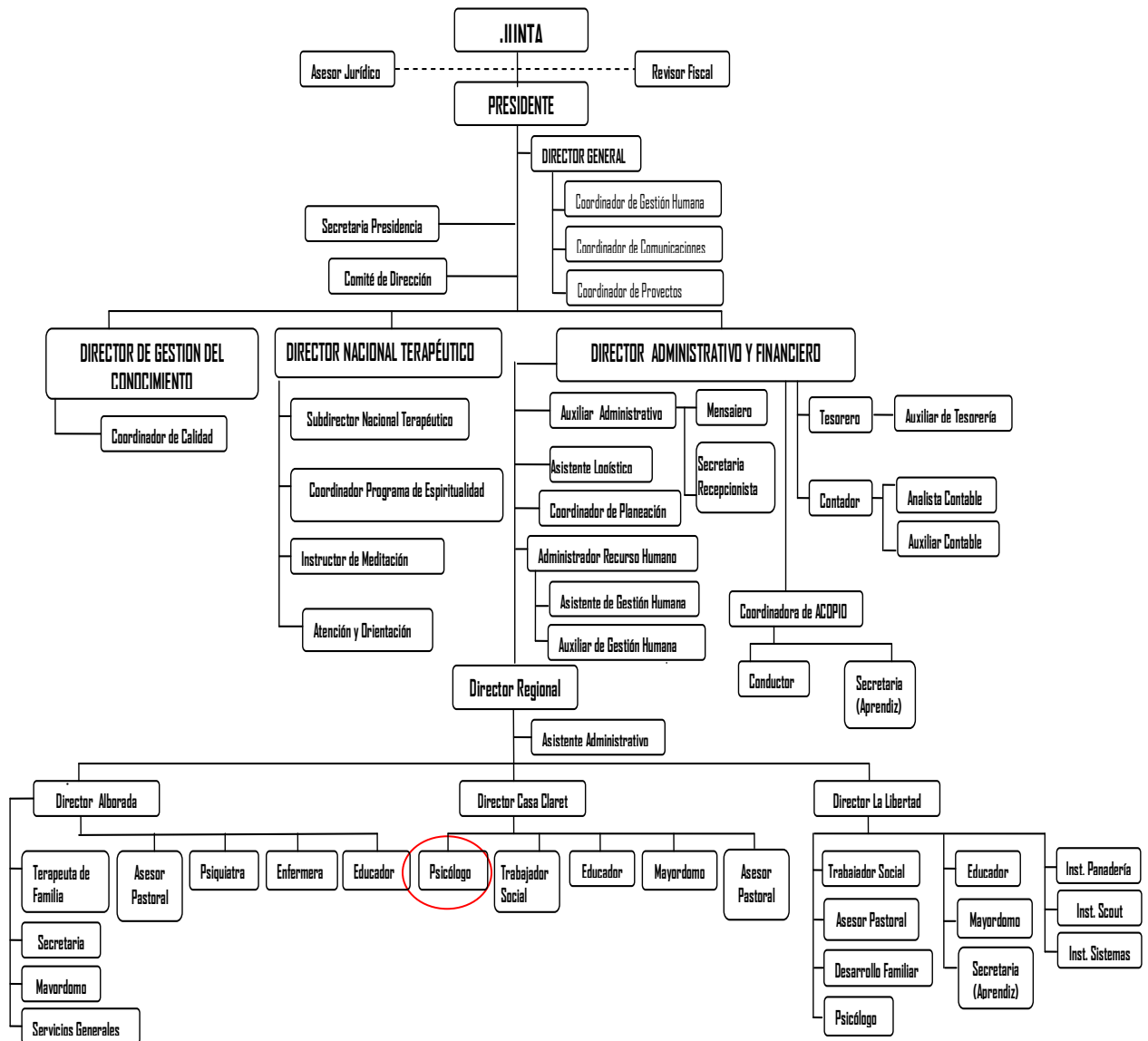


Figura 20 Percepción de los usuarios del programa “Vientos de Cambio” de la coherencia de las intervenciones individuales realizadas por el área de psicología, con la etapa del usuario

ANEXOS.

Anexo 1: Organigrama.



Anexo 2: Cronograma y listado de talleres psicosociales

Mes / Semana	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Enero	Etapas del desarrollo de las recaídas	Tipología de las sustancias psicoactivas.	Co-dependencia familiar.	Habilidades sociales: Pensamiento crítico
Febrero	Lluvia de ideas. Apertura a la participación.	Habilidades Sociales: El conflicto	Fenómenos de Violencia.	Habilidades Sociales: Resolución de conflictos.
Marzo	Habilidades Sociales: Comunicación Asertiva.	Habilidades Sociales: Manejo de tensiones.	Proyecto de Vida Individual.	Habilidades sociales: Auto-conocimiento.
Abril	Proyecto de vida Colectivo	Empatía.	Métodos de Planificación Familiar.	Habilidades sociales: Pensamiento Creativo.
Mayo	Juicio ético y juicio moral.	Habilidades sociales: pensamiento crítico.	Trabajo en equipo	Etapas del desarrollo moral
Junio	Sexualidad e identidad sexual.	Relaciones interpersonales	Sexualidad: ¿qué es la sexualidad?	Habilidades sociales: Toma de decisiones.

El cornograma se repite para el segundo semestre.