



UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN:

“Taller de Reflexión: Abordaje para consolidar la sobriedad en adictos recuperados”

FERNANDO IGNACIO CEBALLOS

CORDOBA – 2012



UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*Taller de reflexión: abordaje para
consolidar la sobriedad en adictos
recuperados*

FERNANDO IGNACIO CEBALLOS

CORDOBA - 2012

Taller de Reflexión: Abordaje para consolidar la sobriedad en adictos recuperados

RESUMEN:

Se realizó una observación en la institución “Programa del Sol”, la cual está abocada a tratar las problemáticas de las adicciones. Se propone un proyecto para aplicar en la etapa de desvinculación con la misma. El objetivo propuesto es favorecer la sobriedad adquirida durante el tratamiento. La metodología utilizada fue la observación en la institución y entrevistar a las personas referentes de esta. Los resultados esperados son alcanzar una reafirmación de los logros obtenidos durante su paso por el programa e integrar una visión de futuro. La propuesta de intervención está dividida en cuatro módulos. Primer módulo, incluye dos encuentros en los que se desarrolla la apertura del taller. Segundo módulo, integrado por cuatro encuentros, y está enfocado para lograr un acercamiento a la problemática planteada. Tercer módulo, formado por tres encuentros, y se orienta a posibilitar un proyecto vital. Cuarto módulo, consta de un encuentro, y está destinado al cierre y evaluación del taller.

Palabras claves: Sobriedad, Recaída, Prevención, Adicciones, Taller, Grupo.

Reflection Workshop: Approach to consolidate sobriety in recovering addict.

ABSTRACT:

A observation was conducted in the institution "Programa del Sol", that is dedicated to handle problems of addiction, and is proposed a project to implement in the process of untying it. The proposed objective is to promote sobriety acquired during treatment. The methodology used was observation in the institution and interview referent people. The expected results are to achieve a reaffirmation of the accomplishments during its passage through the program and integrate a future vision. The proposed intervention is divided into four modules. First module includes two meetings taking place in the opening of the workshop. Second module, consisting of four meetings, and is focused to achieve an approach to the issues raised. Third module consists of three meetings, and aims to enable build a vital project. Fourth module consists of a meeting, and is aimed at closing and workshop evaluation.

Keywords: Sobriety, Relapse, Prevention, Addictions, Workshop, Group.

AGRADECIMIENTOS:

Los agradecimientos están dirigidos a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de este trabajo, principalmente agradezco al Programa del Sol por abrirme sus puertas, a Mariano Carrizo y Leandro Cejas Parcero por su valioso tiempo.

A mis profesoras Amalia Giorgi e Hilda Galletti, por guiarme con su experiencia en la realización de este trabajo.

A mi familia, especialmente a mi madre, por su entusiasmo y compromiso para ayudarme siempre que fuera necesario.

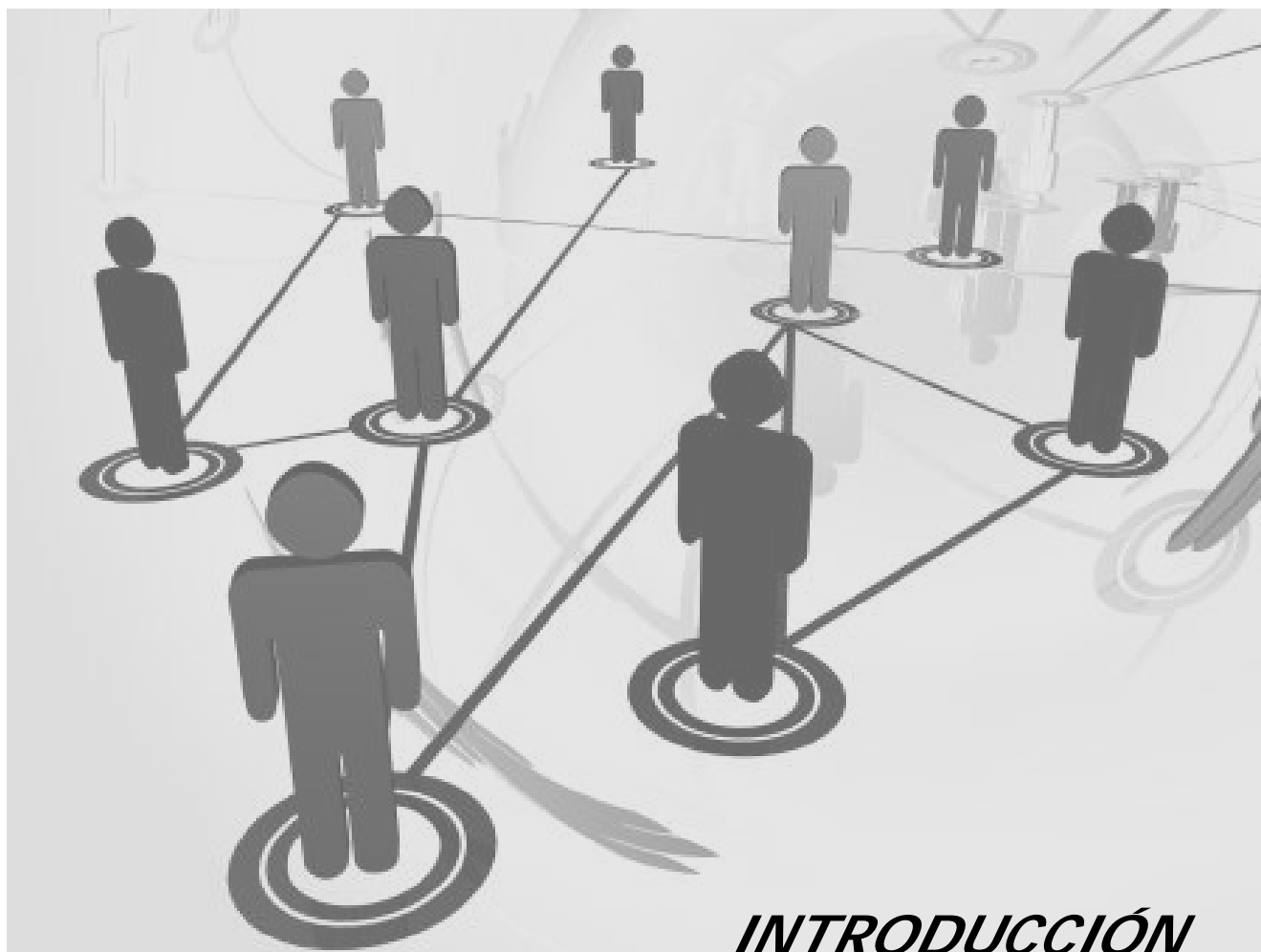
A Carina por su apoyo y motivación para alentarme a continuar adelante.

ÍNDICE:	Pág.:
A.1. Introducción	9
A.2. Fundamentación	12
A.2.1. Antecedentes Generales	13
A.2.2. Situación en Argentina	13
A.2.3. Datos de consumo	16
A.2.4. Justificación de la elección	17
A.3. Objetivos Generales	19
A.3.1. Objetivos Generales	20
A.3.2. Objetivos Específicos	20
A.4. Fundamentación teórica	21
A.4.1. Sustancias Psicoactivas	22
A.4.2. Uso de sustancias	23
A.4.3. Abuso de sustancia	25
A.4.4. Tipos de drogas y sus síntomas	27
A.4.5. Comunidad Terapéutica	
A.4.5.1. Comunidad Terapéutica definición	32
A.4.5.2. Trabajo en la Comunidad Terapéutica	32
○ El Tratamiento	33
○ Finalización del Tratamiento	35
A.4.6. Recaída	38
A.4.7. Taller de reflexión	40
A.4.7.1. Grupo	40
A.4.7.2. Taller	44

ÍNDICE:	Pág.:
B.1. Desarrollo	48
B.1.1. Institución	49
B.1.1.1. Descripción de la Institución	49
B.1.1.2. Historia de la Institución	50
B.1.1.3. Organigrama	52
B.2. Metodología	53
B.2.1. Recolección de datos	54
B.2.1.1. Muestra	54
B.2.1.2. Técnicas Utilizadas	55
B.2.2. Actividades realizadas	56
B.3. Diagnostico institucional	62
B.3.1. Análisis F.O.D.A.	63
B.3.2. Conclusiones diagnósticas	64
B.4. Resultados Esperados	65
B.4.1. Descripción	66
B.4.2. Evaluación de los resultados	66

ÍNDICE:	Pág.:
C.1. Propuesta de intervención	67
C.1.1. Características del trabajo grupal / encuentros	68
C.1.2. Lugares y horarios disponibles	70
C.1.3. Coordinación del proyecto	71
C.1.4. Dinámicas de los encuentros	71
C.1.5. Cronograma de trabajo	72
o Cuadro de encuentros	72
o <i>MODULO I</i>	
C.1.5.1. Primer encuentro	78
C.1.5.2. Segundo encuentro	81
o <i>MODULO II</i>	
C.1.5.3. Tercer encuentro	83
C.1.5.4. Cuarto encuentro	86
C.1.5.5. Quinto encuentro	88
C.1.5.6. Sexto encuentro	91
o <i>MODULO III</i>	
C.1.5.7. Séptimo encuentro	94
C.1.5.8. Octavo encuentro	96
C.1.5.9. Noveno encuentro	98
o <i>MODULO IV</i>	
C.1.5.10. Décimo encuentro	100
C.1.6. Cronograma temporal	102
C.1.7. Presupuesto final del proyecto	103
D.1. Conclusión	106
E.1. Bibliografía consultada y otras fuentes de Información	109
F.1. Anexos	112
F.1.1. Recolección de datos institucionales	113
F.2.1. Cuestionario de resultados esperados	125
F.2.2. Elementos de los Talleres	127

Taller de Reflexión: Abordaje para consolidar la sobriedad en adictos recuperados



A.1. INTRODUCCIÓN:

Este proyecto surge como respuesta a la observación y análisis que se desarrollo en la O.N.G. Programa del Sol, institución abocada al tratamiento y recuperación de personas con consumo de sustancias psicoactivas. A través del mismo pudo detectarse que es de gran importancia desarrollar un espacio de reflexión grupal luego del alta, ya que actualmente, se encuentra una carencia en esta etapa porque solamente se hace un seguimiento individual ocasional de las personas que han logrado la sobriedad y no cuentan con un espacio de estas características para la consolidación de los logros alcanzados durante su permanencia en el programa.

Para ello, se plantea un Proyecto de Aplicación Profesional; el mismo tendrá como fin poder lograr una mejor adaptación en la etapa que deviene cuando es otorgada el alta en la institución, etapa en la cual seria de gran utilidad proveer de un marco grupal para que las personas puedan continuar reafirmando su tratamiento.

Uno de los cuadros clínicos más difíciles, y a la vez complicados de abordar, desde el punto de vista psicológico, es el de las adicciones; especialmente el referido a las sustancias psicoactivas. Es por esto que los tratamientos que se llevan a cabo con este tipo de pacientes deben ser sumamente completos y debe entenderse la importancia mayúscula de un adecuado post tratamiento con todas las herramientas que un taller de reflexión puede otorgar tanto a la institución como a quien reciba la intervención.

Este vacío que se encuentra entre el momento en que la persona es dada de alta, en el cual se ha logrado la abstinencia, y el de comenzar a transitar nuevamente sin la utilización de drogas, es un lugar que no queda cubierto por las Comunidades Terapéuticas.

Intentar nuevamente la reinserción social, es también reinsertarse en los grupos sociales, ya sin la contención de ser un adicto en recuperación. Ejercer un nuevo rol significa también enfrentarse a nuevos desafíos y a lugares en que la persona debe poder lograr una identificación clara con su condición de ex consumidor para poder sostener su post tratamiento.

Después del arduo camino de la recuperación de la drogadicción, el volver a consumir sustancias psicoactivas puede ser devastador, no sólo para

el individuo sino también para el núcleo de seres queridos que le rodea. Es por eso que un plan para prevenir esta situación es crucial para cualquier persona que se haya recuperado.

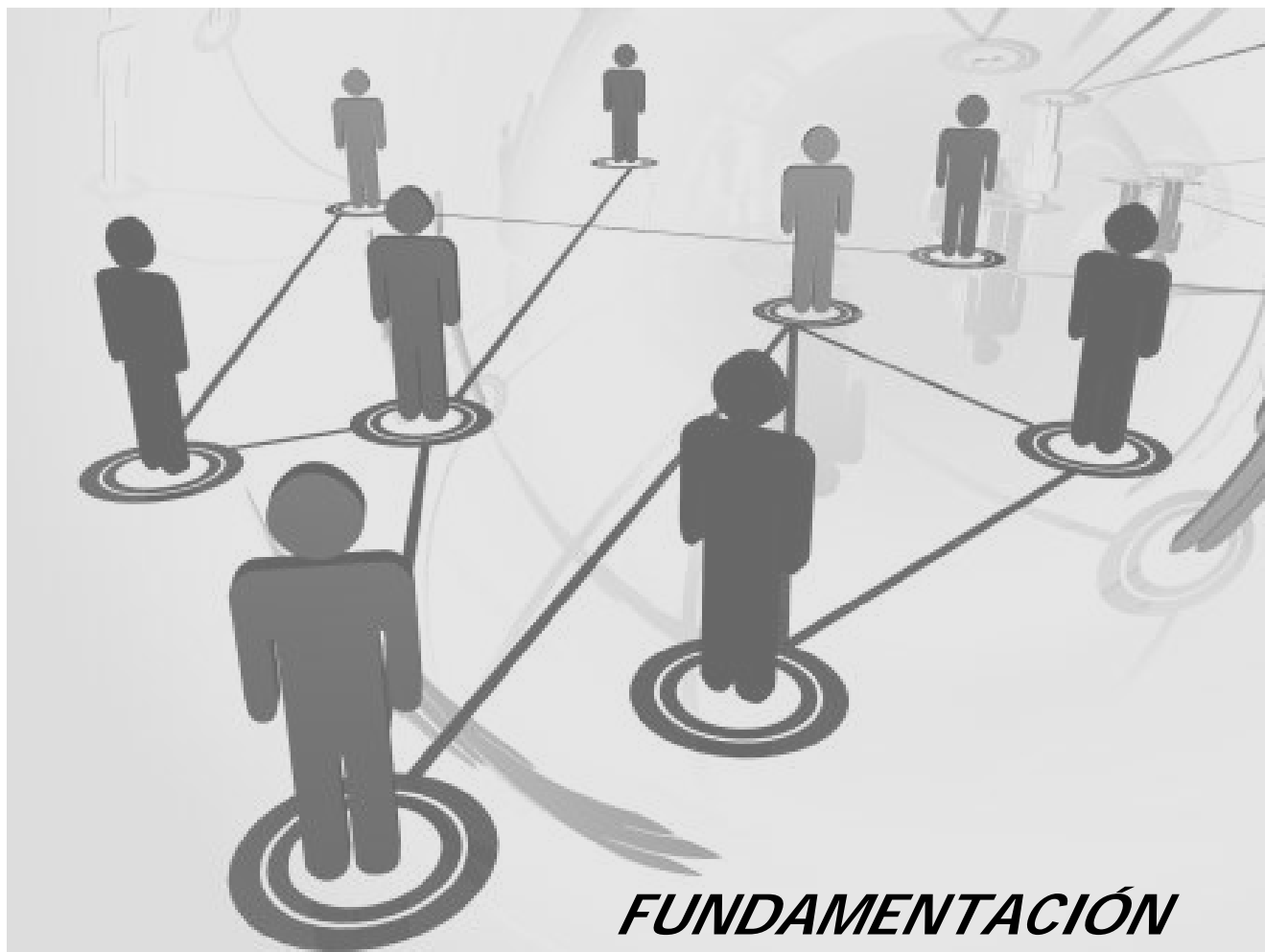
Estudios científicos han demostrado *“que, el cerebro sí se acuerda, y tiene la capacidad para hacer asociaciones de lugares, personas, cosas y hasta sentimientos que estaban y continúan estando asociados al uso de sustancias psicoactivas”* (Volkow, 2008, Pág. 11).

Por estas razones, el proceso de recaída puede ser tan alto en la población de individuos que luchan por mantenerse limpios de toda sustancia química.

En el campo de la adicción y la salud mental la recaída no es un evento, sino un proceso que se puede detectar y detener.

La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado y que, finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar nuevamente al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación.

Posibilitar a las personas formar parte de estos grupos podrá contribuir a evitar en gran medida una reinmersión en situaciones de riesgo o que, cuando éstas se presenten, tengan a su disposición recursos que les permitan afrontar las mismas desde una posición más consolidada; logrando de esta forma un beneficio que les permita un ahorro de costos posteriores ya que si volvieran a reincidir en el uso de sustancias psicoactivas el trabajo de la institución en lograr la sobriedad sería puesto en peligro.



A.2. FUNDAMENTACIÓN:

A.2.1 ANTECEDENTES GENERALES:

En el tratamiento de todas las conductas adictivas, el principal problema se centra en el mantenimiento de los resultados obtenidos en las sesiones de tratamiento, es decir, que el sujeto se mantenga abstinentemente y no recaiga una vez concluido el mismo, o en los meses posteriores. En los problemas relacionados con sustancias, por ejemplo, *“Cuando el paciente egresa de la institución no se ha terminado su tratamiento sino que se abre una nueva etapa que requiere tanta atención como la anterior, si realmente queremos evitar el fracaso de la recuperación lograda.”* (Cuatrocchi, 2008, Pág. 110)

Esto ha obligado a prestar especial atención al proceso posterior al egreso y a cómo la persona debe enfrentarse al mismo, proporcionándole para ello diversas estrategias de afrontamiento.

A.2.2. Situación en Argentina:

“Por año, unos 130.000 argentinos experimentan consumos abusivos de drogas ilícitas y 43.000 de ellos -117 por día- se internan en los 399 centros especializados para paliar su adicción. No obstante, la oferta sanitaria nacional en rehabilitación resulta insuficiente para el 25 por ciento de los adictos (32.500 personas) a sustancias psicoactivas ilegales.” Medición de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar, 2010).

“De los consumidores, el 54,3% reciben tratamiento ambulatorio. En los casos aún más conflictivos, el 32,2% permanece internado durante un promedio de 27 días en las 37 comunidades terapéuticas y los 82 centros Especializados del país.” (Sedronar, 2010).

Todo el proceso de recuperación mínimamente lleva un año, y los que logran llegar a su término normalmente, luego se encuentran con un lugar prácticamente vacío a donde recurrir para afianzarse.

"La adicción es una enfermedad traicionera y exige por parte del paciente un alerta permanente. Las recaídas son frecuentes, pero el concepto de 'reincidencia' es controvertido, porque la rehabilitación no puede medirse sólo en términos de si alguien no consumió nunca más. Reinsertar a alguien es algo mucho más complejo que su posibilidad de sostener una abstinencia definitiva, según estadísticas, 6 de cada 10 adictos que inician un tratamiento se Rehabilitan, pero más de la mitad vuelve a consumir alguna vez. Un tratamiento puede durar entre 8 y 18 meses, y luego se debe seguir con cierto nivel de acompañamiento porque la adicción traiciona." (Rshaid, 2009, Pág. 5).

Según datos del Registro Continuo de Pacientes, elaborado por el Observatorio de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), *"la reincidencia es alta: el 42% de los pacientes atendidos en 82 centros de todo el país, 3.596 personas, habían tenido al menos un tratamiento anterior."*

"La mayoría de los adictos que encaran un tratamiento vuelve a consumir en algún momento, pero eso no implica una recaída definitiva ni un fracaso, porque la conciencia del problema está instalada. El paciente admitió que tiene una dificultad y buscó ayuda: con esa actitud y ese 'insight' ya tiene la mitad de la solución. La recaída forman parte de la evolución lógica del tratamiento", (Damín, 2007, Pág.2).

Por ejemplo: desde el Sedronar se impulsa un *Programa de Seguimiento Post alta y Reinserción Socio-Laboral*. Teniendo en cuenta las dificultades que suponen la externación o el alta de un programa ambulatorio, y los obstáculos que surgen durante el proceso de reinserción socio-laboral, se consideró necesario el desarrollo de un programa que proveyera las herramientas adecuadas para facilitar el tránsito por esta etapa.

El Programa de Seguimiento Post alta y Reinserción Socio-Laboral surge ante la necesidad de brindar un abordaje específico a las personas que realizaron un tratamiento de rehabilitación por consumo abusivo y/o dependencia de sustancias psicoactivas.

Así, la etapa de finalización de un tratamiento de adicciones puede ser llevada a cabo de diferentes formas, individual, telefónica o por cualquier otro medio de comunicación dependiendo las situaciones puntuales.

Algunas de estas formas proponen un entrenamiento en técnicas de prevención del consumo para que el individuo, se mantenga abstinentemente a lo largo del tiempo enfatizando la superación de las fases anteriores.

Son utilizadas técnicas en que se prevén los efectos de la violación de la abstinencia con técnicas de prevención de consumo (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, etc.). De gran importancia es poder incluir en esta etapa una forma de finalización grupal con toda la riqueza que el grupo puede proveer a los individuos que atravesaron, o que han cumplimentado los requisitos para ser considerados Adictos sobrios o ex consumidores de sustancias.

En la práctica de las instituciones terapéuticas no siempre se tiene un concepto claro y delimitado de cuales podrían ser los requisitos para considerar el alta de un paciente y gran parte de las personas que lograron el alta nuevamente, vuelven al consumo después de un tiempo en que abandonaron la institución. Como puede observarse en numerosos estudios de impacto que se han realizado en diferentes oportunidades.

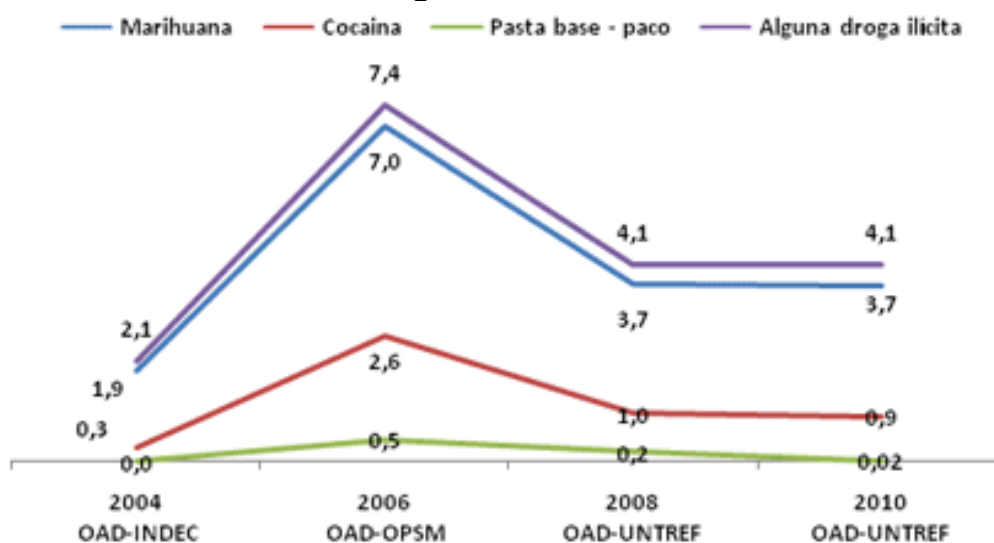
Trabajar con una persona internada posibilita un mejor control porque el paciente está aislado de la sustancia o con un mayor grado de monitoreo sobre el consumo si se presentara: la clave es trabajar con el afuera, poder implementar un programa que cubra las necesidades nuevas, lo cual se convierte en tarea fundamental.

A.2.3. Datos de consumo:

Gráficos con datos del consumo de sustancias en la Republica Argentina durante el periodo 2004 - 2010, en localidades de 80.000 habitantes y más.

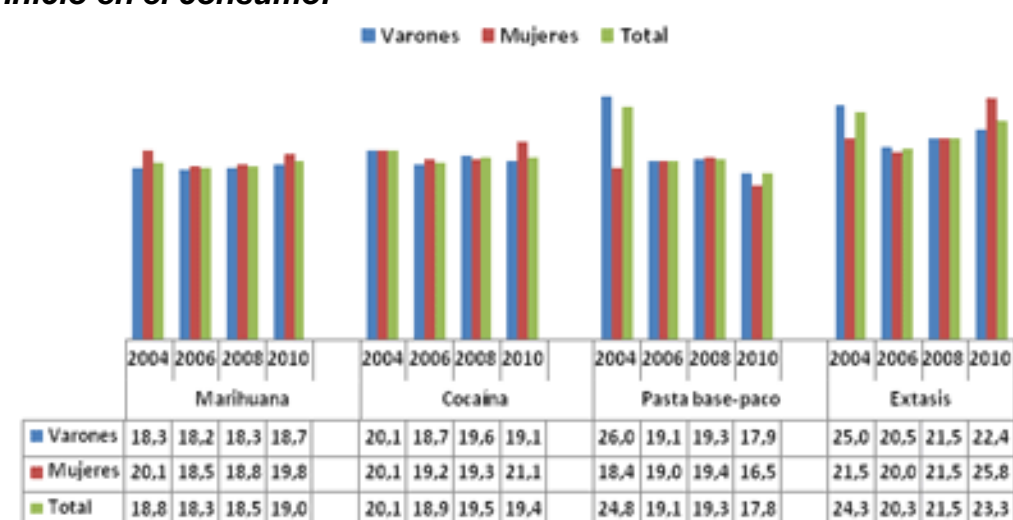
Dichos datos reflejan directamente una población que lejos de disminuir ha ido en aumento observándose un pico en 2006. (Sedronar. Tendencia en el Consumo en Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004 – 2010. Pág. 10, 11.)

El consumo reciente de drogas ilícitas:



Prevalencia de uso de sustancias ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.

Inicio en el consumo:



Promedio de edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.

A.2.4. Justificación de la elección:

La problemática de las adicciones, en este caso a sustancias psicoactivas, incluye todas las edades y clases sociales, teniendo matices pero convirtiéndose en un padecimiento que se sufre diariamente sin discriminar género.

Poder implementar el taller que a continuación se detalla, posibilitará ocuparse de una realidad que todavía no está abarcada ni cubierta en las actuales modalidades de tratamiento, teniendo un doble efecto, por un lado favorecerá el desarrollo de las personas que han asistido a una Comunidad Terapéutica y necesitan complementar su tratamiento y por otro, también se convertirá en un bien social ya que de esta manera ellos mismos pueden convertirse en agentes de cambio y ser ejemplo para guiar a quienes lo necesiten.

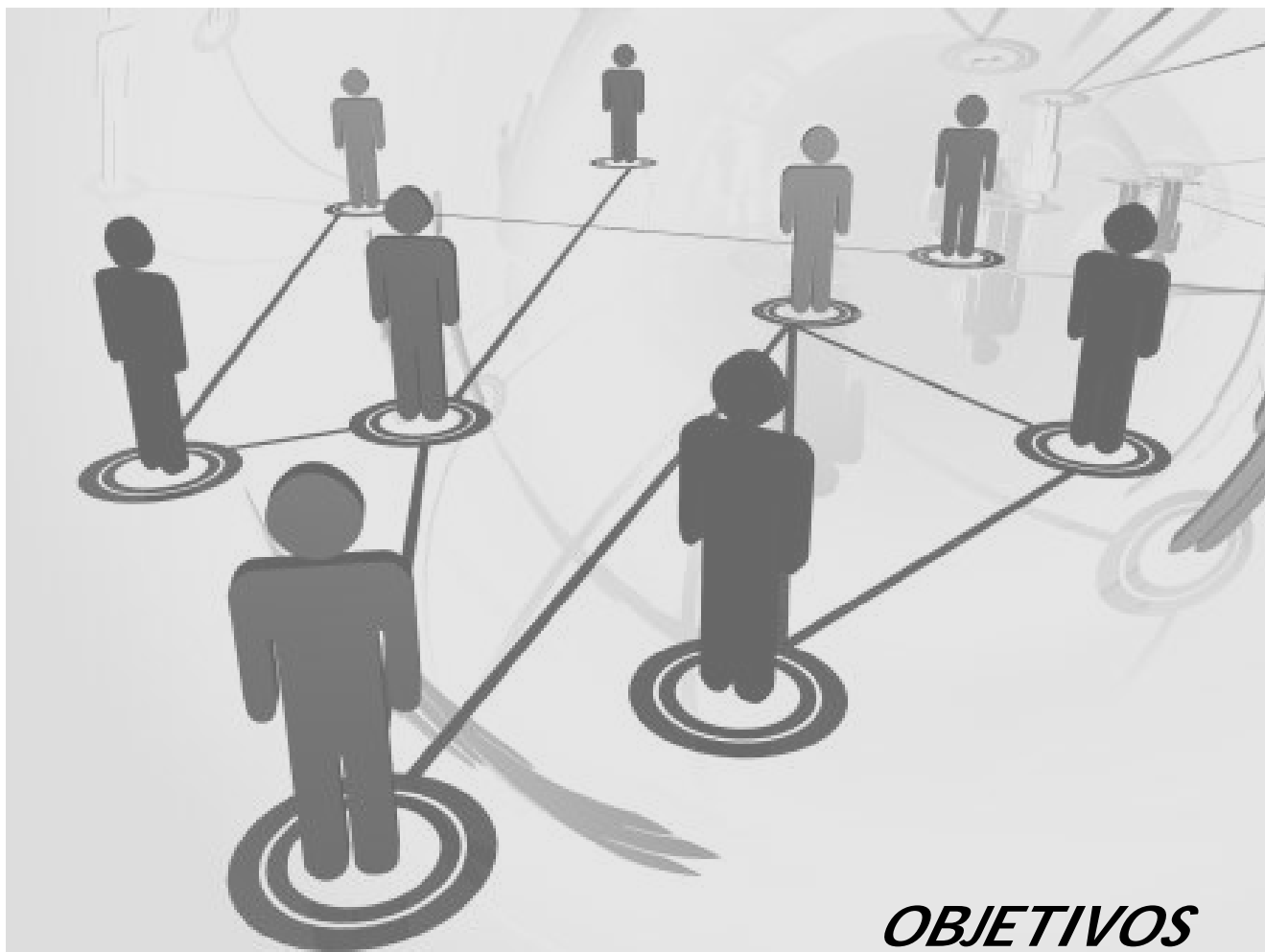
Como se explica anteriormente también posibilitaría un marco más amplio para la institución ya que contaría con un dispositivo que permitiría entender un tratamiento como una formación completa y no atomizada en logros específicos.

A través del desarrollo de este trabajo puede observarse también cómo actores secundarios a los que abarca directamente la Institución también podrían beneficiarse, ya que, como se entiende este proyecto, al tratar problemáticas de adicción, no afecta solamente a la persona que la padece sino, a todo su núcleo afectivo, como la familia, los amigos, y todos aquellos otros significativos, que están involucrados y pueden sufrir y sentirse angustiados tanto o más que el paciente que recibe la Institución.

Luego de transcurrido un lapso de tiempo, en que la Institución logra revertir el consumo de sustancias y a su vez, el entorno del paciente vuelve a depositar la confianza sobre el mismo, en su condición de no consumidor; si éste no encuentra la manera de afianzar y sostener su tratamiento, con el transcurrir del tiempo puede quedar en un lugar subjetivo que esté condicionando sus posibilidades futuras.

Esta situación podría ir royendo las bases primarias de los lazos afectivos que los mantienen unidos con las personas significativas para ellos. Como así también, la propia percepción de poder mantenerse en sobriedad.

Por todo lo expuesto anteriormente, poder implementar el proyecto redundaría en un beneficio individual, institucional y también sin lugar a dudas en la sociedad toda.



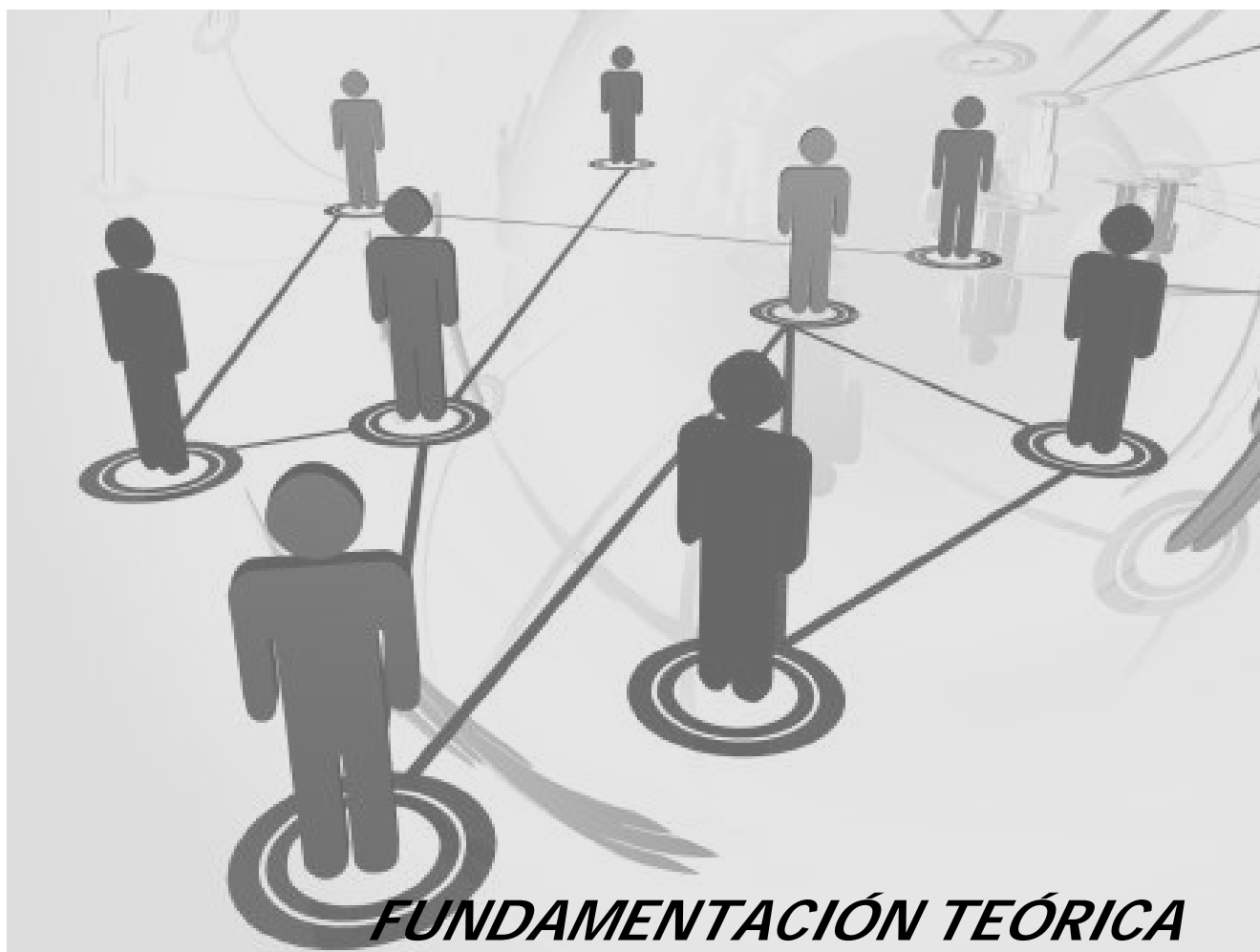
A.3. OBJETIVOS:

A.3.1. Objetivo General:

- Fortalecer la sobriedad adquirida en adictos recuperados a través de talleres en el Programa del Sol.

A.3.2. Objetivos Específicos:

- Favorecer la reflexión sobre la condición de ex consumidores.
- Fortalecer las conductas de abstinencia ante Estresores Específicos.
- Profundizar la autopercepción de adicto en recuperación a través del contacto con adictos en sobriedad.
- Enfatizar el control sobre los deseos de consumo a través del apoyo grupal.



A.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

A.4.1. Sustancias Psicoactivas:

Ya que la intervención a implementar estará dirigida a una población en particular es oportuno definir algunas de las características comunes de la misma, ya que en las historias individuales de cada paciente, ellos han atravesado una etapa de consumo de sustancias psicoactivas; para esto podría orientarnos la definición siguiente:

Toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta específicamente las funciones del sistema nervioso central, compuesto por el cerebro y la médula espinal. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

Clasificación:¹

También, es importante poder determinar la clasificación de sustancias psicoactivas, capaces de producir abuso y dependencia.

Entendiéndose los siguientes grupos de acuerdo al DSM IV:

- 1.- Alcohol
- 2.- Anfetaminas (*Simpaticomiméticos*)
- 3.- Alucinógenos (*LSD, Mescalina*)
- 4.- Cafeína
- 5.- Cannabis
- 6.- Cocaína
- 7.- Fenilciclidina (*PCP*)
- 8.- Inhalantes (*Hidrocarburos, solventes, cloruro de etilo*)
- 9.- Nicotina
- 10.- Opiáceos (*Naturales: morfina. Semisintéticos: heroína. Sintéticos: codeína*)
- 11.- Sedantes hipnóticos o ansiolíticos (*Benzodiazepinas y barbitúricos*)

¹ Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, DSM IV Breviario: Criterios Diagnósticos, 2003.

A.4.2. Uso de Sustancias:

Para comprender cómo empieza a transitar la persona hasta llegar a depender de una sustancia es importante mencionar que previamente ocurrieron etapas en que se mantiene una relación con la sustancia en la que no hay una necesidad imperativa, esta etapa denominada de uso, siguiendo a Corrales la entendemos como:

“El desarrollo de la enfermedad tiene su inicio en el momento en que el individuo realiza el acto de darse permiso para usar la primera dosis de la sustancia psicotrópica elegida. En ocasiones, esta acción se realiza para estar a la moda, para experimentar, por presión del grupo de referencia y, también, para imitar patrones locales y foráneos. Si el uso se mantiene en forma sutil o manifiesta, el consumidor pasa a la etapa del abuso.” (Corrales. 2003. Pág. 32)

Habitualmente el término uso de sustancia es un concepto que define diferentes tipos de conductas, tanto desde el uso inicial de una sustancia abarcando el consumo ocasional o distanciado temporalmente, hasta el consumo compulsivo de cualquier sustancia. La permisividad social sobre la cantidad que se permite definirá el grado de compromiso de la persona con esta sustancia siendo esta permisividad en algunos casos nula ya que su uso esta penalizado.

Cualquier tipo de consumo que se haya cronificado, necesariamente comenzó en una etapa de uso de sustancia; pero no toda persona que haya atravesado una etapa de uso, necesariamente continuara su transito hacia etapas siguientes, abuso por ejemplo; esto estará condicionado por consideraciones personales, influencia social, experiencias previas, posibilidades futuras.

A.4.3 Abuso de sustancia:

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, DSM IV Brevario: Criterios Diagnósticos, 2003.), el Abuso de Sustancias se define por los siguientes criterios diagnósticos:

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 1 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; 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).

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 o interpersonales continuos o recurrentes o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Los criterios precedentes delimitan un marco de referencia para comprender el abuso en las sustancias psicoactivas, pero no es completamente concluyente si no que delimita un posicionamiento siguiendo a Comas, Espín y Ramírez. 1992:

“Lamentablemente, en la actualidad, pese al trabajo realizado y los avances conseguidos, no se dispone de un posicionamiento teórico unánimemente aceptado, que marque unos objetivos, una metodología y su concreción en un modelo de intervención que pueda ser aplicado, evaluado y mejorado progresivamente.”

Desde una óptica orientada en la particular cultura que se desarrolle la persona con problemas de adicción, podemos entender el abuso con la siguiente definición:

“El abuso de drogas alude al uso de cualquier sustancia psicoactiva en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura dada. Implica la noción de desaprobación social, es decir, es la sociedad en que un individuo se halla la que legitimará los niveles aceptados de consumo de una sustancia determinada.” (Macià Antón. 1993. Pág. 2)

No existen criterios únicos para delimitar cuando una persona deja de hacer uso de una sustancia y comienza con el abuso de la misma, de la misma manera que tampoco se encuentra una única explicación o modelo que entienda el complejo proceso o mecanismo que lleva a una persona a tener que usar cantidades de sustancias en su vida cotidiana.

Lo anterior dificulta desarrollar programas de aplicación circunscriptos y focalizados sobre una sola variable ya que las explicaciones son pluricausales.

“El uso y abuso de las diferentes sustancias psicoactivas, constituye una forma más del comportamiento humano. La Psicología considera el abuso de las drogas como patrones de conducta socialmente adquiridos, y aprendidos; mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y por reforzadores posteriores de naturaleza psicológica, sociológica o fisiológica. Los factores que causan el inicio al uso de la droga son muy numerosos y varían grandemente de individuo a individuo.” (Macià Antón. 1993. Pág. 1)

Si el individuo continúa con patrones de consumo repetidos puede llevar a cronificar los mismo y consolidar una situación de dependencia de la sustancia.

“Así, la dependencia no es simplemente el resultado de unos efectos inmediatos o agudos de la sustancia y el comportamiento conducente a la repetida experimentación de los efectos, sino que es una situación compleja en la cual la estructura social en la que está inmerso el sujeto, las relaciones grupales y la exposición del producto por intereses económicos, forman una madeja que expresa las dificultades de comportamiento del toxicómano. Así mismo, la dependencia origina no sólo una conducta de búsqueda, sino también cambios en las relaciones de los sujetos con sus familias, su mundo social y profesional, cambios de tal magnitud que van a influir en la forma en que es vivida la supresión del producto.” (Macià Antón. 1993.Pág. 2)

Esta dependencia puede estar apuntala desde lo físico, lo psicológico o una combinación de ambas, cuando se produce una necesidad desde el organismo a nivel biológico la dependencia es física; pudiendo ser tan alta que la suspensión de la sustancia llegue a causar la muerte, como en el síndrome de abstinencia, produciéndose también fenómenos de tolerancia en que se necesita ingresar cada vez mas sustancia para obtener los mismo efectos. La dependencia psicológica en cambio es la necesidad de continuar consumiendo una sustancia para reducir tensiones, por adaptación un grupo, por no tolerar alguna situación displacentera.

“En la dependencia grave, los pensamientos y las actividades del adicto están dirigidas, predominantemente, a obtener y tomar la droga. Un adicto puede manipular, mentir y robar para satisfacer su adicción. Los adictos tienen dificultades para abandonar la droga y a menudo vuelven a ella tras períodos de abstinencia.” (Macià Antón. 1993.Pág. 2)

Se observa en los párrafos precedentes que el consumo de sustancia, con respecto a la cantidad para definir que es uso, abuso o dependencia generalmente esta relacionado con la cultura en que se ponga en consideración. Estando mas cercano a un concepto de desaprobación social que a un criterio específico.

A.4.4. TIPOS DE DROGAS Y SUS SÍNTOMAS:

A continuación se encuentra una descripción de las sustancias psicoactivas, usadas por las personas que reciben intervenciones dentro de las comunidades terapéuticas en el área de la ciudad de Córdoba, pudiendo usar solamente alguna de las siguientes sustancias o una sumatoria de ellas:

Para su definición siguiendo a Estela Cuatrocchi encontramos:

Marihuana:²

Es la droga de inicio mas difundida en el mundo, y se extrae de la *cannabis sativa*, vulgarmente conocida como cáñamo indio. De la planta se utilizan las flores y hojas secas trituradas, que se fuman en forma de cigarrillo, comúnmente llamado “porro”. También se utiliza la resina de la planta para producir hachís, donde el alcaloide se encuentra mas concentrado, pero esta forma de consumo en nuestro país no es habitual, aunque en otras regiones sí lo es.

La sustancia psicoactiva más importante que posee la marihuana es la tetra hidro cannabinol (THC). En la primera media hora tras haber sido consumida, produce sensación de placidez, euforia, intensificación de las percepciones, que pueden llegar a las alucinaciones, alegría irrefrenable con ataques de risa, desinhibición, etc; pasado el efecto euforizante aparecen la angustia y la depresión. Es una droga que genera tolerancia, por lo cual su consumo suele aumentar progresivamente.

En los fumadores habituales encontramos confusión mental, déficits en la concentración y la atención, dificultad para pensar, y un agravamiento de las alteraciones de la personalidad, pudiendo desencadenar episodios psicóticos. En el resto del cuerpo produce trastornos cardiacos, pulmonares, afecta la capacidad inmunológica, etc. y, al igual que el alcohol y el tabaco, los cannabinoides traspasan la barrera placentaria y afectan al feto.

² Fuente: Cuatrocchi, Estela. La adicción a las drogas su recuperación en comunidad Terapéutica. 2008. Pág. 141.

Cocaína:³

Es un estimulante muy adictivo, que se presenta básicamente de dos formas: clorhidrato de cocaína, como polvo blanco, y los cristales de cocaína o *freebase*. El clorhidrato se aspira y absorbe por la mucosa nasal, o se disuelve en agua y se inyecta. El *freebase* se puede fumar, y se lo conoce como “crack”. Los efectos de la cocaína se perciben casi de inmediato y persisten después de varios minutos u horas; generan sensación de euforia, estimulación y alteración de los sentidos, sensación de omnipotencia, fortaleza física y mental. El efecto de euforia es más intenso cuanto más rápida sea la absorción, pero a mayor velocidad de absorción menor es el tiempo que dura el efecto.

El uso prolongado y el abuso de esta sustancia produce diversas complicaciones médicas, fundamentalmente cardiovasculares, neurológicas y abdominales; también hemorragias y rinitis crónicas, insomnio, falta de apetito, exacerbación de los sentimientos paranoides, entre otras es particularmente peligrosa la combinación de cocaína y alcohol, que puede producir la muerte, al igual que la sobredosis.

Como con toda droga inyectable, al consumirse por esa vía, compartiendo la jeringa, es muy alto el riesgo de contagio de VIH, hepatitis, etc.

Alucinógenos:⁴

Son sustancias que producen alteraciones profundas en la percepción de la realidad. Bajo su influencia se ven imágenes, se escuchan sonidos y se perciben sensaciones que parecen reales pero no lo son. También pueden producir cambios emocionales rápidos e intensos.

Estas drogas actúan sobre los neurotransmisores, alterando el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico. Los alucinógenos más conocidos son: la dietilamina del ácido lisérgico LSD, la marihuana, los hongos psicocibicos y el cactus peyote, la mezcalina y la ibogaína.

El LSD es el alucinógeno más potente que se conoce, y una dosis de 30 microgramos puede producir efectos durante más de 6 horas, a partir de la

^{3,4} Fuente: Cuatrocchi, Estela. La adicción a las drogas su recuperación en comunidad Terapéutica. 2008. Pág. 135, 137, 138.

media hora de haber sido consumido; sin embargo, rápidamente genera tolerancia y es necesario aumentar la dosis, aunque no produce dependencia física. Dos efectos a largo plazo se conocen asociados al uso de LSD: psicosis persistente y trastorno perceptivo por alucinógeno, durante el cual aparecen distorsiones espontáneas y repetitivas como las originalmente producidas por el uso de la droga.

Estas pueden aparecer mucho después de haberse suspendido el consumo y persistir durante un tiempo. Las drogas disociativas también alteran el funcionamiento de los neurotransmisores, pero no producen alucinaciones, aunque sí distorsionan las recepciones visuales y auditivas, y generan sentimientos de aislamiento o disociación del medio externo y de sí mismo. Son estas, la ketamina, el PCP (clorhidrato de fenciclidina, que recibe distintos nombres en el argot de los adictos, siendo el más conocido “polvo de ángel”), y el dextrometorfano. Estas drogas se encuentran legalmente en distintos medicamentos, por ello los adictos lo usan concentrados y en mayor cantidad para aumentar su efecto, que varía con la dosis.

El uso prolongado produce disminución de la memoria, amnesia, desorientación, depresión, etc. Bajo el efecto de estas drogas pueden producirse sensaciones aterradoras de disociación y separación del cuerpo, que dura varias horas.

Inhalantes:⁵

Son sustancias volátiles cuyos vapores químicos pueden ser inhalados, para provocar un efecto psicoactivo, un estado de alteración mental. Esta denominación abarca gran cantidad de químicos que se encuentran en diferentes productos domésticos, industriales y farmacológicos, por lo cual es difícil clasificarlos. Pero un ordenamiento posible los separa en cuatro categorías: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.

⁵ Fuente: Cuatrocchi, Estela. La adicción a las drogas su recuperación en comunidad Terapéutica. 2008. Pág. 139, 140.

Los disolventes volátiles son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente; se encuentran en los diluyentes y removedores de pintura, productos de limpieza, pegamentos, líquidos correctores y la tinta de los marcadores con punta de fieltro. Los aerosoles son rociadores que contienen propulsores y disolventes; se incluyen las pinturas pulverizadas, fijadores de pelo, limpiadores, etc. Entre los gases tenemos las anestésicas (éter, cloroformo, óxido nitroso-conocido como gas hilarante-, etc.), así como gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales como encendedores, refrigerantes, etc. Los nitritos no actúan sobre el sistema nervioso central sino sobre los vasos sanguíneos y los músculos, razón por la cual se los utiliza fundamentalmente para intensificar el placer sexual; algunos son de uso común en medicina que se desvían al circuito ilegal.

Los inhalantes, particularmente los disolventes volátiles, gases y aerosoles, frecuentemente se encuentran entre las primeras drogas utilizadas por los niños, aunque su uso puede hacerse crónico y extenderse hasta la adultez.

Los efectos producidos por los diferentes inhalantes son variados, pero una de las sustancias más frecuentemente buscada es el tolueno, que es un disolvente ampliamente utilizado en productos domésticos e industriales y que actúa activando el sistema de dopamina cerebral, produciendo una placentera sensación de euforia y disminución de la inhibición. En general, los inhalantes producen efectos similares a los del alcohol, pero como permanecen sólo durante algunos minutos, los abusadores tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas. Posteriormente, el usuario puede permanecer somnoliento durante largo tiempo y sufrir dolor de cabeza, aturdimiento, beligerancia, reflejos deprimidos, etc.

El uso prolongado de inhalantes provoca consecuencias médicas devastadoras. Los efectos neurotóxicos incluyen síndromes neurológicos que muestran daños a sectores del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Las anomalías pueden ir desde un leve deterioro hasta demencia severa. Los inhalantes son también muy tóxicos para otros órganos, y aunque algunos de los daños producidos al sistema nervioso y al resto del organismo pueden ser por lo menos parcialmente revertidos cuando se interrumpe su uso, muchos otros son irreversibles.

Pasta base de cocaína (PBC): ⁶

Conocida en nuestro país como “paco”, su consumo se hizo masivo hace alrededor de 10 años, por ser de muy bajo precio. La pasta base, además de los alcaloides de la hoja de coca, contiene diferentes sustancias altamente tóxicas porque no ha sido suficientemente purificada, ya que es el resultado de la etapa inicial del procesamiento de las hojas y contiene aún los residuos de los solventes utilizados en este proceso. Se vende como un polvo apelmazado de color blanco a marrón, según los componentes que contenga.

Se consume fumándola sola o mezclada con tabaco o marihuana. Los efectos aparecen rápidamente después de consumida y duran varios minutos; en general se perciben como aumento de energía y estado de alerta, disminución del sueño y el apetito, verborrea, aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco y respiratorio, entre otros. A nivel cerebral se produce una liberación de dopamina que genera euforia; pasado este efecto inicial se produce una sensación muy desagradable de depresión y angustia, que se incrementa con el consumo prolongado.

En situación de abstinencia se presenta de varias formas, irritabilidad, depresión (a veces con ideación suicida), ansiedad, y un fuerte deseo de consumir nuevamente sin importar los medios que se utilicen para obtener la droga. Las consecuencias de excesivo consumo produce alteración a nivel de los neurotransmisores, con graves alteraciones en la conducta y síntomas psicóticos, difíciles de revertir; además de diversas y graves consecuencias a nivel corporal como resultado de la intoxicación que producen los solventes que posee.

⁶ Fuente: Cuatrocchi, Estela. La adicción a las drogas su recuperación en comunidad Terapéutica. 2008. Pág. 141, 142.

A.4.5. COMUNIDAD TERAPEUTICA:

Todas las actividades que se desarrollan en el Programa del Sol están inmersas dentro del concepto de comunidad terapéutica. Éste fue originado por el Dr. Maxwell Jones, psiquiatra inglés, en las primeras décadas del siglo veinte a partir de su trabajo con pacientes psiquiátricos crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton.

A.4.5.1. Comunidad terapéutica definición:

La comunidad terapéutica como elemento de trabajo cuenta con un sistema propio bien definido pero no exento de flexibilidad, siguiendo a Llorente del Pozo, J.M.; Fernández Gómez podemos definirla como:

“A diferencia de otras modalidades de tratamiento, la C.T. constituye un “medio terapéutico”, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, y que constituyen entre todas las intervenciones terapéuticas durante el proceso.” (Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro, Llorente del Pozo, J.M.; Fernández Gómez C, 1999, Pag: 331)”

Entendida de esta forma la comunidad terapéutica es un sitio definido en el cual la persona que está recibiendo el tratamiento también es una parte muy significativa y activa de su propia cura, no solamente limitada a ella misma sino que, dentro de este modelo, se logra ampliar la participación a todo su entorno cercano. Dentro de la institución no encontramos roles jerárquicos rígidos sino que los mismo pueden ir cambiando y las relaciones tienen un carácter mas horizontal, donde la experiencia de la persona toma un papel preponderante y es a través de ella que se guía la tarea.

En esta tarea los objetivos iniciales primordiales son construir o reconstruir las relaciones vinculares con la familia, pares, y grupos cercanos y lograr una revalorización de los principios que cada comunidad promueve, para así poder luego lograr un reinserción social de cada individuo.

A.4.5.2. Forma de Trabajo en la Comunidad Terapéutica:

El Tratamiento en la Comunidad Terapéutica:

La comunidad terapéutica toma una forma particular de tratamiento de gran prevalencia en los tratamientos para adicciones, no siendo el único pero no exento de crear condiciones únicas.

“La comunidad terapéutica se ha ido afirmando con el transcurso de los años como el modelo clásico de tratamiento para la drogadicción; sin embargo a pesar de su probada eficacia, es necesario señalar que la internación no es el único recurso con que se cuenta para el tratamiento de las adicciones, si no el que se utiliza cuando los anteriores han fracasado, el paciente se expone a situaciones de riesgo que no puede reconocer y la familia ya no es efectiva como factor de contención y cuidado o no se ha logrado frenar el consumo durante el tratamiento ambulatorio.” (Cuatrocchi, 2008, Pág. 99)

Dentro de los modelos que adopta la comunidad terapéutica no hay una única línea teórica clara que defina una modalidad de trabajo existiendo el uso de marcos teóricos psicoanalíticos, conductistas o religiosos o una forma global que incluye aportes desde diferentes posturas conceptuales, dejando un campo flexible que se adapta y toma los rasgos de los profesionales o participantes que dentro de éstas confluyen.

Sí encontramos una normativa clara entorno a reglas y normas de convivencias

Dichas reglas de la Comunidad Terapéutica, han sido establecidas para proteger a la comunidad de comportamientos que pueden obstaculizar el proceso de recuperación y alterar los objetivos de la misma, también proveen un marco claro inicial y permanente para la focalización del tratamiento.

Las reglas básicas, que generalmente comparten las comunidades son:

- No a la droga
- No al alcohol
- No a la violencia
- No al sexo.

Estas prohibiciones operan sobre diferentes fundamentos pero como un todo:

“No a la droga” refleja el principio básico de la comunidad terapéutica, el no consumo de sustancias forma parte de la tarea inicial de la misma y también de la persona para poder permanecer en ella y no crear conflictos con los demás pacientes.

“No al alcohol” ya que se considera a esta sustancia como precursora de las demás.

“No a la violencia” ya que solamente en un marco de trabajo seguro puede desarrollarse la comunidad.

“No al sexo” está referido a no mantener relaciones entre los participantes o los integrantes de la comunidad ya que esto distorsionaría los fines de las diferentes tareas propiciando un clima no favorable para la recuperación.

Criterios para la Finalización del Tratamiento

Superadas todas las etapas anteriores y si, como requisito, se ha logrado la sobriedad, abstinencia del consumo de drogas, se comienza a evaluar la posibilidad de determinar el egreso del paciente de la comunidad terapéutica, este momento no es fácilmente definible es complejo y peligroso ya que el individuo recuperado debe regresar e interactuar nuevamente con la familia, el grupo de pares, la comunidad, en la que anteriormente se conducía con el uso de algún tipo de sustancia psicoactiva y ahora no debería hacer uso de éstas nuevamente, pero no hay ninguna garantía de que la familia si ha participado en el trabajo de la comunidad haya logrado modificar sus conductas y su forma de vincularse, tampoco es seguro que al encontrarse con personas que consumen nuevamente pueda hacer uso correcto de las nuevas herramientas aportadas por la institución y logradas en su camino de recuperación, todo esto estará determinado por la firmeza que haya alcanzado el tratamiento como cura.

“La abstinencia en el consumo de drogas no se logra ni se mantiene fácilmente. Nos encontramos con gran cantidad de casos en los que no es posible anticipar una evolución favorable, ya sea por la gravedad de la adicción, por el largo tiempo transcurrido desde la iniciación en el consumo, en el cual ya se han rigidizado los rasgos patológicos (estamos hablando de perversiones, cuadros psicóticos de larga data y deficiencias intelectuales); o por falta de un medio de acogimiento adecuado que pueda sostener el proceso de recuperación posterior a la internación.” (Cuatrocchi, 2008, Pág. 108).

Por todo lo visto el alta de la comunidad terapéutica no es tarea sencilla y, si bien hay indicadores básicos que deben ser cubiertos, como: un periodo prolongado de abstinencia, haber logrado una visión diferente de su propia relación con el consumo de sustancias, y con el entorno, esto nunca puede definirse como completamente acabado.

Consecuentemente siguiendo a Palacios (2004), dependiendo siempre de los plazos estipulados por cada Programa, se considera como alta de una persona, el logro de los siguientes criterios:

Toma de conciencia de su realidad

Apunta a que la persona haya internalizado y asumido conscientemente su propia responsabilidad en relación al consumo de drogas, dejando de lado victimismos que siempre tenderán a culpar a terceros de su situación personal. Es decir, se hace responsable de sus conductas, y por ende, las modifica por convicción y conveniencia personal.

Autoconocimiento

Apunta al hecho imprescindible de que la persona haya sido capaz de conocer y reconocer sus fortalezas y debilidades, reconociendo además los factores facilitadores que favorecieron su consumo y posterior dependencia, con los consiguientes resultados para su vida personal y familiar.

Modificaciones Conductuales

Apunta al aspecto concreto de modificación de conductas apreñendidas y reforzadas durante el periodo de droga, fundamentalmente las que se mencionan a continuación:

- Deshonestidad – mentira – falsa imagen (mecanismos de defensa)
- Robos – delincuencia
- Manipulación
- Reacciones compulsivas
- Descontrol de impulsos y expresión inadecuada de sentimientos y/o emociones
- Agresividad exacerbada
- Victimización (no asunción de la responsabilidad personal)
- Irresponsabilidad con la propia vida y con los demás
- Pérdida de hábitos básicos
- Problemas relacionales, en general

Lo esperable es que la persona sea capaz de lograr modificar en sentido positivo la mayoría de las conductas mencionadas, como requisito mínimo para considerarla apta para ser dada de alta de su proceso terapéutico.

Autoestima – auto confianza – mejor calidad de vida.

Apunta a que la persona haya sido capaz de elevar considerablemente sus niveles de autoestima, mediante el conocimiento y reconocimiento de sus potencialidades y capacidades latentes reales, lo que ciertamente debería redundar en el logro de altos niveles de auto confianza y seguridad personales. Del mismo modo, se espera que realicen el aprendizaje concreto de recuperar la confianza en los demás, sin sentirse a la defensiva o amenazado por éstos. Es decir, que se reconozca como individuo “existente” con su cuota propia y original para ofrecer a la sociedad, a su familia, etc.

Dicho de otra manera, que sea capaz de mejorar su calidad de vida que le permita disfrutarla del modo más positivo y constructivo para sí y para los demás.

A.4.6. RECAÍDA:

Se denomina Recaída al acto de volver a consumir alguna sustancia psicoactiva, cuando una persona había conseguido superar su adicción y permanecer en estado de sobriedad durante un periodo de tiempo.

“La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación.” (Alvarado Saúl. 2002. Pág. 1)

Se entiende entonces que tiene que transcurrir un tiempo de abstinencia para que la vuelta al consumo pueda ser comprendida como una recaída, pero éste no es un único criterio concluyente, sino que además, durante este proceso de abstinencia se deben haber modificado conductas y comportamientos y el compromiso que tiene la persona sobre la sustancia, ya que caso contrario la abstinencia podría significar un consumo alternado de la sustancia.

La recaída no es solamente un hecho aislado, es un proceso que transcurre durante un período en que se van sumando y acumulando distintos factores hasta el desenlace en el consumo de sustancias. Siguiendo a Anicama, Mayorga y Henostroza:

“Las tasas de recaídas de los adictos a la cocaína siguen siendo altas, sobre todo en aquellos casos que solicitan dejar el tratamiento hospitalario, a partir de una falsa sensación de seguridad, habiendo permanecido temporalmente aislados de factores desencadenantes y estresantes y sin un programa estructurado de prevención de recaídas.

Es ampliamente aceptado, en estos momentos, que las recaídas pueden ocurrir y ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente. Nadie conoce exactamente el porcentaje de adictos a la cocaína que se recuperan con éxito, sin recaídas.

Las recaídas seguirán siendo lo que contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los miembros del equipo. La recaída es una señal dónde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos.” (Anicama, Mayorga y Henostroza. 2001. Pág. 11,12).

La recaída es un elemento del tratamiento que impacta en todo el sistema de la persona recuperada: Familia, Vida Social, Equipos de Salud, etc.

Esta vuelta a patrones previos de comportamiento puede ser por diferentes caminos pero tendrá en común en los diferentes casos la velocidad y forma en que se estructura, siguiendo a Anicama, Mayorga y Henostroza entienden que:

“Las formas en que se desarrolla la recaída puede ser:

a) aguda, es que el establecimiento rápido y fulminante de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento y el desarrollo de los síntomas debilitantes es muy corto. Como resultado de esto, el organismo tiene muy poco tiempo en adaptarse a la nueva vida, y entonces los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que se estaba llevando a cabo hasta ese momento.

b) crónica, los síntomas debilitantes van progresando en forma gradual pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo se va volviendo disfuncional cada día.” (Anicama, Mayorga y Henostroza. 2001. Pág. 12).

Comprender el proceso de Recaída es un sistema complejo, en el que interviene distintos factores en un continuo. La persona puede llegar al desenlace de volver a consumir sustancias de diferentes formas y tiempos pero siempre se encuentra presente un desarrollo previo generalmente con patrones ya conocidos.

A.4.7. TALLER DE REFLEXIÓN:

Es importante en esta etapa de definiciones poder conceptualizar la noción de grupo, qué significa éste y cómo lo delimitamos para lograr una mejor comprensión, que aporte una referencia, que guíe en la tarea programada.

A.4.7.1 Grupo:

Primero es importante definir el término grupo; Didier Anzieu (1971); conceptualiza su origen y su significación. “Proviene del italiano groppo o gruppo, termino técnico de las bellas artes que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, que componen un tema”. “Este vocablo luego se extiende al lenguaje corriente y designa un conjunto de elementos, una categoría de seres o elementos”

Debe señalarse que las lenguas antiguas no disponen de ningún término para designar una asociación de pocas personas, que persiguen objetivos comunes. Los hombres piensan espontáneamente según la oposición individuo sociedad, no piensan naturalmente en función de grupo aunque su vida y sus actividades se desarrollan casi siempre en conglomerados restringidos.

¿Qué puede aclararnos el origen del vocablo sobre las significaciones latentes de éste? El sentido primero del italiano groppo era “nudo”, antes de llegar a ser “reunión”, “conjunto”. Los lingüistas lo relacionan con el antiguo provenzal grop = nudo, y suponen que derivan del germano occidental Kruppa = masa redondeada parece además, que groupe y troupe (grupa) se originaron en la idea de círculo.

La etimología nos proporciona así dos líneas de fuerza que volveremos a encontrar a lo largo de la reflexión de grupos: el nudo y el círculo. En el sentido primero de nudo, poco a poco reproduce en grupo hasta connotar el grado de cohesión entre los miembros. En cuanto a círculo, designó muy tempranamente, en el Francés moderno, una reunión (este vocablo mas tardío, aparece en el siglo XVI) de personas o, para conservar la misma imagen, un círculo de gente.”

Los grupos se han convertido de manera creciente en un instrumento clínico que ofrece varias posibilidades. Esto se da tanto en el plano de la

búsqueda de efectos terapéuticos de manera directa, como en la utilización del plus que ofrecen situaciones grupales para la elaboración de distintas problemáticas y para el proceso de aprendizaje.

Como fin de las comunidades terapéuticas y de su trabajo grupal olvidarse de este concepto cuando la persona tiene que reinsertarse en las actividades sociales es perder una fuente de gran valor en la tarea de proveer salud.

Como sabemos el psiquismo se construye a partir de una matriz grupal, la familia o el grupo primario en el cual se va a desarrollar las primeras configuraciones vinculares y se va a constituir la identidad personal.

A lo largo del tiempo el psiquismo mantiene una relación de apoyatura sobre lo biológico, corporal y sobre lo social a través de los distintos grupos de pertenecía, mediatizados en algunos casos por la función materna y en otros incidiendo de manera directa.

Posteriormente al grupo primario, el individuo integra otros grupos de pertenecía y de referencia que inciden en la producción de nuevas identificaciones y mantienen el apuntalamiento del psiquismo

Cuando falta un apoyo y no es posible reconstituirlo como un sustituto, se produce una perturbación psíquica grave en la constitución del sujeto. También hay una perturbación cuando hay falla en los apoyos o cuando estos tienden a invadir al sujeto impidiendo el proceso de discriminación entre este y el mundo externo. Los apoyos muchas veces en forma silenciosa, son necesarios para el sostenimiento de la identidad personal y se ponen en juego especialmente en las situaciones de crisis y cambio. Por ejemplo dejar el núcleo de la comunidad terapéutica puede ser una situación que genere amplios conflictos en el ex consumidor.

El psiquismo esta constituido como un grupo, o grupos internos, por internalización de la matriz subjetiva. Al integrar grupos para el desarrollo de sus distintas practicas sociales el sujeto pone en juego su propia estructura grupal interna para establecer sus propias relaciones íter subjetivas.

Los grupos metafóricamente representan el cuerpo. De ahí las numerosas referencias espontáneas incorporadas al lenguaje cotidiano: “el grupo es un cuerpo”, “espíritu de cuerpo”, “la cabeza del grupo”, etc. Por esto

tanto en las situaciones de crisis social como cuando esta amenazada o afectada la corporeidad, el grupo juega un papel relevante como sostén.

Este papel de sostén esta al margen de todo dispositivo técnico, intencionalmente desarrollado con fines terapéuticos, y es uno de los plus que la situación grupal otorga.

Cuando en una situación de pérdida fallan los grupos de pertenencia habituales, el agrupamiento permite reconstruir este apoyo.

Los primeros dispositivos grupales terapéuticos fueron los iniciados por Pratt en 1905, al introducir el sistema de clases colectivas en una sala de pacientes tuberculosos. El objetivo de esta terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que estos cumplieran de la mejor manera posible su régimen dentro de un clima de cooperación o, mejor dicho de emulación. Las clases o sesiones a las que concurrían más de cincuenta pacientes, constaban de una breve conferencia del terapeuta que disertaba sobre la higiene o los problemas del tratamiento de la tuberculosis y a continuación, los pacientes formulaban las preguntas o discutían con el medico.

Con los resultados alentadores que Pratt obtuvo de este método comenzó a escribir un trabajo donde describía las principales características del mismo.

Es importante destacar la forma de utilizar las emociones colectivas con una finalidad terapéutica que quedaron plasmadas en los trabajos de Pratt.

Tiempo después de este hecho, en el año 1944, Kurt Lewin propone el término “*Dinámica de Grupo*” con el cual designa el análisis sistemático y científico de los caracteres generales de la vida de los grupos pequeños, y trabaja con mayor precisión la idea de este plus grupal.

Lewin analizo como el grupo y su ambiente constituyen un campo dinámico, un sistema de fuerzas interdependientes, en un equilibrio no estático, en un proceso de continuo movimiento. Por lo tanto, si se modifican algunos de sus elementos; se modificará la estructura del conjunto, cuyos elementos principales son los sub-grupos, los canales de comunicación de sus miembros, las barreras de los mismos.

Lewin operó con un modelo de conflicto, en cuanto reconoce en todo grupo la acción y coexistencia de fuerzas contradictorias que favorecerán la

cohesión grupal o tenderán a la desintegración afirmando que la conducta grupal estará orientada siempre a resolver esta tensión.

Por lo tanto el cambio será posible según la intensidad y tensión de las fuerzas puestas en juego, posibilitando este concepto operar en la desarticulación de las fuerzas de desintegración. Una de las mayores preocupaciones de este autor fue comprender las determinantes de la cohesión grupal elementos que serán de gran utilidad en el encuadre que se propone en esta intervención puntual.

A.4.7.2. Taller:

Para comprender este dispositivo específico, es necesario delimitar su significado ya que por taller suelen entenderse diferentes tipos o modalidades de abordaje de una problemática.

“Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado.” (Ander-Egg. 1999. Pág. 14.)

Desde esta definición entendemos que este espacio que debe crearse es un espacio específico que deberá estar correctamente delimitado y entendido con un propósito propio y con una determinada meta o fin.

“El rasgo distintivo de un Taller terapéutico consiste en que éste tiene que echar mano de procedimientos que habitualmente pasan desapercibidos en nuestra cotidianidad. Intenta no tanto descubrir las cualidades expresivas de un material o sus posibilidades de experimentación cuanto que la persona que se haga cargo de esos medios pueda llegar a comunicarse, mediante ellos, con los otros y, en esa mediación, consigo misma. Material, pues, como materia o vía de contacto y relación con los otros y consigo mismo” (De La Mata. 1987 Pág. 2.)

En esta particular área de trabajo los vínculos que se desarrollan tienen y toman una configuración particular que debe ser aprendida por el grupo como con la persona para poder lograr que este dispositivo sea de utilidad. (Siguiendo a Ander-Egg. 1999. Pág. 27.)

El taller, sólo puede funcionar en grupo y cooperativamente. Para el logro de sus objetivos, no existe otra alternativa que alcanzarlos conjuntamente, aunque ello supone la implicación personal de cada uno y no excluye que el aprendizaje y aprovechamiento sea diferente en cada uno de los participantes.

Lograr el adecuado funcionamiento del taller implica una tarea amplia, que incluye más cosas que sólo intercambiar impresiones o opiniones es poder lograr un clima particular de trabajo de una profundidad mayor que una mera reunión.

Para hacer un taller, no basta con “ponerse a trabajar juntos para realizar algo”, como si por simple intuición e intercambio de experiencias de lo

que sabe cada uno se fuese a lograr la estructuración del trabajo y de las actividades que comporta su realización.(Ander-Egg, 1999. Pág. 63.)

Para poder lograr un adecuado clima de trabajo es necesario implementar diferentes técnicas que faciliten la tarea e incentiven al desenvolvimiento de los participantes del taller siguiendo a (Ander-Egg, 1999. Pág. 66.) encontramos:

Para lograr un buen funcionamiento y eficacia de equipo, en su constitución hay que combinar la resultante de tres factores:

Determinar las tareas por realizar conjuntamente, de acuerdo con las actividades que debe llevar a cabo el equipo para alcanzar los objetivos del taller.

Establecer claramente las relaciones técnicas o funcionales que se derivan de esos objetivos, con el fin de determinar las responsabilidades de unos y otros en lo que se hace a la realización de actividades y tareas y a la forma de realizar el trabajo propiamente dicho.

Considerar los procesos socio-afectivos que surgen de la inserción de los factores humanos intervinientes y que hacen referencia a las modalidades y tipos de relaciones que se establecen entre las personas que forman parte de un grupo (es este caso, con el propósito de constituirse en equipo). Aquí tiene que ver todo lo que hace al carácter informal y emotivo que se da al interior de todo grupo.

Se observa que es importante delimitar el espacio de trabajo correctamente, poder poseer una visión amplia de los procesos vinculares que se desarrollan en el marco de la actividad grupal y como actividad principal del coordinador orientar la tarea hacia el objetivo propuesto previamente.

Para lograr lo anteriormente expuesto es necesario cumplimentar ciertos criterios que delinear la tarea del taller:

OBJETIVO:

Siguiendo a (Ander-Egg. 1999. Pág. 66.) encontramos que:

Para que exista un equipo es necesario que haya un objetivo común claramente definido y aceptado por todos los miembros que quieren constituir el equipo, pero, además, ha de existir la voluntad expresa de que cada uno de los integrantes esté decidido a realizar un esfuerzo para el logro de esos objetivos, mediante la realización de un conjunto de actividades y tareas específicas.

Como observamos no es posible separar el concepto de taller del objetivo que persigue el mismo; esto representa su esencia nuclear ya que es lo que la da su identidad como dispositivo.

NUMERO DE PARTICIPANTES:

El número de personas que participarán de un taller debe encontrarse dentro de determinados límites siguiendo a (Ander-Egg. 1999 PAG 67.) encontramos:

En un equipo de trabajo debe darse una productividad conjunta, pero esto último no puede lograrse si el número de personas que lo conforman es muy elevado. Ello no obsta para que dentro de una institución se requiera la articulación de varios equipos. Esta cuestión no la trataremos aquí, sólo hablaremos del equipo en sí. Para nosotros, el óptimo, en cuanto al número de participantes, puede encerrarse en la fórmula 7+/-2.

Es decir, un equipo ha de estar constituido por cinco personas como mínimo y nueve como máximo. Por debajo de cinco integrantes, difícilmente puede darse una interacción/intercambio que genere una alta productividad, y cuando sobrepasa los nueve miembros, a medida que aumenta el tamaño del equipo, disminuye el tiempo disponible de cada miembro para aportar al conjunto y la dinámica interna, tiende a hacerse más formal.

ORGANIZACIÓN:

La diferenciación de las funciones como los roles que ocuparán todos los actores es de gran importancia siguiendo a (Ander-Egg. 1999 PAG 69.)

Un equipo no es algo desarticulado o inorgánico, al contrario, hasta su misma denominación denota la idea de acción conjunta. Si bien la estructura organizacional ha de variar, según sean los objetivos propuestos por cada equipo, existen algunos aspectos que son comunes a casi todos ellos, como la estructura participativa, delimitación, distribución y aceptaciones de funciones y actividades.

Las delimitaciones vinculares deben ser puestas de manifiesto para que la organización del taller pueda desarrollarse plenamente, conservando la flexibilidad necesaria para adaptarse plenamente a distintas situaciones y para que la tarea no quede rigidizada y pierda la profundidad necesaria.



B.1. DESARROLLO:

B.1.1. INSTITUCION:

B.1.1.1. Descripción de la institución:

El Programa del Sol cuenta con dos sedes, la primera está ubicada en calle Diagonal Ica de barrio Alta Córdoba, esta sede cuenta con un hall central que comunica las diferentes salas, 5 en total, y una cocina. Esta sede se utiliza principalmente para realizar las entrevistas de admisión y es el lugar físico donde se ubica el modulo vespertino de mujeres, también aquí se dictan las capacitaciones, en el caso que asista alguna persona a dictarlas, ocasionalmente puede usarse para otras tareas. En el futuro también será el lugar donde se asentará el modulo nocturno del programa.

La sede de calle Lituania, cuenta con dos plantas: en la planta baja tiene dos salas y una cocina, una de estas salas esta equipada con televisión y equipos multimedia. La planta alta tiene tres salas más pequeñas que las anteriores, baño y un hall central. Una de estas habitaciones está destinada a la administración de la institución. También cuenta con un patio que tiene sobre el fondo una habitación que cuenta con un horno industrial en el que se practican los talleres de cocina.

B.1.1.2. Historia de la institución:

La institución es una ONG que se denomina “Programa del Sol”, la misma cuenta con dos sedes en la ciudad de Córdoba y una sede en la ciudad de Alta Gracia.

El Programa del Sol fue creado en 1997, en un principio dedicado solamente a pacientes derivados del consejo del menor.

Aquí se transcribe parte de su historia institucional publicada en su sitio Web: (<http://www.programadelsol.com.ar/historia.htm>).

Apenas abiertas las puertas de la institución – 1997- comenzó a funcionar en Córdoba capital el primer Centro de Atención Ambulatoria y Centro de Noche. La atención se extendía además a jóvenes del Área de Prevención y Corrección del Consejo del Menor y la Familia de la Provincia de Córdoba.

Ese mismo año también se creó el Centro de Atención para adolescentes y jóvenes en la ciudad de Villa Allende, ubicada a unos 20 kilómetros de la capital cordobesa, que funcionó durante dos años más.

En 1999, la sede se traslada a la calle Lituania 2259 de Bº Alto General Paz, Córdoba. Y un par de años más tarde, en 2001, abrimos nuestra primera delegación en la ciudad de Cosquín, tras la firma de un convenio con el Hospital Municipal Armando Cima.

La segunda delegación funciona desde septiembre de 2006 en Alta Gracia, con el apoyo del Juzgado de Menores, la Secretaría de Derechos Humanos y la Municipalidad de Alta Gracia.

A partir de 2003, decidimos abandonar la modalidad internación para acentuar el trabajo en las Áreas Comunitaria y Laboral; y a su vez iniciamos en el 2005 el trabajo en la localidad de Unquillo, a partir de un proyecto de intervención sociocultural con niños y jóvenes de dicha localidad. Es en esta localidad en donde hemos inaugurado recientemente una nueva sede dedicada al diagnóstico y la prevención local y regional de los problemas relacionados al

consumo problemático de drogas. Recientemente se ha dispuesto un servicio para la primera consulta y diagnóstico individual de la problemática, tendiente a la asistencia y/o derivación de las personas consultantes.

Hoy en día nuestra institución despliega, al margen del trabajo asistencial, diferentes proyectos vinculados con el ámbito de la educación formal, el trabajo con organizaciones barriales, el asesoramiento a municipalidades, la elaboración de materiales didácticos, la implementación de programas de prevención en ámbitos laborales y emprendimientos con el fin de que los jóvenes puedan insertarse en la comunidad desde el trabajo.

Esta institución trabaja con personas que tienen problemas con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, tales como cocaína, marihuana, pastillas o algún otro tipo de droga siendo las citadas anteriormente las principales.

B.1.1.3. Organigrama:

A continuación se presenta un organigrama para conocer en detalle las áreas y los encargados, como así también las personas que trabajan en dicha institución:

Comisión Directiva

Presidente

Santiago Rodríguez-Tarduchy

Secretario

Lic. Mariano Carrizo

Tesorero

Rubén Luis Picco

Equipo Técnico

Organigrama Institucional

Dirección Médica: **Dr. Leandro Lucini**

Coordinación Terapéutica General: **Lic.**

Mariano Carrizo

Equipo Técnico por Áreas

Área Terapéutica /Asistencial /

Comunicación y Desarrollo / Contabilidad y

Gestión Económica

Área Terapéutica

Admisión y Diagnóstico:

Coordinación: Lic. Laura Bonansea

Equipo técnico: Lic. Marina Godoy y

Romina Bertilotti.

Modulo Asistencial Matutino:

Coordinación: Rubén Picco

Equipo técnico: Lic. Hector Valenzuela, Lic.

Santiago Rebollo, OST. Alfredo Barboza.

Modulo Asistencial Vespertino:

Coordinación: Lic. Leandro Cejas Parcerio

Equipo Técnico:Lic. Verónica Gancedo, Lic.

Julio Muro, Guillermo Lloret

Modulo Asistencial Nocturno: (Adultos)

Coordinación: Lic. Romina Bertilotti

Equipo Técnico: Lic. Héctor Valenzuela,

Lic. Marina Godoy, OST Juan Manuel Alvar

Díaz

Área Comunitaria

Coordinación: Santiago Rodríguez-

Tarduchy

Equipo Técnico: Lic. Claudia Sosa, Julieta

Ruiz, Gonzalo Fares, Irina Silberman, Lic.

María Ana Norte Reyes, Gisela Campos,

Ana martinez, Eugenia Decca, Jorgelina y

Florencia Galfione.

Área Comunicación y Desarrollo Institucional

Coordinación: Santiago Rodríguez-

Tarduchy

Equipo Técnico: Maximiliano A. García

Peredo

Área de Contabilidad y Gestión Económica

Coordinación: Rubén Picco

Equipo Técnico: Franco Espíndola y Amelia

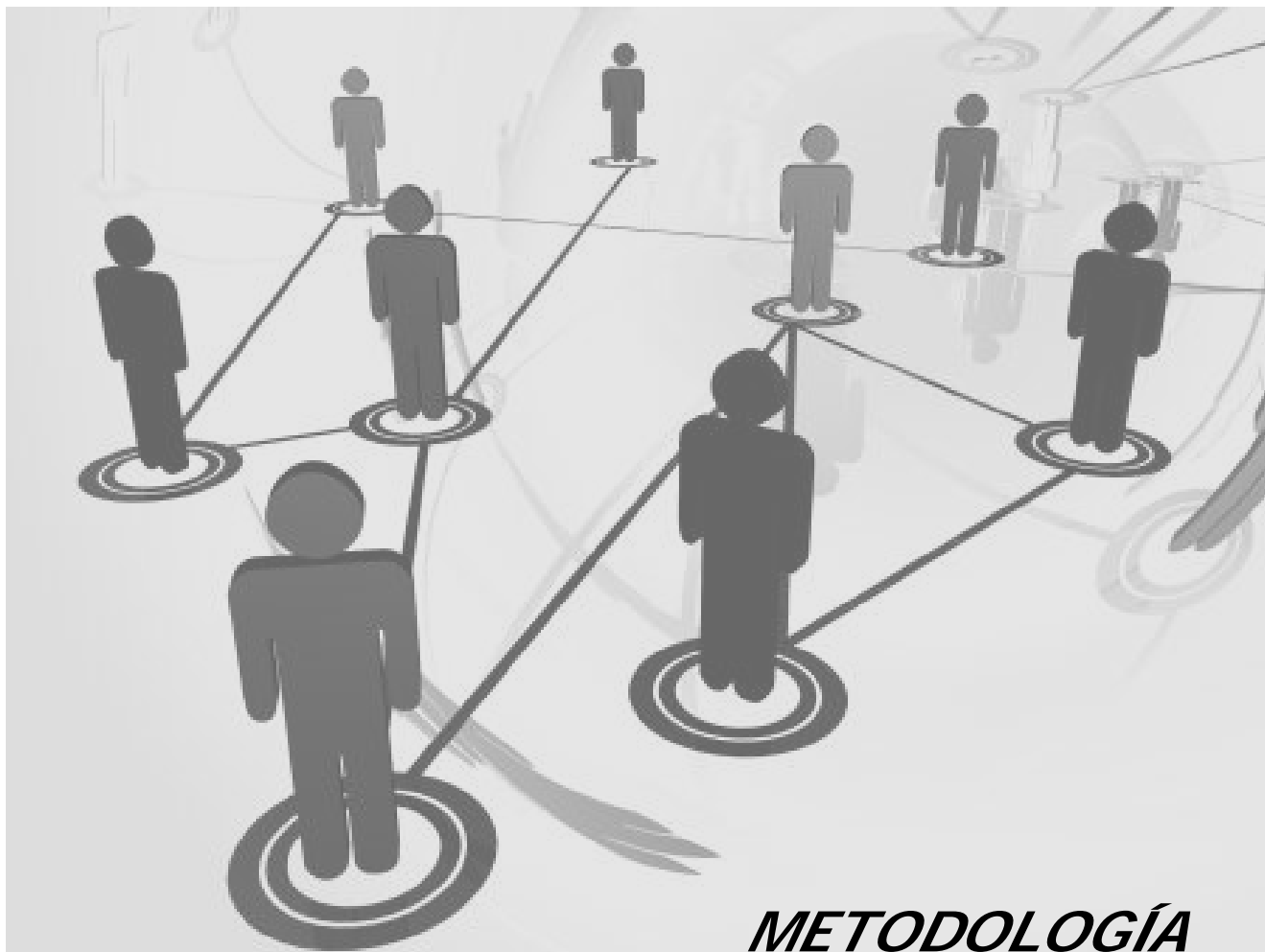
Muñoz

Delegación Alta Gracia

Coordinación: Juan Manuel Alvar Diaz, Lic.

Ivana Monchietti.

Equipo Técnico:Lic. Anabela Gregorat



B.2. METODOLOGÍA:

B.2.1. RECOLECCION DE DATOS

B.2.1.1 Muestra:

Para lograr un adecuado relevamiento institucional, se realizaron 2 entrevistas Semi-Estructuradas. Esta técnica tiene como ventaja la posibilidad de dejar un margen amplio para las respuestas, pero acotado a una dimensión en particular de la Institución, por ejemplo, conocer en profundidad las necesidades y demandas de la institución en la etapa que corresponde a la mantención de la sobriedad en los adictos que ya han cumplimentado los requisitos para ser llamados recuperados.

Para la misma se utilizó una guía con las preguntas correspondientes a cada persona entrevistada y un grabador para registrar la misma y luego ser transcrita la cual se encuentra en el anexo correspondiente.

La primera entrevista para lograr un acercamiento a la realidad institucional se realizó al coordinador Mariano Carrizo encargado de la coordinación general del programa.

La segunda entrevista esta dirigida al coordinador del modulo vespertino, Leandro Cejas Parceró.

B.2.1.2. Técnicas Utilizadas:

Para llevar a cabo el relevamiento de la institución, se utilizó como instrumento para recabar datos la entrevista. Es definida como una técnica de investigación cualitativa, que se caracteriza por reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1.986, en Mendicoa G., 2.003, Pág. 125), y en relación con uno o varios temas de interés para la investigación. Se utilizó este tipo de instrumento por considerarse el más adecuado ya que deja un margen amplio para la recolección de datos que puedan ayudar a un mejor entendimiento de la situación institucional y cuales pueden ser sus necesidades así como determinar los recursos con los que cuenta la misma en la situación real.

El tipo de entrevista elegido es la entrevista Semi-Estructurada, en este caso el entrevistador dispone de un «guión», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación.

Este es el más adecuado para lograr un relevamiento ya que permite indagar sobre elementos específicos que previamente se determinaron como importantes pero deja abierto ese margen necesario para que las personas que participan pudieran dejar trascender las problemáticas internas como así también datos que posteriormente pueden dar una imagen clara de la institución toda.

También se incluyó un apartado en el que se exponen las características propias de la Comunidad Terapéutica que fueron directamente observadas en

un periodo de tiempo de tres meses cuando se participó en las actividades del programa.

B.2.2. Actividades realizadas:

Se comenzó entrevistando a Mariano Carrizo por ser el referente general del Programa del Sol, quien desde un comienzo dejó entrever la necesidad que hay, no solamente en el marco del Programa, sino en todas las Comunidades Terapéuticas de plantearse la etapa de salida del tratamiento y como poder mantenerlo, esto también, fue corroborado como se entiende, a través de las entrevistas realizadas a parte de la planta de salud de la institución, que mostraron la utilidad de poder contar con un marco o espacio donde puedan reafirmarse los tratamientos y la necesidad de un correcto seguimiento dentro de este espacio.

Es importante destacar que estas demandas no sólo son planteadas o inferidas desde lo institucional sino que también los mismos participantes son quienes muestran deseos de realizar algún tipo de actividad que los contenga y les ayude continuar con su tratamiento, por supuesto ya desde otro marco referencial, pues están en una situación de transición que es diferente a la del resto y quedan claras muestras de esto por la experiencia recogida.

Entrevista a Mariano Carrizo: *Secretario, Coordinador Terapéutico General y Referente del Modulo Asistencial Nocturno.*

Los principales ejes por los cuales se desarrolló la conversación fueron, el post tratamiento y el perfil de la persona que se ha recuperado de la problemática de las adicciones, si bien quedó claro, en palabras de su coordinador, que en el programa siguen un criterio respecto del Manual de Psiquiatría DSM IV, también se dejó entrever que tienen un criterio más flexible con respecto a la temática de las adicciones, admitiendo diferentes teorías que puedan aportar soluciones o herramientas; este criterio más flexible se contrapone en algunos aspectos con las comunidades terapéuticas clásicas.

Lo anterior está también directamente relacionado con el éxito terapéutico y qué se entiende por él; pudiendo ser ajustado para casos muy problemáticos y dependiendo el criterio profesional.

Se entiende la enfermedad de la adicción como algo crónico en que para apuntalar la recuperación la persona debe trabajar luego de su tratamiento por un tiempo más prolongado que varía según los casos, pero con la seguridad de que existen muchos factores de riesgo, que pueden hacer peligrar la efectividad de los logros obtenidos.

Si bien el tratamiento garantiza cierta efectividad no siempre es suficiente para lograr la continuidad de la sobriedad, a veces las recomendaciones se hacen de forma directa de cómo debe seguir la persona tratada, aunque no se cuenta con un registro formal continuo de estas experiencias.

Otros de los puntos importantes que se trató es la readmisión a los tratamientos, si bien la institución los readmite se infiere que el sólo paso por el tratamiento continuo de un año promedio no garantiza totalmente que no vuelvan al consumo cuando se enfrentan a nuevas situaciones o se reencuentran con elementos de riesgo. Continuando en una demanda de asistencia que a veces la institución no logra cubrir.

La etapa del alta y seguimiento no se encuentra todavía desarrollada de manera eficiente sino que se realiza de forma informal, sin un criterio mas específico.

Si bien queda clara la importancia de un correcto seguimiento y de brindar una asistencia en esta etapa todavía la Institución no ha podido desarrollar un programa completo para la misma.

Entrevista a Leandro Cejas Parcero: *Coordinador Modulo Asistencial Vespertino.*

Los principales criterios para dar de alta a un paciente que haya realizado un tratamiento en el Programa del Sol, son: que haya podido reconstituir su sistema de creencias, regenerar sus relaciones familiares y con su grupo de pares; en cierta forma que haya logrado una estabilidad en sus relaciones personales sin la necesidad del uso de sustancias.

Si bien éste es el criterio esperado, esto no siempre se puede alcanzar en su totalidad y, a veces, la persona por diferentes situaciones puede llegar a recurrir nuevamente al uso o abuso de sustancias, generalmente por no tener los medios para poder ordenar otras respuestas a situaciones ante nuevas etapas.

Dentro de esta nueva etapa una vez alcanzada el alta la institución no cuenta con información sistematizada ya que el seguimiento se realiza de manera informal y queda poco margen para lograr un acercamiento más profundo. Este seguimiento se realiza en su mayoría por pedido de los mismos pacientes que son quienes se acercan por propia voluntad a la institución.

En algunos caso los pacientes que se acercan nuevamente es por la necesidad de volver a incluirse en el programa por recaídas que sufrieron; entre estos también se encuentra un grupo que interrumpió su tratamiento por diferentes causas.

También hay que destacar que, a veces, por criterios de edad se realizan tratamientos diferenciales un poco acomodados a la demanda y necesidad de la persona.

Algunas definiciones teóricas son también un poco más amplias cuando se trabaja con una población joven, que encuentran en la droga su forma de relacionarse. Uno se va construyendo como adicto porque disfruta de sentirse parte de una cultura en particular y hacer lo que ésta demande.

La recaída puede entenderse como una condición altamente probable de la que se puede aprovechar para ganar un margen contra la adicción y tomarla como aprendizaje, así también es lógico pensar que dada el alta, las personas

pueden volver a estar expuestas a situaciones de riesgo en las que será de suma importancia, poder disponer de herramientas para relacionarse con las personas, sin el amparo de las drogas.

Que un individuo consuma alguna droga una vez no necesariamente lo etiqueta como adicto, lo importante es la relación que el individuo establece con las drogas y qué lugar ocupan éstas para el sujeto.

Es importante poder concebir un programa que estandarice, y de una base sustentable a la etapa final.

Elementos Cualitativos Observados:

Como parte de las observaciones que se realizaron también es importante destacar lo apreciado durante el periodo de tres meses en que se realizó, en la Comunidad Terapéutica Programa del Sol, la Práctica Profesional.

A continuación se encuentra una descripción de las dinámicas diarias de la comunidad.

Disponen de un sistema de reuniones de grupo donde participaban todos los integrantes en tratamiento.

También cuentan con reuniones terapéuticas que están divididas en tres etapas dentro del programa:

Primer etapa, de adaptación, en ésta el objetivo principal es lograr la abstinencia.

Segunda etapa, en la que se desarrolla gran parte de la terapia.

Tercera etapa, es cuando ya están con su relación con las sustancias controlada.

Los tratamientos pueden durar un tiempo variable dependiendo de la persona, pero en promedio pueden llevar un año o más.

Si bien todas las actividades del grupo están definidas, en la cotidianidad ocurren diferentes situaciones que deben ser revisadas por lo integrantes del equipo profesional, estos eran *Leandro* como coordinador quien estaba siempre durante el horario de los diferentes módulos, *Verónica* que se ocupaba del grupo que se encontraba en la segunda etapa y también individualmente cuando los chicos así lo requerían.

También se desempeñaban *Guillermo*, *Julio* y *Romina*, ellos también son referentes de actividades pero no permanecen durante todas las horas de los módulos.

El Programa del Sol también cuenta con un régimen de pasantes, quienes se encuentran en los últimos años de cursados de la carrera de Psicología, provenientes de distintas universidades, que realizan practicas en la misma durante todos los meses del año.

En los párrafos precedentes se observa, el trabajo terapéutico particular, que se desarrolla en la cotidianidad, en una comunidad con estas características.



B.3. DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL:

B.3.1. Análisis F.O.D.A.:

<u>Fortalezas</u>	<u>Oportunidades</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal y coordinadores capacitados y comprometidos con su tarea. ➤ Reuniones frecuentes entre directivos, coordinadores, y personal. ➤ Fluida comunicación entre los actores institucionales y las familias. ➤ Actitud receptiva frente a las necesidades psicosociales y culturales de la comunidad. ➤ Importancia sobre los valores humanos y actitudes de los involucrados. ➤ Aplicación de proyectos previos, que actuaron los diferentes actores de la institución. ➤ Infraestructura adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apertura de nuevas sedes. ➤ Crecimiento de la institución. ➤ Ayudas económicas de diferentes organismos del estado. ➤ Participación de entidades públicas como el SEDRONAR. ➤ Apertura de la Institución a capacitaciones y proyectos propuestos. ➤ Buena predisposición de los pacientes para nuevas técnicas. ➤ Apertura a nuevos proyectos y formas de trabajo.
<u>Debilidades</u>	<u>Amenazas</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poca disponibilidad horaria, dificultad en concertar tiempos comunes. ➤ Escaso margen de presupuesto. ➤ Enfoque de la institución hacia el tratamiento sin tomar en cuenta la etapa consiguiente. ➤ Acceso a la población finalizado el tratamiento. ➤ Carencia de seguimiento formal post tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entorno sociocultural con alto riesgo psicosocial y alta tasa de reincidencia. ➤ Dificultad en que las obras sociales costeen el tratamiento.

B.3.2. Conclusiones diagnósticas:

A través de las observaciones realizadas a la Institución, se pudo determinar que implementar un Taller que acompañe a los pacientes dados de alta, sería sumamente necesario para ellos. También para la institución constituyendo un complemento de la tarea llevada a cabo por todos los actores del Programa del Sol.

Además se encuentra una excelente disposición de la Institución para que se lleve a cabo el taller, y resultaría sumamente útil para ésta ya que en la actualidad no cuenta con un dispositivo similar; posibilitaría ofrecerles un seguimiento real a los pacientes que egresan de la institución y favorecería la vinculación y posterior saludable desvinculación de estos.

Crearía nuevas redes y lazos entre personas que han traspasado una misma dificultad y compartirían sus experiencias, enriqueciendo la posibilidad de feedback para el programa.

Asimismo, brindaría a la institución un marco para realizar las sugerencias a cada grupo, con una clara visión puesta en el futuro.

Otorgaría un lugar de apoyo y contención mutua, donde poder verbalizar los nuevos desafíos que se les presentan.

Por los motivos anteriormente citados la institución lograría dar respuesta a una problemática planteada y consolidaría todas las intervenciones que hacen los profesionales. Favorecería la capacidad de escucha no sólo de los pacientes dados de alta, sino, de los profesionales de la Institución misma que podrían nutrirse de la experiencia del paso por esa comunidad, y de las conclusiones que se obtuvieran de cada encuentro.

Los medios económicos para llevar a cabo este taller en la Institución, plantearían un desafío, pero esto sería una inversión social. Pudiendo solventarse a través de financiamiento desde entidades públicas o desde los mismos pacientes.

Acorde a lo anteriormente citado, poder incluir un taller con las características del de este trabajo, sería un complemento de las actividades que ya se realizan.



B.4. RESULTADOS ESPERADOS

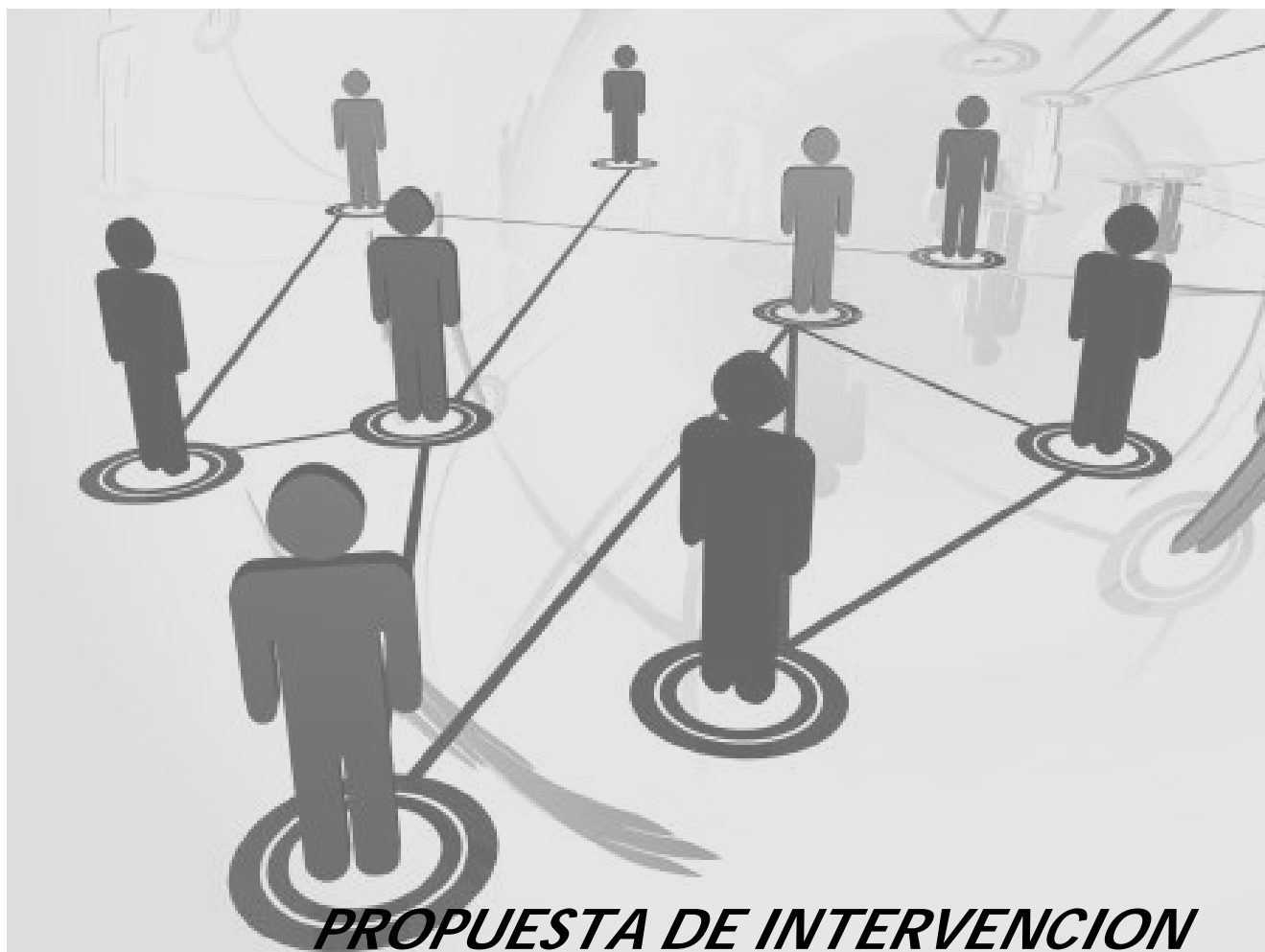
B.4.1 Descripción:

- Posibilitar a los participantes del taller un espacio que les brinde una herramienta para el manejo de sus conductas de consumo ante diferentes situaciones.
- Conseguir reafirmar la sobriedad adquirida y desmitificar fantasías de consumo
- Mejoramiento de las herramientas de contacto social, ya como adicto recuperado.
- Acercamiento a sus necesidades vivenciales propias de una nueva etapa.
- Posibilitar el desarrollo de un proyecto de vida y sus posibles formas de alcanzarlo.

B.4.2 Evaluación de los resultados:

Para lograr una evaluación de los resultados esperados descritos anteriormente, se incluirá un **Cuestionario de Participación** al final del taller que proveerá información sobre los resultados obtenidos en el marco del mismo y también posibilitará un margen para producir mejoras para futuras aplicaciones.

El mismo se encuentra incluido en el Anexo de este trabajo para luego de ser aplicado poder realizar un análisis a fin de cualificar y cuantificar los resultados obtenidos.



C.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

C.1.1. Características del trabajo grupal y los encuentros:

- Encuentros:

A través del desarrollo de este taller, en los dos primeros encuentros, se posibilitará formar un encuadre adecuado y acercamiento a distintas vivencias.

Luego en los encuentros siguientes, se focalizara la tarea, para poder obtener un campo de trabajo grupal que sea guiado por los objetivos planteados:

- Fortalecer la sobriedad adquirida en adictos recuperados a través de intervenciones grupales ambulatorias en el Programa del Sol.
- Favorecer la reflexión sobre la condición de ex consumidores.
- Fortalecer las conductas de abstinencia ante Estresores Específicos.
- Profundizar la autopercepción de adicto en recuperación a través del contacto con adictos en sobriedad.
- Enfatizar el control sobre los deseos de consumo a través del apoyo grupal.

Para poder llegar a cumplir con los objetivos planteados es imprescindible que todos los actores de este proceso tengan un compromiso concreto y que no se excluya ninguna voz.

También será necesario crear en la institución un ámbito propicio para la participación y que la tarea sea incluida como parte fundamental de los tratamientos.

Este taller, en algunos de sus encuentros, trata directamente sobre el consumo y su problemática, como así también los recursos que pueden implementar los participantes, para evitar volver a patrones de conducta que han superado; tal el caso de su adicción.

También hay encuentros en los que se promueve que los participantes `puedan rever hechos de sus vidas: pasado, presente y puedan lograr un visión de futuro, que articule distintos elementos de su historia individual y puedan proponerse metas, un proyecto vital, distintas alternativas a seguir y evaluar como lograrlas.

Por lo expuesto, será tarea muy importante lograr un clima adecuado y que los talleres no se agoten solamente en cómo no consumir, sino en lograr una amplia visión de su condición y rescatar sus valores más positivos.

- Características del trabajo grupal:

Acorde con todo explicado anteriormente la forma de trabajo que se propone es grupal, situándose dentro de la modalidad Taller.

Para llevar a cabo la tarea será necesario un mínimo de 5 participantes y un máximo de 9. El mínimo debido a que por debajo de esa cantidad perdería la característica de grupo, y el máximo porque por encima de esa cantidad se tornaría dificultoso el trabajo, llevaría mucho tiempo exponer las tareas, y principalmente perdería profundidad la intervención.

- Destinado a:

Todos aquellos egresados del Programa del Sol, que hayan traspasado las etapas previamente descritas y que cumplan con los requisitos propuestos en este trabajo.

Estará a cargo del profesional responsable la información y puesta en común de los horarios y lugares de reunión con el grupo.

C.1.2. Lugares y horarios disponibles:

Como se describió anteriormente, la institución; Programa del Sol, cuenta actualmente con tres sedes propias sitas en calle Lituania 2259 B° General Paz, Calle Prudencio Bustos 345, B° Norte - Alta Gracia y otra se encuentra en calle Diagonal Ica 37 B° General Bustos, siendo esta última la más apropiada para el fin de este taller ya que actualmente tiene mayor disponibilidad horaria. Otra ventaja sería que, al no recibir la mayoría de las personas en tratamiento, como si ocurre en la sede de calle Lituania, esto crea un entorno de trabajo más tranquilo y acorde con un grupo que ya ha transitado parte de su recuperación. También se lograría de esta forma, una diferenciación clara que no provocara confusiones en los participantes.

Dentro de la sede de calle Diagonal Ica 37, la misma cuenta con dos salas que podrían adaptarse al uso requerido ya que disponen del espacio necesario para un grupo de aproximadamente hasta 10 personas como los grupos planteados.

Los horarios deberían coordinarse en conjunto entre los profesionales y el Secretario del Programa para definirlos claramente y asignar una de las dos salas a criterio de los mismos. Se sugiere que el horario fuese por la tarde-noche ya que de esta forma habría mayor posibilidad de que no interfiera con las actividades de los participantes, trabajo, estudio, etc.; si no se podría realizar los sábados por la mañana.

La frecuencia sería semanal durante el periodo de tiempo que duren los encuentros, diez en total.

C.1.3. Coordinación del proyecto:

Todo el proyecto estará a cargo de un profesional de la Psicología, dado que es la persona más indicada para poder coordinar el Taller y tiene los conocimientos necesarios para lograr que se realice el trabajo de la forma esperada, guiando claramente, en la compleja tarea, al grupo.

Dora García (1997), entiende que la coordinación es una forma particular de relación entre un sujeto y un grupo. En ella, se produce el encuentro entre las necesidades y los deseos del coordinador, con las necesidades o deseos del grupo. El coordinador cumple un papel fundamental, es facilitador de la comunicación y el aprendizaje, y participa activamente con el grupo en la construcción de nuevos conocimientos.

Algunas de las funciones del coordinador son: crear, fomentar y mantener la comunicación; promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea; ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes; acompañar el aprendizaje grupal, etc.

El coordinador podrá estar acompañado por un observador no participante cuya tarea será la de co-ayudar al profesional con el posterior informe de sus observaciones. Este rol podrá ser cumplimentado por un pasante de los que cuenta la institución.

C.1.4. Dinámicas de los encuentros:

Todas las dinámicas están descritas en cada uno de los encuentros dado que algunas debieron ser adaptadas para que pudieran trabajarse mejor con los objetivos de cada uno de ellos.

C.1.5. Cronograma de trabajo:

• **Cuadro de encuentros:**

<u>MODULO I</u>				
ENC. N°:	TITULO	DESCRIPCIÓN / OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES ESPECIFICOS
PRIMERO	“¿Quiénes somos y a qué venimos?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una presentación formal de los integrantes y del o la coordinadora y definir los roles dentro del grupo. ➤ Presentación del taller, comentar y explicar el objetivo general y los objetivos específicos que se buscará cumplir a lo largo de la realización de los talleres. ➤ Conocimiento de los participantes. ➤ Acercamiento a las vivencias particulares de cada uno luego de su paso por la institución. ➤ Realizar, con las participantes, diversas dinámicas que tengan la finalidad de comenzar a conocerse; promoviendo, a su vez, un clima grupal adecuado. ➤ Crear un ambiente adecuado para el trabajo en grupo lograr un acercamiento y puesta en común de las tareas a realizar en el marco del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentación formal del coordinador. ❖ El aviso clasificado. ❖ Definición de roles. ❖ Afiche de expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Tizas ▪ Marcadores ▪ Afiches ▪ Fibrones ▪ Hojas A4

ENC. N°:	TITULO	DESCRIPCIÓN / OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES ESPECIFICOS
SEGUNDO	“¿Qué cosas he recuperado en esta nueva etapa?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intentar visualizar los cambios logrados ➤ Focalizar que momentos personales han marcado quiebres de su vida ➤ Conceptualizar como era él antes y como será él después. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lo que dejo y lo que recibo. ❖ La línea de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revistas ▪ Tijeras ▪ Afiches ▪ Pizarra ▪ Marcadores

<u>MODULO II</u>				
ENC. N°:	TITULO	DESCRIPCIÓN / OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES ESPECIFICOS
TERCERO	“¿Cómo enfrente situaciones nuevas sin consumir y cuáles son mis metas alternativas a la conducta adictiva?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plantear situaciones de riesgo, proveer y focalizar alternativas a las mismas. ➤ Poner de manifiesto situaciones reales en las que pudieron evitar consumir. ➤ Plantear diferentes situaciones de riesgo, trabajar sobre las soluciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escribir una historia estresante que pudo ser superada. ❖ Técnica de Habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas A4 ▪ Lapiceras ▪ Marcadores ▪ Pizarra
CUARTO	“¿Quién nos visita?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exponer distintas situaciones con las que los participantes puedan identificarse. ➤ Favorecer la interacción e introspección como mensaje de las historias expuestas superadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Introducción al Encuentro. ❖ Visita de Tres Referentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcadores ▪ Pizarra

ENC. N°:	TITULO	DESCRIPCIÓN / OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES ESPECIFICOS
QUINTO	“¿Volvería a consumir en alguna circunstancia?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ponerse en contacto con sus propios deseos de consumo Poder plantearlos al resto del grupo. ➤ Articular el pasado, presente y futuro de los participantes, promoviendo el reconocimiento de aquellas situaciones que han sido particularmente difíciles. ➤ Promover la verbalización de etapas significativas en su tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visualización de situaciones Riesgosas. ❖ Técnica de Jacobson. ❖ Técnica de desensibilización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Tizas ▪ Marcadores ▪ Tarjetas ▪ Lápices ▪ Colchoneta
SEXTO	“¿Reencontrarme con quienes yo consumía?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plantear situaciones con viejas amistades ➤ Posibilitar la reflexión sobre lo que significa el grupo de pertenecía. ➤ Intentar que se logre una re contextualización de las identificaciones pasadas y ubicarlas en el marco de referencia actual. ➤ Entrenarse en formas de negarse a consumir nuevamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dramatización ❖ Assertive Training. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas ▪ Mesas ▪ Elementos para caracterizar se

MODULO III				
ENC. N°:	TITULO	DESCRIPCIÓN / OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES ESPECIFICOS
SEPTIMO	“¿Me curé para siempre?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabajar sobre las expectativas de no volver a consumir. ➤ Conocer sus propias limitaciones. ➤ Plantear posibles formas de evitar recaer. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proyección de un film. ❖ Pequeño grupo de discusión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcadores ▪ Pizarra ▪ Film “En busca de la felicidad” ▪ Televisor ▪ Reproductor DVD
OCTAVO	“¿Cómo me veo en 5 y en 10 años?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyección a un futuro de mediano y largo plazo. ➤ Posibilitar que los participantes encuentren objetivos a seguir. ➤ Visualizar cuáles podrían ser las posibles trabas para lograr los objetivos. ➤ Rever que problemática podría significar ser ex consumidores en la nueva perspectiva de futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perspectiva Temporal. ❖ Exposición y reflexión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Material grafico ▪ Afiches ▪ Marcadores ▪ Pizarra

ENC. N°:	TITULO	DESCRIPCIÓN / OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES ESPECIFICOS
NOVENO	¿Qué proyecto de vida tengo?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indagar acerca de los aspectos saludables de la personalidad en el orden del deseo subjetivante en relación a los aspectos de fortalecimiento yoico. ➤ Realizar una búsqueda interna de los aspectos positivos de la personalidad en relación al orden de lo laboral, lo familiar, de pareja; es decir de ver en que momento están, con respecto a un proyecto vital. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnica gráfica. Dibujar contenidos que tengan que ver con sus propias fantasías acerca de sí mismo. ❖ Armar un curriculum afectivo. Deben incluir todos los recursos que ellos consideran que tienen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcadores ▪ Pizarra ▪ Hojas A4 ▪ Lapiceras ▪ Cinta ▪ Lápices ▪ Crayones ▪ Pinturas
<u>MODULO IV</u>				
DECIMO	“¿Cómo nos sentimos?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cierre de la experiencia, descripción de lo logrado por el grupo. ➤ Lograr un adecuado término de la experiencia. ➤ Evaluación y sugerencias para futuras revisiones del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recapitulación de lo vivido. ❖ Pequeño grupo de discusión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcadores ▪ Pizarra

MODULO I:

A través del mismo se explicitará un marco en el que se definan claramente los objetivos, la modalidad de trabajo, como así también la posibilidad de acercamiento a las experiencias que estén presentes en el grupo.

C.1.5.1. Primer Encuentro:

“¿QUIÉNES SOMOS Y A QUÉ VENIMOS?”

Objetivos:

- Realizar una presentación formal de los integrantes y del o la coordinador/a y definir los roles dentro del grupo.
- Presentación del taller, comentar y explicar el objetivo general y los objetivos específicos que se buscará cumplir a lo largo de la realización de los talleres.
- Conocimiento de los participantes.
- Acercamiento a las vivencias particulares de cada uno, luego de su paso por la institución.
- Realizar, con las participantes, diversas dinámicas que tengan la finalidad de comenzar a conocerse; promoviendo, a su vez, un clima grupal adecuado.
- Crear un ambiente adecuado para el trabajo en grupo, lograr un acercamiento y puesta en común de las tareas a realizar en el marco del taller.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 20 min.*

❖ **PRESENTACIÓN FORMAL DEL/LA COORDINADOR/A:**

Para comenzar con los encuentros es necesario que el/la **Coordinador/a** se presente ante los **participantes**.

En este momento es pertinente expresar quien es, cuál es su función, su trayectoria y vínculo con la Institución.

Luego deberá hacer una introducción sobre la tarea que los reúne, los horarios y lugares en los que se realizarán los encuentros, el tiempo de duración de todo el taller en su totalidad y resaltar la importancia de completarlo en su totalidad, la libertad de participar y comentar todo lo que quieran.

Actividad Nº 2: *Tiempo Aprox.: 40 min.*

❖ **EL AVISO CLASIFICADO:**

Para completar las presentaciones de los participantes del taller se realizará una actividad: el aviso clasificado.

Se les pide a los participantes que confeccionen un aviso clasificado, describiéndose. Luego, se ponen en círculos y van mostrando los avisos unos a otros hasta dar la vuelta completa.

Luego, se elige a alguien que comience diciendo a quién compraría y por qué. Esto permitirá que comiencen a interrelacionarse, logrando un punto de partida inicial en el que todos puedan conocerse e integrarse.

Actividad Nº 3:

❖ **DEFINICION DE ROLES:** *Tiempo Aprox.: 15 min.*

Luego que ya se hayan formalizado las presentaciones se dará a conocer la modalidad de trabajo, explicando que ésta es grupal y que se espera la mayor participación posible de todos, será adecuado enfatizar que este trabajo grupal será una tarea guiada pero abierta a la expresiones de todos y que el grupo en su totalidad incluido el Coordinador será un lugar para **Co-pensar y Reflexionar** la problemática común que afecta a todos.

También en este momento debe manifestarse la confidencialidad y el respeto mutuo por los temas tratados en el marco del taller.

Actividad Nº 4: *Tiempo Aprox.: 50 min.*

❖ **AFICHE DE EXPECTATIVAS.**

El coordinador indica a los participantes que en forma individual deberán responder en una hoja a las 3 preguntas que siguen: a) ¿Qué espero del taller? b) ¿Qué ayuda necesito? c) ¿Qué puedo dar?

Luego coordinador/a divide a los participantes en subgrupos de 3 personas, para obtener un concentrado por equipo. Se les entregará revistas y material para recortar y se les pedirá que traten de expresar las ideas principales con los recortes.

Terminada la actividad anterior el coordinador solicita a los subgrupos pegar las hojas en la pizarra del salón; se invita a que cada subgrupo exponga lo que han realizado y el resto pueda participar activamente. Este proceso es guiado para que el grupo analice, reflexione, cómo se puede aplicar lo aprendido en su vida, y qué puntos en común tienen, así como las sugerencias que pueden realizar el resto.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 25 min.*

Como cierre del encuentro el coordinador dará un tiempo para que cada participante haga una reflexión final y dará por terminado el primer encuentro.

C.1.5.2. Segundo Encuentro:

“¿QUÉ COSAS HE RECUPERADO EN ESTA NUEVA ETAPA?”

Objetivos:

- Poder lograr visualizar los cambios logrados.
- Focalizar que momentos personales han marcado quiebres de su vida.
- Conceptualizar como era él antes y cómo será él después.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 60 min.*

❖ LO QUE DEJO Y LO QUE RECIBO

Escribir un guión de una película que cuente su historia personal como si fueran cada uno el protagonista en la que ellos eligen el género, Dicho guión tendrá que poseer una primera parte como presentación del personaje o los personajes principales, un giro para el personaje (Que cuenten qué le pasa al personaje o que realice alguna acción) y luego un cierre de la historia.

Terminada la actividad anterior cada uno leerá su guión a los demás se analizarán y reflexionará sobre cada “Película” viendo el comienzo y el desenlace de la misma.

Se realizará una votación y se seleccionarán dos historias. Llegado a la instancia anterior se designará como director a la persona que escribió el guión y se seleccionarán los actores entre el resto de los participantes. Se representará la película o alguna escena significativa según la duración de ésta.

Como finalización se debatirá sobre lo expuesto y sobre la historia personal de cada uno.

Actividad Nº 2: *Tiempo Aprox.: 60 min.*

❖ **LA LÍNEA DE LA VIDA**

Terminada la actividad precedente el coordinador solicitará a cada participante que dibuje en una hoja de papel, lo que considera que ha sido, es y será su evolución personal. Podrá señalar los puntos o momentos más significativos de su vida, ya expuestos en la actividad anterior y unirlos mediante líneas ascendentes o descendentes, gruesos o finas, que expresen sus movimientos evolutivos psicológicos, sociales, afectivos, ideológicos, etc.

Luego, cada persona muestra al grupo su hoja de papel y explica el porqué de su línea de vida. El resto de los participantes pueden hacer preguntas, si así lo desean.

Con esta actividad se pretende lograr que cada participante termine de exponer su contexto y que el grupo pueda realizarle una devolución de sus experiencias y la forma en que se han ido simbolizando los cambios.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 30 min.*

Para finalizar el segundo encuentro, el coordinador retomará la palabra tratando de hacer una recopilación de las diferentes experiencias que han sido expuestas y resaltando la mirada hacia el futuro, las cosas en común y los obstáculos sorteados para llegar a esta instancia.

MODULO II:

En este módulo debe lograrse un acercamiento a las vivencias personales que podrían hacer peligrar el tratamiento. Las vivencias grupales pueden proveer un lugar de expresión y contacto compartido.

También será tarea de este módulo abrir un panorama de las opciones y elecciones que pueden tomar de ahora en más como adictos recuperados.

C.1.5.3. Tercer Encuentro:

“¿CÓMO ENFRENTO SITUACIONES NUEVAS SIN CONSUMIR Y CUÁLES SON MIS METAS ALTERNATIVAS A LA CONDUCTA ADICTIVA?”

Objetivos:

- Plantear situaciones de riesgo, proveer y focalizar alternativas a las mismas.
- Poner de manifiesto situaciones reales en las que pudieron evitar consumir.
- Plantear diferentes situaciones de riesgo, trabajar sobre las soluciones.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 40 min.*

❖ ESCRIBIR UNA HISTORIA ESTRESANTE QUE PUDO SER SUPERADA.

Para dar comienzo a la actividad, el coordinador les entregará a los participantes una hoja y un lápiz y les pedirá que, en la misma, escriban una historia propia que les haya sucedido en que les sugirieron o estuvieron en una situación en que pudo peligrar su tratamiento. Luego cada participante leerá su

historia al resto del grupo y el coordinador guiará la tarea de buscar puntos comunes e identificar las situaciones más riesgosas y profundizar en éstas.

Actividad N° 2: *Tiempo Aprox.: 90 min.*

❖ **HABILIDADES SOCIALES**

○ **1° - Describir las situaciones problemáticas.** Para dar comienzo a esta actividad se pedirá al grupo que debata sobre situaciones que consideran problemáticas en relación a la actividad anterior, se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando los pensamientos negativos y el objetivo que pretendería conseguir cada participante.

○ **2° - Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos.** Una vez identificadas las situaciones precedentes Se tratará de explicitar en qué situaciones los participantes podrían fallar, y cómo deberían actuar en un futuro. Se analiza el grado en que las respuestas a las situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo. El coordinador deberá fomentar la participación de todos y guiar la tarea efectivamente.

El coordinador podrá citar como ejemplo de una respuesta efectiva la siguiente situación.

“Ante la invitación de un amigo consumir como podríamos responder”

Una respuesta asertiva de 3 pasos sería:

- *Me gusta compartir tu amistad, pasar tiempo y disfruto estar con vos; pero como sabes he realizado un tratamiento para dejar las drogas.*
- *Pero si vos me seguís invitando a consumir no vamos a poder seguir pasando tiempo y compartiendo cosas.*
- *Te repito me gusta pasar tiempo con vos pero espero que me entiendas.*

Se trabajara sobre esta respuesta modelo y se buscara otras.

o **3º - Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás.**

Hay veces, en que las personas que están acostumbradas a consumir prefieren no hacerlo solas, pudiendo no entender que el participante no quiera consumir con ellos, por esto en esta etapa de la actividad el coordinador expondrá que, a veces, las demás personas utilizan estratagemas para manipular, haciéndole sentirse culpable, evadiéndose de la conversación o victimizándose, etc.

Para trabajar esta instancia se pedirá los participantes que visualicen en cuales situaciones de las descritas anteriormente pueden haber estado siendo vulnerados o puestos en situaciones comprometidas. Se aportarán soluciones desde el grupo y formas de resistir al influjo de los demás.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 20 min.*

Como cierre de este encuentro, se realizará una evaluación individual de lo trabajado y una recapitulación de alguna de las técnicas expuestas.

C.1.5.4. Cuarto Encuentro:

“¿QUIÉN NOS VISITA?”

Objetivos:

- Exponer distintas situaciones con las que los participantes puedan identificarse.
- Favorecer la interacción e introspección como mensaje de las historias expuestas superadas.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 15 min.*

❖ INTRODUCCIÓN AL ENCUENTRO:

Cuando comience el encuentro el coordinador tomará un tiempo para describir quienes son las personas que van a visitarlos.

Se explicará brevemente las actividades que se realizarán y se incentivará al grupo a que participe abiertamente en el diálogo con estos, resaltar la importancia de escuchar y dialogar con el otro.

Actividad Nº 2: *Tiempo Aprox.: 2 hs.*

❖ VISITA DE TRES REFERENTES:

Para dar comienzo a esta actividad, previamente, el coordinador deberá solicitar a la Institución que se contacte con algún paciente que sepan haya superado efectivamente el tratamiento.

También buscará en la comunidad dos personas que hayan pasado en su historia vital alguna situación extrema o tuvieran o tengan alguna dificultad que hayan superado con esfuerzo, convirtiéndose la situación adversa en un motor de crecimiento.

Teniendo previamente seleccionadas las personas que participarán de la actividad y habiéndoles informado claramente el tipo y en el marco que la actividad se desarrollará se dará comienzo a la actividad propiamente dicha y se presentará a los invitados, pidiéndoles que cada uno de los participantes se presente personalmente.

Luego se invitará a alguno de los participantes que comience a describir cuál es su historia de vida y el coordinador irá guiando los tiempos como también el enfoque de las preguntas focalizando las etapas y adversidades superadas.

Cuando se invite a exponer a quien haya egresado de la institución se le pedirá que describa su llegada a la misma, su paso por esta y más detalladamente los años posteriores a su salida.

Durante todo el encuentro el coordinador estará atento a lograr un clima de participación de todos en un marco de respeto mutuo.

Antes de despedir a los invitados se les pedirá a los mismos si quieren dejar algún mensaje, a modo de reflexión, a los participantes.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 15 min.*

Para lograr un adecuado cierre de este encuentro, es importante que el coordinador, ya con el grupo de participantes solamente; invite a que cada uno exponga su visión sobre las actividades del día.

Se focalizará en todas las etapas de las historias de vida contada y será tarea del coordinador lograr resaltar que frente a diferentes adversidades, no solamente en la adicción, se puede salir adelante.

C.1.5.5. Quinto Encuentro:

“¿VOLVERÍA A CONSUMIR EN ALGUNA CIRCUNSTANCIA?”

Objetivos:

- Ponerse en contacto con sus propios deseos de consumo Poder plantearlos al resto del grupo.
- Articular el pasado, presente y futuro de los participantes, promoviendo el reconocimiento de aquellas situaciones que han sido particularmente difíciles.
- Promover la verbalización de etapas significativas en su tratamiento.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 30 min.*

❖ VISUALIZACIÓN DE SITUACIONES RIESGOSAS:

Para comenzar el encuentro, el coordinador realizará una introducción sobre la actividad del día y luego entregará a cada participante un lápiz y una Tarjeta* que cuenta con un espacio para escribir una respuesta.

El coordinador indicará que lean las preguntas y, antes de escribir la respuesta, se tomen un tiempo aproximado de 5 minutos para pensar la misma.

Las siguientes son las preguntas que se encuentran formuladas:

- *¿Cuáles son las circunstancias en que cree más factible volvería a consumir?*
- *Jerarquizar en orden tres situaciones que más estrés les produzcan.*

Es importante que se logre un clima calmado que propicie la introspección de quienes se encuentran realizando la actividad.

Finalizada la tarea anterior el coordinador retirará las tarjetas entregadas con las respuestas escritas.

**(Las Tarjetas se encuentran en el Anexo de este trabajo)*

Actividad N° 2: *Tiempo Aprox.: 40 min.*

❖ **TÉCNICA DE JACOBSON:**

Luego de la primera actividad, el coordinador deberá pedir a los participantes que se acuesten en el salón sobre las colchonetas, con los brazos y piernas extendidas y la cabeza apoyada.

El coordinador deberá guiar a los participantes con vos suave, pausada y nítida. Les pedirá que cierren el puño derecho y ponga bien rígido ese mismo brazo.

Luego de un tiempo aproximado de 6 segundos, se les pedirá que descontraigan el músculo.

Luego les pedirá que realicen lo mismo con el otro brazo.

A continuación se les pedirá a los participantes que pongan rígida su pierna derecha y que la mantengan de esta forma por 6 segundos, éstos serán contados por el coordinador, y luego que descontraigan la pierna.

Los participantes deberán realizar la misma tarea con la otra pierna. Es importante que el coordinador mantenga un tono de voz firme y pausado, durante todo el ejercicio. Como así también lograr una tranquilidad en el ambiente para lograr un clima óptimo para la realización de la técnica.

El paso siguiente será el de trabajar sobre la respiración de los participantes. Se les pedirá que inhalen naturalmente pero en forma profunda por la nariz, sintiendo como los pulmones y el diafragma se expanden, que retenga el aire y luego exhale lentamente por la boca.

Se seguirá con la zona de la frente, se les pedirá a los participantes que tensen los músculos de la frente durante 6 segundo para luego distensionarlos. Luego será momento de pedirles que contraigan y descontraigan los parpados.

Pasaremos entonces a la zona bucal pidiéndoles a los participantes la tensión y posterior distensión de los músculos en la zona aledaña a la boca.

Luego, se les debe pedir a los participantes que centren la tensión en la zona abdominal, realizando el mismo ejercicio de contracción y desconstracción de la zona abdominal.

Terminada con las actividades de relajación se pedirá a los participantes que vuelvan a ubicarse en sus correspondientes lugares para continuar con las actividades planificadas.

Actividad Nº 3: *Tiempo Aprox.: 60 min.*

❖ **TÉCNICA DE DESENSIBILIZACIÓN:**

Para encontrar las situaciones que más le temen que puedan llevarlos a incurrir en la droga.

Para dar comienzo a la actividad, el coordinador pedirá al observador, quien durante la actividad anterior focalizó las principales coincidencias encontradas en las tarjetas de respuestas, que se las entregue y que, encontrándose los participantes en ese estado de relajación, realicen una representación interna de cada una de las situaciones que el coordinador va mencionando.

El coordinador deberá mencionar la lista de situaciones estresantes que los participantes hayan expuesto; haciéndolo desde las que menos estrés produzcan a la más estresante. De esta forma, al hacerlo en un estado de relajación óptima, el coordinador posibilitará que los participantes se encuentren con sus situaciones temidas y puedan individualizarlas.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 20 min.*

Finalizando el coordinador invitará a los participantes a un espacio de reflexión y expresión de emociones de la actividad realizada en la técnica precedente con el fin de guiar la tarea para que cada uno pueda concluir el encuentro con las expresiones de las sensaciones que sintieron y puedan escuchar las sugerencias y comentarios de todo el grupo.

C.1.5.6. Sexto Encuentro:

“¿REENCONTRARME CON QUIENES YO CONSUMÍA?”

Objetivos:

- Plantear situaciones con viejas amistades.
- Posibilitar la reflexión sobre lo que significa el grupo de pertenecía.
- Intentar que se logre una re contextualización de las identificaciones pasados y ubicarlas en el marco de referencia actual.
- Entrenarse en formas de negarse a consumir nuevamente.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 80 min.*

❖ DRAMATIZACIÓN DE ESCENAS POSIBLES CON LA TEMÁTICA:

Para comenzar la actividad el coordinador dividirá el grupo en dos. Luego pedirá a cada subgrupo que construya un guión de teatro, sin avisarle todavía que deberán representarlo luego.

Es importante, para la correcta realización de esta tarea, que el coordinador exponga como debe realizarse la misma.

Les dirá a los participantes que la historia a contar debe tratar “*sobre una persona que consumía drogas y se reencuentra después de varios años con una vieja amistad con la que compartía, entre otras cosas, el consumo*”

Explicar que, como todo guión, debe contar con una introducción, una descripción de los personajes que participan, un desarrollo del mismo y como fin, un desenlace de esa narración.

Cuando se esté desarrollando el mismo, el coordinador se acercará a los diferentes grupos y le pedirá a uno de los grupos que incluyan en el guión “Una situación en que el/los personaje/s que se reencuentran les ofrezcan consumir nuevamente” y al otro grupo el coordinador les planteará que el guión debe

incluir una situación “en que no le ofrezcan al personaje principal volver a consumir”.

También el coordinador sugerirá a todos los participantes que el personaje principal de la historia, cuente que está haciendo en el presente, como fueron sus años pasados y qué piensa hacer en el futuro.

Cuando se haya concluido la actividad de redacción del guión, el coordinador invitará a los participantes que hagan una puesta en escena del mismo, tomando como escenario todo el salón a elección y siendo el público el otro grupo en conjunto con el coordinador y el observador.

El primer grupo que representará la historia será aquel que se le sugirió que el personaje principal tuviera una incitación a consumir nuevamente.

Una vez que haya terminado la presentación tomará la palabra el coordinador y les preguntará a los participantes cómo se sintieron y qué sensaciones les produjo. También invitará al resto a que participe con opiniones sobre la obra y su visión de la historia.

En un segundo momento representará su obra el grupo restante repitiéndose la misma dinámica que la situación anterior y tratando que se logre un punto de comparación y una puesta en común del grupo de todo lo realizado en el que se incluya:

- ¿Cómo se sintieron con la tarea?
- ¿Qué creen que sentía el personaje principal?
- ¿Qué sentían los personajes secundarios?
- ¿Si tuvieron alguna situación parecida a la que narraron?

El coordinador en esta etapa deberá tomar nuevamente el centro de la escena para lograr conjugar las diferentes opiniones vertidas.

Actividad Nº 2: *Tiempo Aprox.: 40 min.*

❖ **ASSERTIVE TRAINING:**

Esta actividad está ligada a la anterior, ya que para desarrollarla, el coordinador les pedirá a cada uno de los participantes que piensen en alguna situación puntual que podría ocurrir en que peligrara su tratamiento por no poder esbozar una respuesta que sea acertada con lo que ellos han elegido

para esta nueva etapa de su vida, luego cada uno la narrará al resto del grupo y el coordinador con voz suave propondrá que se represente y explique esta imagen y las sensaciones que le produce.

Al mismo tiempo el coordinador irá destacando, señalando y acentuando con su voz pausada y oportunamente, las repuestas que se consideran equivocadas en busca de una dinámica de actuación acorde con lo anteriormente expresado.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 20 min.*

Como cierre del encuentro el coordinador guiará un plenario pidiendo a todos que expliquen y manifiesten cómo se han sentido con las actividades del día.

MODULO III:

A través de este módulo se propiciará a los participantes poder buscar y encontrar una visión de su futuro en que puedan incluir su condición de ex - consumidores, visualizar sus expectativas y cómo lograrlas.

C.1.5.7. Séptimo Encuentro:

“¿ME CURÉ PARA SIEMPRE?”

Objetivos:

- Trabajar sobre las expectativas de no volver a consumir.
- Conocer sus propias limitaciones.
- Plantear posibles formas de evitar recaer.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 1 h 30 min.*

❖ PROYECCIÓN DE UN FILM.

Para comenzar la actividades, realizará la proyección del film “***En busca de la felicidad***”, cuando haya concluido, el coordinador pedirá a los participantes que rescaten los hechos más significativos de la película, y traten de buscar puntos comunes con sus propias historias personales, las cuales se irán exponiendo de a una al grupo.

El coordinador guiará la charla para que los participantes puedan expresar claramente cómo se sienten ellos en el presente y si creen tener algún riesgo para el futuro.

Actividad Nº 2:

❖ **PEQUEÑO GRUPO DE DISCUSIÓN.** *Tiempo Aprox.: 40 min.*

Al finalizar la película, el coordinador les pedirá a los participantes que se dividan en dos grupos de igual número de personas, y luego les pedirá que reflexionen sobre la “determinación y cuán importante fue la fortaleza del protagonista principal para sostener su lucha”, y cuáles creen que fueron los “impedimentos que tuvo que asumir en la trama”, por último se les indicará que evalúen cuáles son sus propias limitaciones y cómo logran afrontarlas.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 20 min.*

En un plenario se les indicará a los participantes que conversen sobre las distintas opiniones vertidas pudiendo cada uno exponer sus sensaciones, y estimaciones propias. El coordinador remarcará todos aquellos datos significativos que surjan en esta discusión.

C.1.5.8. Octavo Encuentro:

“¿CÓMO ME VEO EN 5 Y EN 10 AÑOS?”

Objetivos:

- Proyección a un futuro de mediano y largo plazo.
- Posibilitar que los participantes encuentren objetivos a seguir.
- Visualizar cuáles podrían ser las posibles trabas para lograr los objetivos.
- Rever que problemática podría significar ser ex consumidores en la nueva perspectiva de futuro.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 60 min.*

❖ PERSPECTIVA TEMPORAL:

Para dar comienzo a las actividades del día, el coordinador les pedirá a los participantes que realicen una línea temporal en la que simbolicen su vida actual, el tiempo presente y se imaginen como podrían encontrarse en 5 años y en 10 años, esta consigna incluye todos los aspectos de su entorno; debiendo lograr una descripción amplia para todas las etapas propuestas.

Luego de explicar la consigna, el coordinador entregará a los participantes revistas de todo tipo, tijeras, marcadores, y un papel afiche por persona; explicará que ahí es donde debe realizarse la línea temporal y que pueden usar los recortes de revistas para expresar las ideas, también pudiendo completarlas con gráficos o texto.

Actividad Nº 2: *Tiempo Aprox.: 60 min.*

❖ **EXPOSICIÓN Y REFLEXIÓN GRUPAL:**

Cuando todos hayan concluido la actividad anterior, el coordinador invitará a que alguien pase al frente del salón y exponga su trabajo a los demás compañeros, pudiendo éstos en todo momento preguntar y hacer observaciones si así lo desean.

Es importante otorgarle un rol destacado a la confección que haga el participante con el afiche por lo que deberá ubicarse pegado en la pizarra, en el centro de la escena.

El coordinador también guiará la tarea tratando que el participante que está exponiendo imagine como logrará los objetivos, si es que se encuentra alguno, y si no hay, se trabajará sobre la falta de los mismos, también destacar cuáles pueden ser los posibles obstáculos.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 30 min.*

Terminada la exposición individual, se invitará a los participantes a realizar una reflexión sobre las metas y los objetivos que se han propuesto y cuáles son las cosas que valoran en el presente.

Proponer como tarea para el siguiente encuentro la realización de un “Árbol genealógico de todos sus afectos y personas significativas en su vida”.

C.1.5.9. Noveno Encuentro:

¿QUÉ PROYECTO DE VIDA TENGO?

Objetivos:

- Indagar acerca de los aspectos saludables de la personalidad, en orden a propender al fortalecimiento yoico.
- Realizar una búsqueda interna de los aspectos positivos de la personalidad, en relación al orden de lo laboral, lo familiar, de pareja, es decir, ver en que momento están, con respecto a un proyecto vital.

Desarrollo:

Actividad Nº 1: *Tiempo Aprox.: 45 min.*

❖ TÉCNICA GRÁFICA.

Dibujar contenidos que tengan que ver con sus propias fantasías acerca de sí mismos. El coordinador pedirá a los participantes que realicen en una hoja, una caricatura de ellos mismos como si fuera un autorretrato con todos los elementos que ellos quieran agregar de todas las cosas positivas que les hayan sucedido últimamente. Luego cada uno lo exhibirá al resto del grupo.

Actividad Nº 2: *Tiempo Aprox.: 80 min.*

❖ **ARMAR UN CURRÍCULUM AFECTIVO:**

Para comenzar la actividad, el coordinador pedirá a cada participante que realice un currículum afectivo, explicará brevemente cómo debe ser la confección del mismo e invitará a los participantes que coloquen todos los datos que ellos consideren significativos y que contenga referencias, tiempos, incluyendo todos los recursos que ellos consideran que tienen y el lugar subjetivo donde podrían ubicarlos.

Luego que se haya realizado la tarea precedente se retomará lo trabajado en el encuentro anterior “Árbol genealógico”, y se pedirá a cada participante que pase a exponer cada uno de sus trabajos. El coordinador guiará la tarea y permitirá que luego del despliegue, el resto del grupo pueda intervenir con observaciones y opiniones.

Cierre del Encuentro: *Tiempo Aprox.: 25 min.*

Para concluir la actividad el coordinador realizará una consideración de lo expuesto por todos los participantes, resaltando aquellos lugares afectivos que han posibilitado un crecimiento personal de los participantes y realizará una puesta en común con el grupo.

MODULO IV:

En este módulo debe lograrse una finalización adecuada de la experiencia, posibilitando a todos los participantes desligarse del grupo sin que esto se sienta como una amenaza.

Este espacio también será el destinado para que los participantes puedan acercar sus sugerencias y observaciones para el taller.

C.1.5.10. Décimo Encuentro:

“¿CÓMO NOS SENTIMOS?”

Objetivos:

- Cierre de la experiencia, descripción de lo logrado por el grupo.
- Lograr un adecuado cierre de la experiencia.
- Evaluación y sugerencias para futuras revisiones del programa.

Desarrollo:

Actividad Nº 1:

❖ RECAPITULACION DE LO VIVIDO:

Para realizar esta actividad previamente el coordinador escribirá una narración en conjunto con el observador participante, en el que se tratará de incluir todos los posibles temas, elementos y aspectos significativos que fueron surgiendo a lo largo del taller.

La narración deberá tener un formato de guía con sugerencias de lugares pero sin determinar ninguno específicamente; por ejemplo: “Contar un viaje en el que los participantes son los personajes principales desde que suben al colectivo hasta que llegan a algún lugar invocando detalles e intentando incluir

los temas tratados, en el estilo de esta narración y que no necesariamente quede expresado directamente lo que se trabajó en el taller”.

Para realizar la actividad propiamente dicha el coordinador pedirá a los participantes que se coloquen en una posición cómoda cierren sus ojos y comenzará a leer la narración pausadamente.

Una vez terminada la lectura el coordinador pedirá que cada uno de los participantes retome su posición habitual, y comenzará a guiar a cada uno para que expresen las sensaciones que sintieron durante la narración ubicando puntos en común.

Actividad Nº 2:

❖ PEQUEÑO GRUPO DE DISCUSIÓN:

Para continuar con las actividades se pedirá a los participantes que respondan tres preguntas que serán escritas en la pizarra:

- ¿Cómo se sintieron en este taller?
- ¿Qué sugerencias les gustaría realizar?
- ¿Qué se llevan y qué dejan de la experiencia?

Se trabajará sobre las respuestas de todos los participantes y se anotarán las sugerencias.

Cierre del Encuentro:

Como cierre final de todas las actividades y del taller, el coordinador resaltaré los elementos positivos que fueron surgiendo a lo largo del mismo, sugerirá un último espacio para opiniones y luego agradecerá la participación de todos.

C.1.6. CRONOGRAMA TEMPORAL

	1° MES de APLICACION				2° MES de APLICACIÓN				3 MES de APLICAC.	
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9	SEMANA 10
MODULO I	ENC. 1									
		ENC 2								
MODULO II			ENC. 3							
				ENC. 4						
					ENC. 5					
						ENC. 6				
							ENC. 7			
MODULO III								ENC. 8		
									ENC. 9	
MODULO IV										ENC. 10

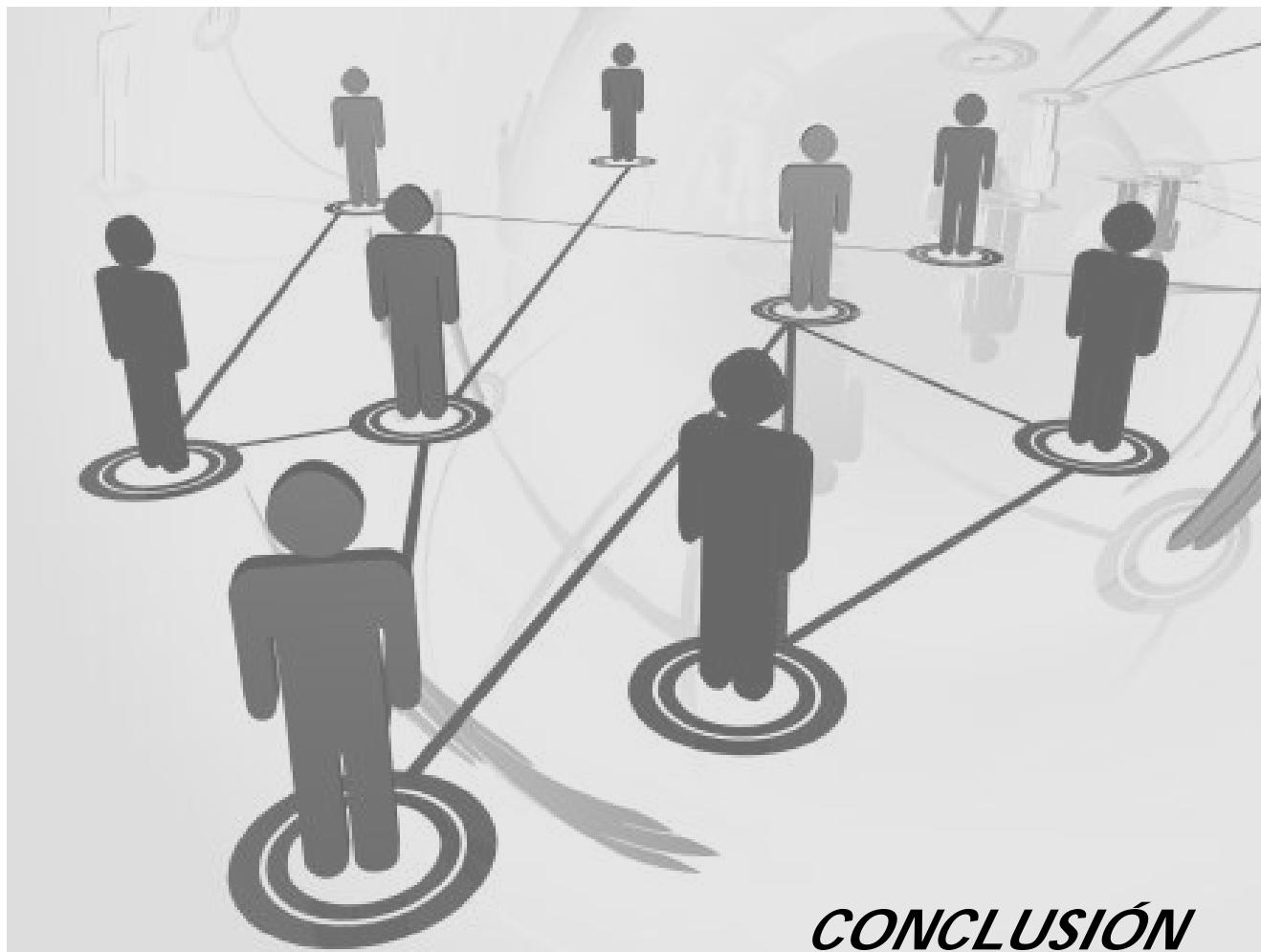
C.1.7. PRESUPUESTO FINAL DEL PROYECTO

ENC	RECURSOS	DESCRIP.	CANT.	COSTO	TOTAL
ENCUENTRO N° 1	MATERIALES	▪ Pizarra	1	S/C	
		▪ Tizas	1 Caja	\$9.75	\$9.75
		▪ Marcadores	3	\$5.75	\$17.25
		▪ Afiches	12	\$2.00	\$24.00
		▪ Fibrones	12	\$4.50	\$54.00
		▪ Hojas A4	24	\$0.10	\$2.40
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$407.40	
ENCUENTRO N° 2	MATERIALES	▪ Revistas	15	S/C	
		▪ Tijeras	12	\$3.25	\$39.00
		▪ Afiches	12	\$2.00	\$24.00
		▪ Pizarra	1	S/C	
		▪ Marcadores	3	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$363.00	
ENCUENTRO N° 3	MATERIALES	▪ Hojas A4	24	\$0.10	\$2.40
		▪ Lapiceras	12	\$1.75	\$21.00
		▪ Marcadores	3	S/C	
		▪ Pizarra	1	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$323.40	
ENCUENTRO N° 4	MATERIALES	▪ Marcadores	3	S/C	
		▪ Pizarra	1	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
	TOTAL ENC.				\$300.00

ENC	RECURSOS	DESCRIP.	CANT.	COSTO	TOTAL
ENCUENTRO N ° 5	MATERIALES	▪ Pizarra	1	S/C	
		▪ Tizas	1 Caja	S/C	
		▪ Marcadores	3	\$5.75	\$17.25
		▪ Tarjetas	12	S/C	
		▪ Lápices	6 Cajas	\$6.80	\$40.80
		▪ Colchoneta	12	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$358.05	
ENCUENTRO N ° 6	MATERIALES	▪ Elementos para caracterizarse	12	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
Observador		2 H 30 min.	S/C		
TOTAL ENC.				\$300.00	
ENCUENTRO N ° 7	MATERIALES	▪ Marcadores	3	S/C	
		▪ Pizarra	1	S/C	
		▪ Film "En busca de la felicidad"	1	\$55.00	\$55.00
		▪ Televisor	1	S/C	
		▪ Reprod. DVD	1	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$355.00	
ENCUENTRO N ° 8	MATERIALES	▪ Material grafico	15	S/C	
		▪ Afiches	12	\$2.00	\$24.00
		▪ Marcadores	3	S/C	
		▪ Pizarra	1	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$324.00	

ENC	RECURSOS	DESCRIP.	CANT.	COSTO	TOTAL
ENCUENTRO N° 9	MATERIALES	▪ Marcadores	3	S/C	
		▪ Pizarra	1	S/C	
		▪ Hojas A4	24	\$0.10	\$2.40
		▪ Lapiceras	12	S/C	
		▪ Cinta	1	\$7.50	\$7.50
		▪ Lápices	6 Cajas	S/C	
		▪ Crayones	6 Cajas	\$7.25	\$43.50
		▪ Pinturas	6 Set	\$6.00	\$36.00
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$389.40	
ENCUENTRO N° 10	MATERIALES	▪ Marcadores	3	S/C	
		▪ Pizarra	1	S/C	
	HUMANOS	Psicólogo	2 H 30 min.	\$120.00	\$300.00
		Observador	2 H 30 min.	S/C	
TOTAL ENC.				\$300.00	
<u>TOTAL TALLER</u>	MATERIALES				
		▪ Todos			\$420.70
	HUMANOS	Psicólogo	25 Hs	\$120.00 *	\$3000.00
		Observador	25 Hs	S/C	
	<u>TOTAL TALLER</u>				\$3420.55

*Honorario mínimo ético establecido por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba – Marzo 2012.



D.1. Conclusión:

A lo largo del desarrollo de este trabajo podemos encontrar un desarrollo de las adicciones, un síndrome que atraviesa todas las edades y todas las clases sociales.

Es necesario preguntarse nuevamente entonces qué es la adicción: ¿Es simplemente la necesidad de ingerir o ponerse en contacto con una sustancia, situación o hecho en particular? ¿Podrían englobarse todos los trastornos en esa definición?

Pareciera que las conductas de la sociedad posmoderna proveen y plantean un individuo adictivo, sólo diferenciando entre adicciones socialmente valoradas y rechazadas.

Como entender, si no, que se promueva la adicción a todo tipo de consumos y se pretende después una sociedad de personas libres de usar su razonamiento y discernir adecuadamente, distinguiendo claramente que necesidades desean satisfacer por propia convicción, y en cuáles elecciones sólo existe un empuje que lleva a poder tapar u ocultar las frustraciones de su vida cotidiana, funcionando como uno mas de todos los distractores provistos por la sociedad que encontramos al alcance de la mano.

¿Qué elementos distorsionadores están implícitos en la construcción de la subjetividad que no permite lograr la gratificación personal en conductas que no sean autodestructivas?

Encontrando un sujeto que se debate entre poder enfrentar la realidad o por lo menos la que él entiende o que en algún momento ideal concibió y/o perder su capacidad de elección para convertirse en un ser adicto; encontrando y reafirmando su identidad sólo en la búsqueda de elementos que desvirtúen plenamente sus sentidos.

Esta vorágine logra su cometido; despersonalizar a la persona, situarla en el lugar de no protesta, sin reflexión, y sin poder evaluar su propia razón de ser.

Situar nuevamente a quien lo necesita en ese lugar de no consumo no es tarea sencilla, modelos profundamente marcados y cotidianos se oponen

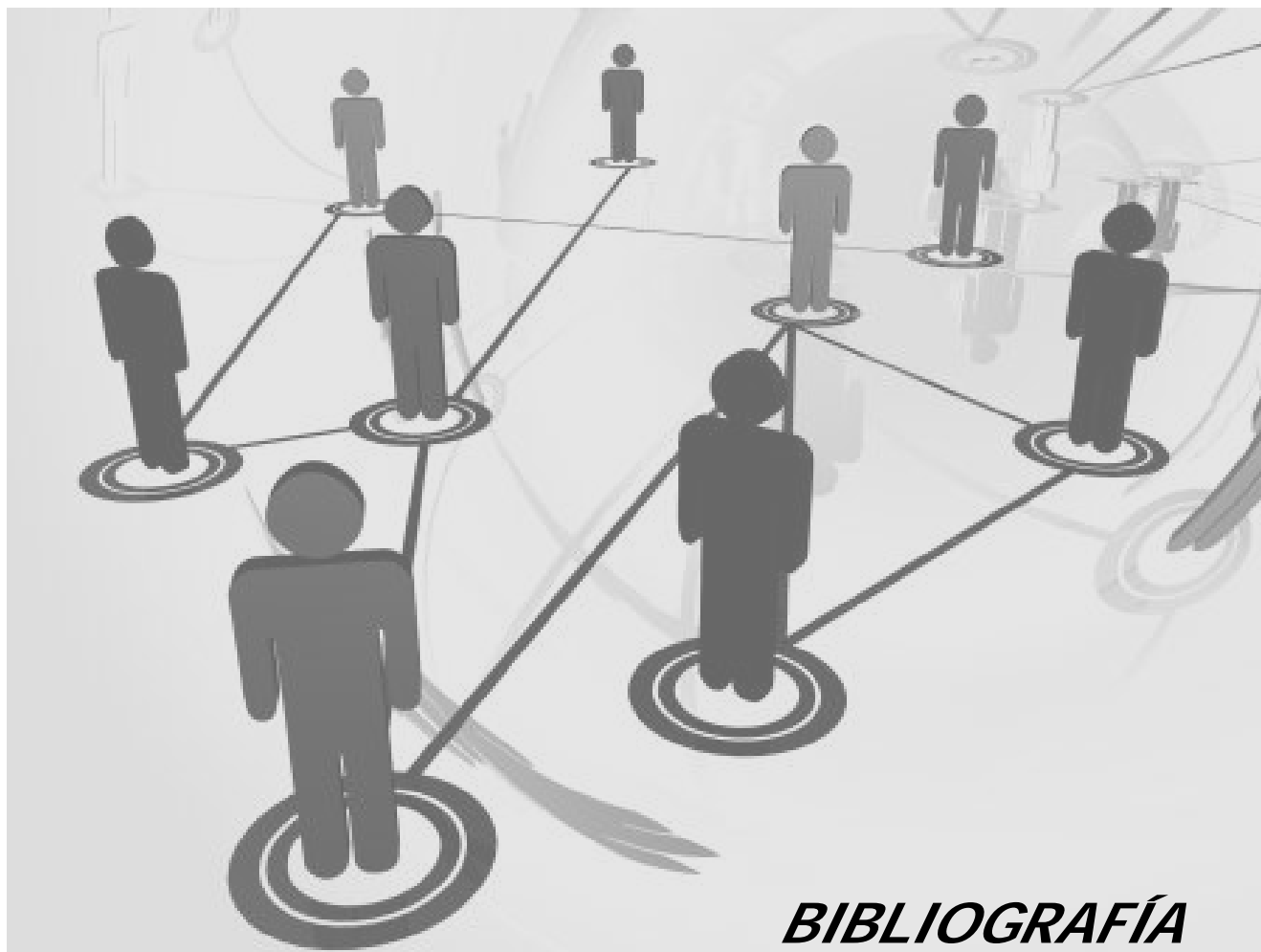
tenazmente dejando la persona absorta sin saber qué camino es el correcto ya que la confusión no es algo meramente racional y objetivo, vincula un sinnúmero de afirmaciones superpuestas de elecciones, de momentos.

Es importante destacar la gran labor que llevan adelante todas las personas que brindan atención a las personas con problemas de consumo o abuso de sustancias. Como puede observarse en las distintas entrevistas y en la observación realizada en la institución, en los tratamientos se conoce claramente la fecha de inicio, pero no cuanto acabarán, como será su desarrollo, ni cuanto tiempo será efectivo el mismo; pero también cuentan con una gran cantidad de individuos que, con la ayuda profesional, logran superarse.

Por esto es importante afianzar y continuar proveyendo lugares donde la persona pueda continuar desarrollándose sin necesidad de volver a formas de vida autodestructivas para ellos y su entorno afectivo.

No es posible pensar en un individuo aislado, pero no es utópico imaginar que es posible situar a un individuo, en su medio con una visión crítica de su entorno y un ánimo de superación personal que lo acerque a conductas más saludables.

A tal fin se propone una estrategia para acompañar a los ex adictos en su etapa de postratamiento, para evitar situaciones de riesgo o sobreponerlas adecuadamente desde un lugar pleno, en el que el individuo este comprometido con sus decisiones y que estas permitan encontrar un camino de desarrollo acorde a sus expectativas.

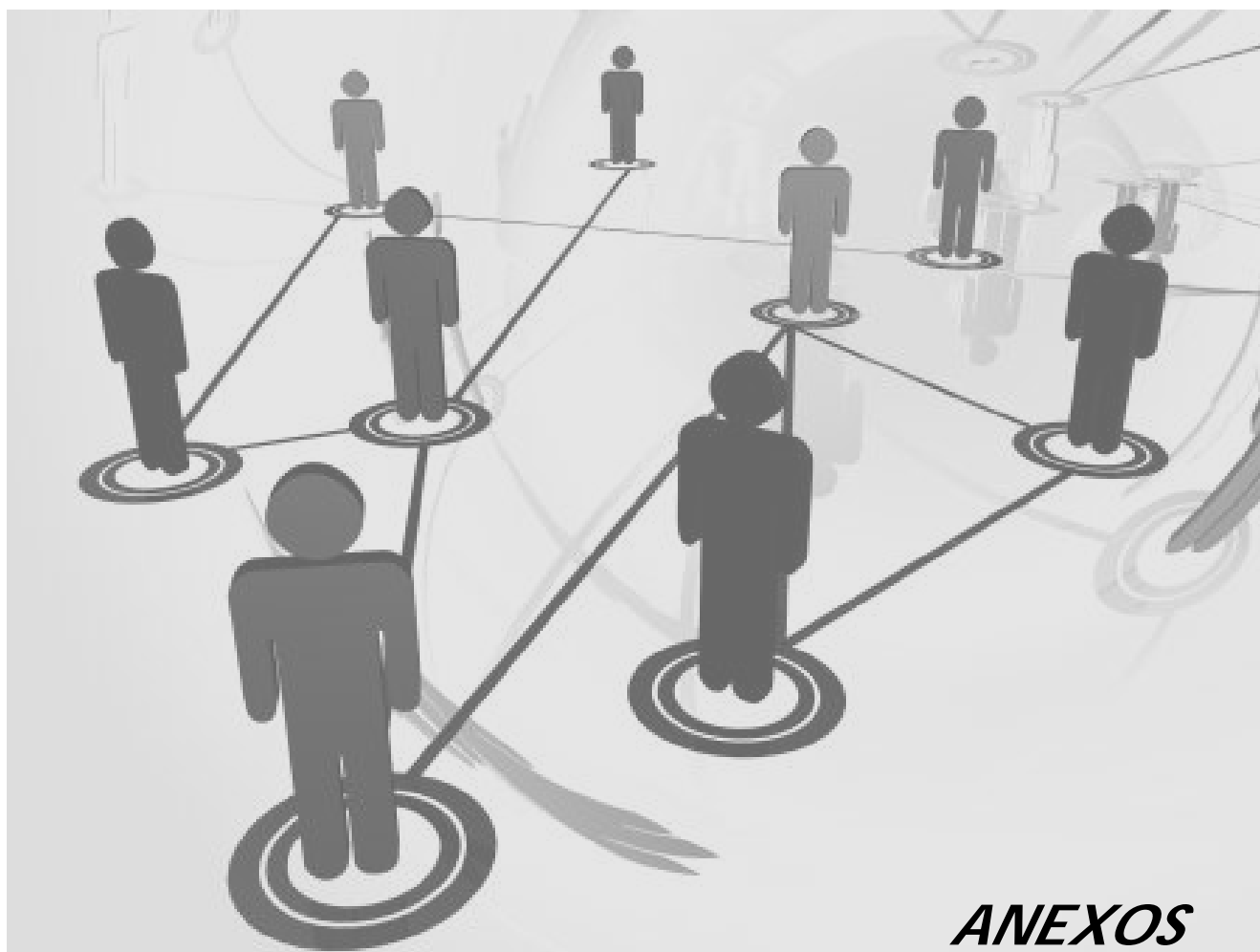


E.1. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Alvarado Saúl. www.Adicciones.org. 2002. Pág. 1. Obtenida el 19 de junio de 2010, de <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoDocumento&idDocumento=87>
- Álvarez Rivero, Diego; Ahumada, Graciela; Cadena, Nora. Tendencia en el Consumo en Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004 – 2010. Pág. 10, 11. Obtenida el 24 de Agosto de 2010, de http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tendencia_en_el_consumo_2004-2010_Poblacion_General.pdf
- Ander-Egg, El Taller: Una Alternativa de Renovación Pedagógica Editorial Magisterio del Rio de la Plata, Buenos Aires. 1999.
- Anzieu, D. y Martín, J. Y. La dinámica de los grupos pequeños. Editorial Kapelusz, Buenos Aires. 1971.
- Castrellón Díaz, Jaime A. Sobre los "Grupos de Reflexión" en instituciones. Obtenida el 19 de junio de 2010, de <http://www.gruporeflexion.com.mx/gruposdereflexion/gruposdereflexion>
- Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia. K. Ávila Corrales, V. Barahona Hidalgo, P. Hernández Cubillo, S. Hernández Estrada, J. Picó Costero, M. Sánchez Coccaro. 2003. Obtenida el 19 de junio de 2010, de <http://www.cendeiss.sa.cr/modulos/AISmodulo3.pdf>
- Cuatrocchi, Estela. La adicción a las drogas su recuperación en comunidad Terapéutica. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2008.
- Damín, Carlos. Radiografía del Consumidor en recuperación. Obtenida el 12 de junio de 2010, de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/perfil.pdf>
- De la Mata, José Luis; Fantasías vinculares y símbolos grupales. 1987. Pág. 2. Obtenida el 22 de Septiembre de 2011, de <http://www.joseluisdelamata.com/IZARGAIN-textos/Fantasias%20vinculares%20y%20simbolos%20grupales.pdf>
- De León, George. La Comunidad Terapéutica y las adicciones ,

Ed. Desclee de Brouwer - Bilbao, España, 2004.

- García, D. El grupo métodos y técnicas participativas. Buenos Aires. Espacio Editorial. 1997.
- <http://alcoholism.about.com/od/support/a/maintaining.htm> Obtenida el 11 de junio de 2010.
- http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_092.html Obtenida el 11 de junio de 2010.
- José Anicama G.*, Elizabeth Mayorga F. y Carmela Henostroza M. Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. Psicoactiva 19: 7-27. 2001.
- Kooyman, Martien. La Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. Ediciones Mensajero. Bilbao, España, 1996.
- Llorente del Pozo, J.M.; Fernández Gómez C. Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. 1999.
- Macià Antón. Diego. Tema monográfico sobre adicciones. Anales de la psicología. Murcia, España. 1993.
- Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. 1993: Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano. Santiago, Chile: Instituto de Terapia Cognitiva y Maturana, H. 1996.
- Palacios, Juan. H. TS. Santiago, Marzo 2004.
- Pichón Riviére, E. El proceso grupal. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión. 2007.
- Romero, Juan Carlos. Romero Límite. Revista de Filosofía y Psicología. Volumen 3, Nº 17, 2008
- Rshaid, José María. El sistema hace al paciente. Obtenida el 17 de junio de 2010, de http://www.psicoespejo.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=242:adicciones-adolescencia-delincuencia-terapias&catid=1:latest-news&Itemid=80
- Volkow, Nora D. Las drogas, cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Obtenida el 11 de junio de 2010, de http://www.drugabuse.gov/scienceofaddictionsp/SoA_Spanish.pdf
- Wikipedia. Drogas psicoactivas. Clasificación. Obtenida el 11 de marzo de 2012, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoactivo>.



F.1. ANEXOS:

F.1.1. RECOLECCIÓN DE DATOS INSTITUCIONALES:

Entrevista a Mariano Carrizo: *Secretario, Coordinador Terapéutico General y Referente del Modulo Asistencial Nocturno.*

-¿Que concepción tiene Uds. con respecto a llegar al alta y si continúa siendo adicto o uno se recupera?

- **Mariano:** Nosotros Trabajamos básicamente con los criterios del DSM 4, entonces, Primero consideramos que ciertos consumos no comportan no revisten problemas digamos.

Hay consumos que son no problemáticos, obviamente nosotros trabajamos con la franja que esta comprendida entre el abuso y la dependencia, son dos criterios diagnósticos diferenciales, que tienen pautas muy claras para distinguirlo, y en función de ese diagnostico se desarrollan se proponen esquemas terapéuticos adecuado para la persona y sui condiciona ese diagnostico en particular, nada mas vincula la persona con una sustancia.

Pero hay muchos mas por fuera que entra en la apreciación en la evaluación del cuadro.

Esto en el fondo tiene en el fondo una pregunta sobre que es el éxito terapéutico cual es el logro terapéutico,

El tratamiento cuando termina, tiene que ver con los objetivos que se plantean para esa persona. El planteo puede estar en torno al logro de la abstinencia, eso puede ser para un abusador un dependiente.

Pero no en todos los casos es así en algunos casos los planteos son mas amplios en algunos casos no incluye la abstinencia total, hay personas que demandan la abstinencia en una sustancia y no en otra o reducir los marcos de riesgo vinculados al consumo, ahora si vos me preguntas, para mi si la dependencia es una enfermedad crónica digamos, que necesita mantener ciertos cuidados hay pocas dudas, al menos yo tengo pocas dudas sobre eso.

Concretamente relacionada una sustancia por ejemplo el alcohol digamos menos dudas me quedan.

Es una enfermedad que si es crónica que es residual, y que por más que una persona allá logrado en un tratamiento la abstinencia, la persona va a tener que mantener cuidados el resto de su vida.

Si es en un marco terapéutico, mucho mejor, de echo se recomienda a la `persona seguir, ciertos procesos a nivel de psicoterapia individual cuando termino un tratamiento, y continuarlos en otros ámbitos, pero si tenemos una persona adulta con consumo crónico de alcohol, con un diagnostico de dependencia de alcoholismo, y me parece que lo que decimos como post tratamiento,... lo que pasa es que la palabra post tratamiento a mi me confunde no?, porque me parece que si tiene que continuar el tratamiento, por ahí de otras características, al menos continuar con un serie de cuidados extremos en relación al consumo de alcohol. Hay veces que nosotros tomamos el `post tratamiento, no desde esa lógica de esa mirada para nosotros posta tratamiento es tener el contacto con la persona, que finalizo el proceso con nosotros, un contacto que a veces puede ser mas ordenado, mas reglado o al menos un contacto espontáneo por dos o tres años, para ver como evoluciona

esa persona, como esta, si se sigue vinculando con las drogas, como esta su red social, y eso es quizás mas que post tratamiento, es seguimiento. Porque para nosotros es seguimiento post tratamiento, porque no es que nosotros le seguimos brindando asistencia pos terapéutica, porque de echo esta fuera de los marcos administrativos no se le cobra a esa persona, es una definición nuestra decir, te llamamos para juntarnos para ver como andas por una cuestión solamente de seguimiento que no es lo mismo con poder continuar un tratamiento a afianzar una problemática de consumo.

-¿Con el gran índice de recaídas que tiene la problemática de adicción como logran reafirmar la sobriedad adquirida?

-Por ejemplo en el alcoholismo esta definido como una enfermedad crónica residual, mas que cualquier otra dependencia, entonces si que la tasa de reincidencia en el consumo de alcohol es altísima, si aun va a Alcohólicos Anónimos te lo dicen directamente, "vos vas a ser un alcohólico toda tu vida y acá el esfuerzo va a ser diario y permanente", "y mantente dentro del esquema de Alcohólicos Anónimos toda tu vida".

Esa es una definición nosotros no la adoptamos, pero si hacemos sugerencias muy claras como "mantente alejadísimo de la droga por el resto de tu vida", "nunca vuelvas a tomar", digamos con todas las drogas de uso de base esto es lo mismo.

Esto porque entendemos que la posibilidad de recaída es siempre posible o es más que posible.

Leia hace poco una guía de un instituto para la rehabilitación de adicciones que plantea 3 criterios, que según ellos validan la efectividad de un tratamiento, son todas discutibles. Por ejemplo los tratamientos para que sean efectivos no tienen que ser obligatorios. A veces se necesita una sucesión de tratamientos, para que haya resultados, entonces evidentemente hay personas que con un tratamiento no, lo vemos nosotros con personas que han estado en tratamiento en otras instituciones o con nosotros en dos periodos.

-¿Uds. como institución readmiten personas que ya estuvieron en tratamiento en la institución?

-Si, lo hemos hecho obviamente uno tiene discusiones mas que interesantes sobre la efectividad del tratamiento en esta persona sobre que vamos a hacer en estos casos, se plantean cuestiones bien cronificadas, vos decís estas persona realmente tiene un perfil de dependencia, y como trabajas ahí volves a buscar la abstinencia, te planteas una posible reducción del daño un tratamiento mas diferenciado con respecto a esta persona, pero que si se hace se hace definitivamente, y también reconocer que por ahí todas estas alternativas terapéuticas en una persona algo van sumando algo van dejando, lograra abstinencia, el pasaje por una institución por allá, otra por acá y, como una cuestión personal, a mi me da la pauta que son personas que siguen buscando.

Por ejemplo un caso que discutimos es el de un chico "Gabi" y que hacer con un tipo que falla por todos lados, tienen como 10 tratamientos, recaídas tras recaídas y el tipo sigue demandando, entonces ¿que lugar tenemos

nosotros?, ¿como debemos asistirlos y con que parámetros?, casos que entendemos que esta cronificado.

Nos da un margen dentro de logro terapéutico muy limitado ahora, si vos lo miras de otro lado, decís bueno haber con que vamos a trabajar, para que el tipo deje de consumir o para que el tipo no se mate consumiendo, dentro mas de una reducción del riesgo, como parámetro.

Primero hay que definir bien que es el tratamiento para cada institución, otras instituciones trabajan efectivamente con la abstinencia. Otros instituciones plantean un marco un poco mas amplio digamos, de oferta.

-¿Cómo define el alta de una persona Uds. como institución?

-Primero, para ser claro, el seguimiento no es una instancia que nosotros tengamos tan aceptada, para decirte si mira lo hacemos con todos los pacientes, es mas esporádico, con una intención institucional, tiene sus momentos hay momentos que esta mas ordenado y trabajamos institucionalmente y hay momentos que hemos perdido el contacto con los pacientes, y se pierde la frecuencia. Entonces el seguimiento post tratamiento para nosotros es una definición institucional de mantenerse en contacto con los pacientes y ver como evoluciona fuera del tratamiento, en su vida cotidiana. Pero todavía no hemos conseguido un espacio terapéutico en si mismo.

Son diferentes módulos los tratamientos mujeres varones adolescente, etc., en todos los tratamientos esta intencionalidad institucional de mantener los tratamientos, se ha logrado de manera distinta en ciertos módulos está mas ordenado, y en otros es mucho mas inespecífico, por ahí tratamos de verlo en lo individual de cada caso.

-¿Este seguimiento lo realizan por teléfono?

-A veces si, pero entendemos que hay criterios para hacerlo en mejores términos, por ahí por una cuestión de recursos institucionales de tiempo, como no esta creado un espacio no puede ser una tarea rentada, ahora si es un dato riquísimo para la retroalimentación de las instituciones, entonces vos tenes realmente una forma de trabajar sobre parámetros, de evolución de éxito, y es un dato que esta bueno tener, entonces se monitorea, la evolución de la persona fuera del tratamiento que es un dato faltante, durante un periodo de tiempo y ese es un dato faltante, me parece que esta cuestión de tensión entre la falta de recursos y el no reconocimiento y una necesidad institucional de retroalimentarte, con datos empíricos que aparte se pueden sistematizar, producir datos investigar, esta institución tiene muchas falencias y otras muy logradas esta es una que todavía esta en desarrollo. Terminar de asumir al importancia de esto sistematizando todo.

-¿Cómo es el desarrollo técnico que encuentran dentro de esta temática?

-Bueno en Estados Unido y Europa esto está un poco mas aceptado, a trabajar sobre las etapas siguientes y a producir datos, cualitativos y cuantitativos, es decir si en el transcurso de 3 años tantas personas han vuelto consumir y es

mas que significativo, no creo que encuentres esto en argentina, quizás algunas instituciones que estén trabajando muy en serio, habría que ver en institución privadas y publicas, que estén produciendo este tipo de enfoques. Nosotros tan sistematizado no lo tenemos, tenemos esta experiencia, poco articuladas, y medios espontáneas.

-¿Por qué crees que existe este vacío en las etapas consecuentes al tratamiento?

-Es interesante plantearlo, de que hay un gran vacío en el espacio asistencial en argentina, de mecanismos en este sentido más focalizados.

-¿Cómo evalúa la posibilidad de sistematizar este espacio?, ¿Vienen personas recuperadas en la institución para transmitir su experiencia?

-Nosotros hacemos así, es muy espontáneo, por ejemplo te cuento un ejemplo que es fantástico, vino "Iván" un chico que hizo el tratamiento acá, hace mucho tiempo en un momento que el modulo de la noche estaba atravesando situaciones muy complejas, lo traje a "Iván" para que hablara de su experiencia, que es algo que hacemos muy de vez en cuando, digo en realidad en el modulo de la noche fue la segunda vez que lo hacemos en 7 años, dio un resultado increíble fantástico, de generar sinergia entre las personas que están en tratamiento, en generar movilizaciones positivas, fue bárbaro, eso en si mismo no es un esquema post tratamiento, porque digamos el tipo nos esta brindando un servicio a nosotros, nosotros no le estamos dando nada a el no es un espacio post tratamiento , en el sentido que venimos hablando en el Programa del Sol no existe. Por ahí hay cierta valoración de haber logrado ciertos objetivos y vemos como puede vincularse en otros lados y le decimos que continúe con psicoterapia individual en otro lado. Esa es una posibilidad decir llagamos hasta acá pero tu vida sigue te recomiendo que sigas viendo en otro espacio terapéutico. Y después nosotros no esteramos nunca más.

Pero el interés de la institución es lograr también una retroalimentación por ejemplo, llamarlos y decirles chicos nos juntamos el viernes en la sede de calle lituania para comer un asado, venga que quiero charlar, y ahí en ronda entonces charlamos y algunas cosas salen, como anduviste este ultimo tiempo, estas consumiendo volviste a consumir, como estas con tu familia como estas con el laburo, que paso con tu mujer que te habías separado, vas preguntando etc.

Los locos se enganchan bien guarda que es algo, sin que este pautado como algo terapéutico, es mucho lo que deja para ellos desde un lugar de encontrarse de otra forma ya, también ha servido para ver como algunos dicen "están todos bárbaro y yo la verdad que he estado flaqueado" haber que me esta pasando. Es más que interesante.

Es verse de otra forma encontrarse de otro lugar.

(Interrupción de la charla porque entra una persona a la sala.)

-Ahora ese chango esta muy entusiasmado en relanzar ese espacio a la tarde, aparte viste lo que se da a la tarde un fenómeno como muy denso a nivel vincular, entonces los chicos espontáneamente mantienen una relación mutua.

-¿Particularmente en el modulo de la tarde?

-Claro entonces eso chicos no tenes que hacer mucho para que aparezcan de nuevo, están todo el tiempo de alguna forma en contacto, hay algunos pibes que están en tratamiento por ejemplo, con el cierre del “*Bichi*”, bueno al cierre del “*Bichi*” vinieron pibes que ya habían terminado el tratamiento hace tiempo, hicieron contacto con él ahí, él de por si es una persona de gran carisma. No sabes lo que fue eso, había cerca de 120 persona, vinieron gente de todos lados, jefes del trabajo, compañeros de laburo, compañeros de la militancia, de H.I.J.O.S., era increíble. No sabes lo que fue eso fue tremendo. Es lo mas fuerte que hemos visto, muy fuerte pero muy fuerte.

-¿Parece que es una persona que se hace querer mucho en todos los espacios?

-Totalmente, si en todos los espacios, bueno mira seguilo pensando, la puerta de la institución esta abierta, para todo lo que vos necesites o quieras consultar en esta etapa, si vos me decís, ché mariano, necesito tal cosa, *pum*, lo hacemos. Si quieres juntarte con los otros compañeros o yo te doy el teléfono de los otros referentes lo acordamos yo lo acuerdo, te ayudamos en todo lo que podamos.

-¿Tal vez seria una buena oportunidad para entrevistarme con Leandro y el resto del equipo?

-Si eso ningún problema ponete en contacto con cada uno de los chicos, no hay ningún problema. Conta con nosotros para lo que necesites en esta primera etapa, en lo que te podamos ayudar.

-*Muchas gracias por tu tiempo y disposición, te mantengo informado de lo que vaya haciendo.*

Entrevista a Leandro Cejas Parceros: Coordinador Modulo Asistencial Vespertino.

-¿Podrías comentarme como realizan Uds. la finalización de un tratamiento, y si realizan algún tipo de seguimiento en particular?

-Leandro: bueno, criterios para dar altas de tratamientos, bueno la verdad que de ésta población la que estoy coordinando yo, que son en general adolescentes, de 14 a 20, 22 años varones, los criterios en principio son lograr la estabilización y recomposición de ciertos parámetros ¿no?, nosotros los motivacionales, sistemas de creencias, las formas de tramitar las situaciones anímicas de capacidad para tolerarlas de estresarse, para posponer también las soluciones, que uno a lo largo del tiempo va viendo como van adquiriendo mayor tolerancia a todo el impacto de la realidad y les contesto en realidad eso empiezan a ser mas adaptativos en general. Esto es en cuanto a lo intrapsíquico o anímico, lo que se ve, ciertas estabilidades ¿no?, ehh la recaídas, el consumo pueden aparecer hasta la última etapa; incluso, pensamos que aparecen después también del tratamiento ¿no?, postratamiento, sin embargo durante el tratamiento uno va visualizando recaídas y recaídas, hay recaídas que en un principio hay intención de consumo, hay planificación, premeditación, “no hay casi culpa”, el problema no es el con sino las personas con el problema, dicen el “consumo” en general las familias y al final digamos como que ya hay una postura tomada y cuando ocurren las recaídas son orden sintomático cuando ya no ha podido articular otras respuestas de ciertos malestares pero siempre viene acarreadas con problematización y con recuerdos que garantizan que el consumo sea ha aislado, que sea digamos un punto disparatito pero que no sea el disparador de un consumo sostenido. Esto uno lo ve como despliegan un montón de recursos y son muy ricas las recaídas del último punto. En cuanto a las cuestiones mas exógenos por ahí, bueno, uno de los criterios de alta también es la reconstrucción de alternativas de socialización, ya sean educativas, laborales, familiares, espacios recreativos también y de placeres ¿no?, la socialización a través de amigos, todas esas cosas que pertenecen a todos los ámbitos del ser humano. Eso también uno lo va categorizar y va ir viendo si realmente hay chicos que realmente priorizan al estudio ¿no? porque pueden hacerlo entonces encaminan en carrera, termina el secundario y bueno ya tienen armado digamos algo bastante sólido, la solides también la vemos en el tiempo digamos, la última etapa estaba pensada para cuatros meses pero en realidad esta durando casi seis meses lo cual nos da tiempo para ver si las cosas son sólidas ¿no? porque que no aparezcan como propuestas para zafar sino como propuestas propias y que se mantengan en pie. Cuando ya están mas o menos engranados con la actividad social ven que se estimulan, tienen crisis, aparecen la Pro movilización, aparecen recursos de resolución también, están en un tiempo prudencial de estado por lo menos los que podemos retener nosotros y evaluarlos están estables, ehh bueno uno da el alta, también incorpora la visión de los familiares digamos también para ver si se acompaña esta sensación del equipo, es decir la sensación del paciente y la sensación de equipo y la sensación de la familia por ahí ya coincide, lo ven bien, lo ven estable, lo ven con energía que propone cosas coherentes que se mantiene

estimulado con lo que hace entonces buen ya está. Hicimos lo que hicimos y bueno.

El postratamiento, en realidad no tenemos un seguimiento formal que eso es una falta y la verdad que ya estoy articulando, estoy empezando a encarar seriamente para generar una evaluación o un seguimiento postratamiento que me parece que no hay muchas cosas sobre eso. Nosotros si tenemos un seguimiento informal, es decir generalmente todos los pacientes casi que se van de alta se comunican, asisten a la institución esporádicamente y también nos hacen partícipes de ciertos logros de ciertas cuestiones: che vos sabes que rendí el año, me inscribí en la facultad, siempre, siempre!!!

-¿Lo hacen ustedes por teléfono o ellos se comunican?

- En general, es muy direccional, son ellos los que se comunican o vienen ¿no? Nosotros no es porque no queramos sino porque sino que a veces estamos muy ajustados y se van acumulando muchos chicos pero en general son ellos los que mantienen el contacto con los técnicos y con la institución. Mira, el otro día estábamos evaluando las últimas altas que mas o menos son ocho u diez que en el período de un año parece poco pero en realidad que es muchísimo comparado con todas las otras altas que puede haber en otros lugares, altas increíbles, increíbles que ahora recibimos así porque los vemos todavía mas allá de hace un año, los vemos bien, son chicos que vienen, algunos chicos que vienen y se incluyen para algunas actividades por ejemplos estos viajes que a veces hacemos

- Sí, sí recuerdo

Leandro: y vemos muchas altas que realmente vienen muy bien, están bien encaminados y uno lo sabe porque se comunica. Tenemos registros de otras altas de hace mucho mas tiempo, es decir que ha cambiado en realidad, ehhe Genaro no se comunica y nos enteramos que anda mas o menos mal. También a veces es cíclico, a veces tienen períodos los chicos de crisis donde uno se entera eso nomás, se enteran che lo han visto a tal para atrás, después uno chequea o vienen los padres y me dicen tuvo una caída.

- “¿Un período?”

- Un período porque la idea del alta es eso también, darles recursos de afrontamiento ante la crisis y a veces suceden error espero darles el tiempo para que ellos también lo recompongan y asuman de nuevos las responsabilidades que eso a veces pasa pero no tenemos un seguimiento formal, no tenemos nada instrumentado o ironizado también que pueda, no tenemos un instrumento, en realidad yo estoy en la definición de un instrumento que pueda evaluar un seguimiento postratamiento también porque es así informal, bastante informal.

-Has tenido casos en que una vez dada el alta, que cumplió todos los criterios de la última etapa, tuvieran recaídas. ¿Se readmiten de ser afirmativo?

Hemos tenido casos pero no de altas, hemos tenido interrupciones de tratamientos, eh digamos no se ha llegado a terminar la etapa hasta mas de un año incluso año y medio, dos años y sí aparecen los chicos de nuevo demandando asistencia ¿no?, incluso antes de ayer vino un chico que hace cinco años se fue interrumpiendo la última etapa y está consumiendo, vino diciendo que necesitaba terapia porque estaba consumiendo y bueno estamos en ese diagnóstico para ver qué tipo de asistencia necesita pero lo único que me dice cuando baja (vos sabes que a mí me ha servido mucho el tratamiento que he hecho) incluso que nos llevábamos mal porque el problema era realmente...

y en general cuando no se van de alta es como que la relación no está buena porque tenemos objetivos diferentes, no somos enemigos pero si tenemos objetivos diferentes, es decir quien quiere consumir tiene objetivos muy diferentes a los temas a su familia entonces la relación a partir de ahí se deteriora ¿no?

-Puede ser

- pero lo bueno de eso es que sí, la mayoría, pero muchos chicos que han interrumpido su tratamiento "vuelven", a veces no cristalizan un nuevo tratamiento ¿no? pero sí hay éstos flashes, que se llaman flashes, te hablan, a veces que yo los veo por ahí me junto a tomar un café que no se han ido de alta pero igual la relación se ha mantenido mas o menos buena y bueno siempre es che quiero volver, quiero volver, bueno dale después no aparecen tienen ese ciclo se acomodan algunos vuelven al tratamiento, muchos vuelven, hemos tenido chicos que tres veces de tratamiento, (la tercera es la vencida...risa) este pero hemos tenido chicos que tres veces de tratamiento, esto es muy frecuente sobre todo chicos chicos de 14, 15 años cuando ingresan al tratamiento nosotros como que ya sabemos que el tratamiento va a ser largo y que va a sufrir baches de interrupción porque es muy difícil pensar también que un chico a los 14 años que inicia ya salga de alta y tenga resuelto cosas que la edad misma no le permite resolver ¿no? es fortalecerlo un poquito y recién ahí y ahí si se realiza un tratamiento reducción de daños que es otro parámetro asistencial que es salirse un poco de lo ideal, acomodarse un poco que no se drogue tanto si digamos la condición familiar nos permite trabajar en los conceptos de abstinencia y uno sabe que son chicos que van a interrumpir y si uno genera una buena relación porque eso apunta también a saber que van a volver, van a volver ya con otra estructura ya con otro recorrido

- ¿Ver el tratamiento de otra forma?

- Ya con 17 años ya hay otra iniciativa y otra herramientas sí, sí, esto pasa también, bastante frecuente

- ¿Como entiendes la adicción en estos casos?

- Sí, pasa que es una cuestión muy teórica, por definición y por la edad de los chicos que yo trabajo, no trabajamos con chicos adictos desde lo teórico, desde la adicción digamos desde la definición de adicción, se llaman en general abusadores de sustancias o hacen un uso problemático o a través de una

sustancia despliegan y solucionan otras cosas, soluciones con su identidad, de pertenencia sobre todo obviamente yo trabajo en adolescentes, estamos hablando de la adolescencia donde el factor droga les permite relacionarse y buscar una identidad, ser alguien, entonces sí desde ahí ya lo podemos decir que son adictos para toda la vida porque en este proceso, en este punto de la vida no lo ha sido, si que es el camino hacia la adicción, la adicción digamos uno no nace adicto sino va construyendo y para ser adicto tiene que pasar por el consumo de lo problemático, esporádico, un consumo habitual, la abuso, la adicción y la dependencia digamos son pasos necesarios, por eso si nosotros igual intervenimos siempre estamos hablando de prevención así sea la persona que haya consumido poco (es que poco y mucho también es muy relativo)

- *¿Depende el caso de cada persona?*

- Tiene que ver un familiar, el contexto identificatorio porque la persona que consume por ahí marihuana, no sólo le gusta o busca el efecto de la marihuana sino a la vez le gusta las personas que consumen marihuana, les gusta como piensa la gente que consume marihuana, les gusta el estilo de vida de los que consumen marihuana, le gusta la música que escuchan entonces el problema es más que la droga, no la droga sino que como bandera identificatoria y los hacen digamos como que se vayan metiendo en el callejón del consumo y a partir de ahí solamente signifique en su vida y eso es lo que empieza a transformar el problema como cualquier cosa, con todo lo que decidamos una sola cosa que significa en tu vida, uno tiene un riesgo potencial de desarrollar un problema

- *Claro*

- Entonces cuando salen de acá si tenemos, en general no te puedo decir bien esto es mas que suposición porque no tenemos un registro formal, entonces mas que nada estoy suponiendo, y trabajamos nosotros para preparar a los padres también que la cuarta etapa, son tres etapas acá, nosotros a la cuarta etapa le llamamos a toda la vida, en la cuarta etapa van a tener recaídas, digamos... es posible que aparezcan. Para desidealizar un montón de cosas, porque las recaídas también enseñan muchas cosas y son formas que ellos por muchos años han tenido que resolver ciertas cosas y es probable que aparezcan, no necesariamente que recaigan lo van a convertir en adictos o van a volver consumos sintomático o cotidiano, esto es lo mismo que una persona que haya hecho una dieta y con mucha fuerza haya logrado bajar 20 kilos, está bien y cada tanto, también en su dieta una persona tiene un recaída pero no significa que haya vuelto a las pautas de antes, por la misma estructura de antes, con el mismo lazo afectivo, con la droga, con la misma identificación, por ahí ya tiene otras identificaciones que le permite que una recaída sean situaciones aisladas, que es eso lo que uno en un tratamiento reconstituye también, hacer una significación madurante, que empiecen a encontrar satisfacciones sin que medie siempre la droga, que empiecen a encontrar relaciones personales sin que medie la droga. Entonces la droga cada tanto va a aparecer, esos chicos que se pueden ir de alta a los 20 años; tienen 25, diez años todavía de juventud, que se van a un recital, que van a un boliche...

-¿Que van a estar en una situaciones de riesgo por así decirlo?

Claro, pero cuando un no despliega estas cuestiones que aparecen en la adolescencia, es como que tienen mayor recursos para arreglar, para decir que no y para no hacer de un significado de su vida, porque ya tiene otro significado, tiene una carrera, tiene un laburo que quiere cuidar, tiene un mina..., no sé digamos hay cosas, hay mas motivos para decir que no y para que sean situaciones aisladas. De todas formas, el parámetro nuestro tampoco es el que vos consumas drogas, sos adicto, como todos los que consuman alcohol el alcohólico ¿no? digamos hay una diferencia, no por una vez que uno consume eso va a marcando la adicción, que si responde a un mensaje mó dico esto de que el consume droga es adicto, nosotros realmente por prácticas y sabemos que no es necesariamente así y sabemos que uno se tiene que correr de esas cosas para trabajar funcionalmente porque sino estamos condenándolo a ser adicto. Si una persona después de un tratamiento recae y la recaída es sinónimo de ser adicto, ahí si le estas diciendo ¡vos sos adicto para toda la vida!, en cambio que tengas errores, que cada tanto flaquees, que tengas vaivenes pero que sigas con la lucha, que sigas con cosas significativas en tu vida no significa que seas adicto, sos una persona común como todos cuando tenemos una propuesta, una motivación, un esfuerzo que hacer y a veces flaqueamos ¿no?, tiene que ser conceptualizada de esa manera. Yo creo que en realidad no tenemos un seguimiento sistemático que pueda decir sí es esto o esto. Supongo que en esta etapa de postratamiento si puede haber, es muy probable que haya recaídas, a lo que apuntamos es para que las persona no despliegue todo su significado de la vida a través del consumo, eso ya es un parámetro que es lo que determina la diferencia entre la persona que consume alcohol los fines de semanas de forma recreativa y un alcohólico, la diferencia no la hace la sustancia de ninguna manera, el poder adictivo no ésta en la sustancia sino esta en los recursos de la persona y en la posibilidad de significar su vida a través de otras cosas. De la misma manera cuando significan y se acomodan otras cosas ya tienen un por qué no entonces ya quizá si aparece la droga, la droga puede ser un efecto de socialización o de festejo ¿no? como puede ser un champaña que uno se toma en un casamiento no es que uno es adicto a champaña. Pero bueno es una de esas cosas que uno hace, uno puede hablar de conducta socialmente indeseable como ir a una prostituta a pagar que a veces unos no lo hace como... digamos uno no se relaciona sexualmente de esa manera, no es el único vinculo que establece pero a veces lo hacen en una despedida de solteros de un amigo y no significa que tenga una patología pero sí hay personas que tienen patologías digamos con esto de la prostitución y de las mujeres y no pueden establecer otro tipo de relación, no es polar la cosa, el que lo hace una vez ya es un adicto a las putas, no tiene nada que ver aunque una persona que se proponga a no hacerlo mas puede tener recaídas también pero vida puede ser significativamente diferente y cada tanto, bueno se va a una loca (risa) pero esto ya no es la única manera de satisfacerse sexualmente, de lograr una relación pero bueno, hizo un tratamiento, se curó; va se curó es un término...

- ¿Quiso dejar algo digamos y en cierta forma pudo mantenerlo?

- Si tuvo una crisis seguramente lo va a resolver de esa manera, pero si es aislado y si desplegó recursos, pudo remontar también la trayectoria que veníamos dando no es que toda la vida va a tener problemas con eso ni nunca más va a poder tocar una loca (risa)

-Si se entiende. Un pregunta mas: ¿Cómo ves un programa para reafirmar o reafianzar los logros?

- Y... para tener bases mas empíricas porque sino son sensaciones, son suposiciones y bueno, en esto creo también como actor de salud tiene que a veces ponerse esas cuestiones, uno tiene metodologías de investigación y saber que una sensación de suposiciones no sirven si uno no la sistematiza. Y un base empírica que te diga o que te permite abrir preguntas o cuestionamientos. Por eso es que un motivación, una inquietud propia que viene desde principio de año que quiero sistematizar un seguimiento postratamiento para tener una base y a partir de ahí empezar a suponer y a preguntarme porque todo lo que estamos teniendo es absolutamente informal de los chicos, no existen las misas preguntas, el mismo chequeo, o sea es también relativo al discurso de los que vienen uno logra suponer que andan bien pero al no tener una base empírica y no haces algo mas formal es solamente que uno lo que uno sabe.

- Perfecto. Bueno muchas gracias por tu tiempo. Va a ser de gran ayuda.

F.2. ELEMENTOS DE LOS TALLERES:

F.2.1. Cuestionario de Participación:

Cuestionario de participación:

Si usted accede a participar en esta encuesta, se le pedirá completar un cuestionario de 10 preguntas. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este cuestionario es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de recabar datos. Sus respuestas al cuestionario serán trabajadas en forma estadística por lo que serán anónimas.

Desde ya se agradece su participación.

ENCUESTA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Marque con una cruz su repuesta)			
Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino
Edad	<input type="text"/>		
¿Posee experiencia laboral?	Si	<input type="checkbox"/>	No
Meses en el Programa (Indique cantidad)	<input type="text"/>		

1.- ¿Crees que ya has dejado atrás tu problema con las drogas?

Marca con una cruz, debajo de la opción elegida.

Por supuesto	Casi por completo	Mas o menos	Un poco	No

2.- Si te encontrás con alguien que consumía sustancias. ¿Como reaccionarías para explicarle que estuviste en un centro de rehabilitación?

Marca con una cruz, al costado de la opción elegida.

Evitándolo/a.	
Invitándolo a que el también participe del mismo.	
Solamente contándole	
No le diría nada.	
No me encuentro con personas con las que haya consumido.	

3.- ¿Cuando conoces a alguien y tienes confianza con el/ella le comentas que tuviste problemas por consumo de sustancias?

Marca con una cruz, debajo de la opción elegida.

Siempre	Muchas Veces	Cundo me lo piden	Pocas Veces	Nunca

4.- ¿Cuánta posibilidad de participación consideras que hubo en las diferentes actividades?

Marca con una cruz, debajo de la opción elegida.

Siempre	Muchas Veces	Cundo me lo piden	Pocas Veces	Nunca

5.- ¿Crees que tu familia te considera totalmente recuperado?

Por supuesto	Casi por completo	Mas o menos	Un poco	No

6.- ¿Cuando conoces a alguien y tienes confianza con el/ella le comentas que tuviste problemas por consumo de sustancias?

Siempre	Muchas Veces	Cundo me lo piden	Pocas Veces	Nunca

7.- ¿Por favor a continuación puedes describir con tus palabras como te como te sentís en esta nueva etapa?

8.- ¿Te gustaría sugerir temas y actividades que no se han tratado y podrían realizarse en esta nueva etapa, podrías describirlas brevemente?

9.- ¿Cuales crees que son los aspectos que más cambiaron en el tiempo que llevas en el programa?

10.- ¿Cuáles actividades no te gustaron realizar?

¡Muchas gracias por responder este cuestionario!

F.2.2. Tarjetas de Preguntas 6º Encuentro:

A continuación relájese píense por 5 minutos cada respuesta y escríbala en el espacio provisto.

- *¿Cuales son las circunstancias en que cree mas factible volverías a consumir?*

- *¿Jerarquizar en orden tres situaciones que más estrés te produzcan?*

Formulario descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor:	Ceballos, Fernando Ignacio
E-mail:	ficeballos@hotmail.com
Título de grado que obtiene:	Licenciado en Psicología

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	<i>Taller de Reflexión: Abordaje para consolidar la sobriedad en adictos recuperados</i>
Título del TFG en inglés	Reflection Workshop: Approach to consolidate sobriety in recovering addicts
Tipo de TFG	P.A.P.
Integrantes de la CAE	Psic. Giorgi, Amalia – Lic. Galletti, Hilda
Fecha de último coloquio con la CAE	9 de abril de 2012
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	CD en formato PDF

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (marcar con una cruz lo que corresponda)

Autorización de Publicación electrónica:

- Si, inmediatamente**
- Si, después de mes(es)**
- No autorizo**

Firma del alumno