

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado. Plan de intervención
Licenciatura en Psicología
Titulo: Inclusión social en adicciones
Nuevo Hospital San Antonio de Padua
Muñoz, Evangelina
Leg.: PSI01028
Tutor: Dr. y Lic. Rubén M. Pereyra
Río cuarto, Córdoba
Julio 2020

Índice

Resumen	Pág.4
Introducción	Pág.5
Línea estratégica de intervención	Pág.7
Resumen de la Organización	Pág.10
Delimitación del problema o necesidad objeto de la intervención	Pág.15
Objetivos	Pág.17
Fundamentación	Pág.18
Marco teórico	
<i>Capítulo 1:</i>	Pág.23
<i>Capítulo 2:</i>	Pág.27
<i>Capítulo 3:</i>	Pág.32
<i>Capítulo 4:</i>	Pág.37
Plan de acción	Pág.42
Actividades	Pág.43
Diagrama de Gantt	Pág.56
Recursos	Pág.57
Presupuesto	Pág.58

Evaluación	Pág.61
Resultados esperados	Pág.62
Conclusión	Pág.63
Referencias	Pág.65
Anexos	
Anexo 1	Pág.74
Anexo 2	Pág.75
Anexo 3	Pág.77
Anexo 4	Pág.82
Anexo 5	Pág.83
Anexo 6	Pág.84
Anexo 7	Pág.86

Resumen

El presente plan de intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. Se plantea el desarrollo de un Taller psicoeducativo en 6 encuentros de frecuencia semanal para promover la inclusión social de pacientes asistidos por adicciones en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, en coherencia con la adecuación al nuevo paradigma sobre salud mental que exige el marco legal vigente en la República Argentina. A los fines de evaluar el impacto del dispositivo aplicado se recurrirá a instrumentos de testeo previo y posterior que permitan elaborar conclusiones y posibles recomendaciones.

Palabras claves: adicción – problemas sociales - exclusión social - taller

Introducción

El marco legal vigente desde el año 2010, que incluye la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, el decreto reglamentario 603/2013 y el Plan Nacional de Salud Mental entre otros, postula la formalización de un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental, que si bien ya había sido vislumbrado por movimientos precursores, toma ahora fuerza de ley. Entre otras nuevas perspectivas, se destaca la que corresponde a las adicciones o consumo problemático de sustancias, que pasan a ser consideradas un fenómeno incluido definitivamente dentro de la salud mental, resaltando su multicausalidad y la complejidad de sus implicancias. Uno de los puntos en los que más énfasis hace la nueva reglamentación así como los programas y elaboraciones teóricas sucedáneas, es la estrecha vinculación entre el fenómeno de las adicciones y la inclusión-exclusión social, y lo imperiosa que resulta una intervención preventiva y asistencial al respecto.

En línea con estos conceptos es que se ha planteado el desarrollo de este plan de intervención, seleccionando como organización para su aplicación el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, ya que el mismo representa un centro de referencia para la ciudad y la región, y durante el análisis de sus funciones y actividades se pudo considerar pertinente fortalecer el abordaje del consumo problemático de sustancias principalmente en lo que respecta a la inclusión social de sus pacientes. Con ese objetivo presente se plantea un dispositivo grupal, concretamente, un taller psicoeducativo.

Es preciso destacar que con su objetivo este trabajo pretende optimizar la adecuación al nuevo paradigma de desestigmatización e inclusión social de la persona que sufre un padecimiento relacionado con el consumo problemático de sustancias psicoactivas dentro del

ámbito de la salud pública, y que esto responde a disposiciones internacionales de amplio consenso que son consideradas impostergables.

Línea estratégica de intervención

El presente Trabajo Final de Grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, será abordado desde la línea estratégica de Nuevos paradigmas en salud mental, partiendo de la definición de paradigma como modelo, patrón o ejemplo que debe seguirse ante determinada situación, según Universidad Siglo 21 (2019), y teniendo en cuenta que en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, su decreto reglamentario 603/2013 y el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) plantean la necesidad de adecuación a nuevos valores y principios en el abordaje del padecimiento mental.

El Plan Nacional de Salud Mental, elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en cumplimiento de lo estipulado por la Ley Nacional N° 26657, dentro de su marco conceptual y referencial hace hincapié en el advenimiento de un nuevo paradigma, un re direccionamiento en materia de Salud Mental y adicciones, y explica que la sanción de dicha Ley responde a la necesidad de instaurar los nuevos valores y principios de la Salud Mental.

El nuevo paradigma planteado por el PNSM (2013) concibe que la Salud mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico. Que no se agota en los servicios de salud específicos tradicionales, sino que aspira al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social. Que reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas. Dichos componentes son objeto de estudio de diversas disciplinas que a su vez deben interactuar entre sí para dar cuenta de las complejidades planteadas y derivadas. En ese sentido promueve los procesos de atención

basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. (Plan Nacional de Salud Mental, 2013, pp.14-15 y 16)

“La Ley Nacional de Salud Mental se apoya en la inclusión y la desinstitucionalización. (...) Implica un cambio en las políticas de salud mental concentrada en hospitales psiquiátricos hacia un modelo de base comunitaria. Este modelo se caracteriza por su integralidad y accesibilidad, promoviendo la generación de proyectos de vida saludables, con la incorporación de la salud mental en la atención primaria, la participación de la comunidad y la utilización de estrategias de promoción y prevención.” (Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud, 2015, p.7)

En el caso puntual del Plan de Intervención que se busca desarrollar aquí, pretendemos abordar específicamente los cambios de paradigma que dentro de la Salud Mental incumben a la problemática de las adicciones o consumo problemático.

En ese sentido, nos apoyaremos en el marco legal actualmente vigente: el artículo 4° de la Ley Nacional de Salud Mental establece que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Y “En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental (2013) enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. (...) En el campo de las adicciones, se tiende a superar la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. Asimismo, dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro

país en Naciones Unidas y las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños.” (PNSM, 2013, p. 15)

A partir de este marco legal, se procurara delimitar las necesidades actuales en relación con el consumo problemático de sustancias dentro de la organización seleccionada así como indagar en las diferentes alternativas disponibles para cubrir esas necesidades con un enfoque realista, fundamentado científicamente y teniendo siempre presente la incumbencia profesional que corresponde al psicólogo y su rol en la interacción disciplinaria.

“La adicción es una enfermedad con componentes biopsicosociales: las causas pueden ser múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo. El abordaje terapéutico incompleto, es decir, desconociendo alguna de las esferas anteriormente citadas, no solo conlleva al fracaso, sino que implica desconocer al ser humano desde los molecular hasta lo macrosocial” (Waisman, M. Benaberre, A. 2017, pág. 253)

Síntesis de la institución seleccionada:

La institución seleccionada es el Servicio de Salud Mental que funciona dentro del Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, con dirección en Guardias Nacionales 1027.

Con respecto a su historia, de acuerdo a Universidad Siglo 21 (2019), vale señalar que en el año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que por ese entonces tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Su apertura formó parte de la creación de unidades efectoras de salud mental en hospitales generales. El lugar destinado para este servicio fue el pabellón 5 del predio del hospital regional, ubicado al sur de la ciudad de Río Cuarto en barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. A pesar de encontrarse dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica. Tanto los recursos humanos, técnicos o de infraestructura como los financieros eran propios, sustentados con dinero que provenía del Estado. Cabe destacar que la creación de unidades efectoras de salud mental formaba parte de una incipiente política de transformación, que había comenzado en la Europa de la posguerra, con algunos movimientos que fueron precursores de aquello que luego dio en llamarse salud mental como disciplina. Si bien los fundamentos de esa época no estaban tan desarrollados como lo están ahora las actuales políticas de salud mental, la inspiración provenía de una política de transformación que ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Sin embargo, no se planteaba la

transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 1978, según Universidad Siglo 21 (2019), por medio de una disposición, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. La resolución indicaba el traslado de los hospitales a las provincias, delegándoles a éstas todo el poder. En el marco de las legislaciones propias del proceso militar en curso, se produjo el traslado de todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua, que brindaba atención a casos de tuberculosis, pero se encontraba casi desocupado. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas.

En el año 1984, citando a Universidad Siglo 21 (2019), se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Esto y la apertura democrática significaron un importante crecimiento para el servicio, de modo tal que la atención comunitaria y el área de Rehabilitación se plantearon con estrategias terapéuticas no tradicionales. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo.

En el año 1993, conforme a lo mencionado en Universidad Siglo 21 (2019), debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de este, hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Todo esto sucedió ya en el marco de las nuevas políticas de transformación de la

salud mental, con un nuevo enfoque que en general dio en llamarse de “democratización de la salud mental”, en consonancia y a partir de la propuesta de Franco Basaglia en Trieste (Italia).

En ese mismo año (1993), citando a Universidad Siglo 21 (2019), se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental). Desde esa fecha ingresaron tres grupos de residentes, uno por cada año. En 1995 ingresó el último grupo y, a partir de esa fecha, no hubo más residentes hasta casi diez años después, en el año 2004, cuando se reabrió, y continúa funcionando hasta la actualidad.

Debido a la crisis administrativa pública provincial, se restringieron los recursos y la unidad programática pasó a transformarse en un servicio más del hospital general. Es así que, en el año 1997, se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Río Cuarto. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 2004, todo el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital general.

En el año 2011, de acuerdo a lo mencionado en Universidad Siglo 21 (2019), se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. Para ello, se realizaron reuniones informales con los agentes que componen el servicio y, en función de los intereses propios de los profesionales, se planteó una distribución interna de estas actividades.

Con posterioridad a la conformación programática de estas áreas, desde la Jefatura de Departamento y la Dirección del hospital, se apoyó la iniciativa, otorgando por resolución interna la posibilidad de disponer de un pabellón para el funcionamiento de Hospital de Día.

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP), ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, emplazado y con funcionamiento en los pabellones 5 y 6 de la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426, al edificio central del NHRC SAP, cito en Guardias Nacionales 1027. (Universidad Siglo 21, 2019)

Uno de los objetivos que motivó este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N° 9848 como nacional N°. 26657.

Como se puede observar en lo descrito, el perfil, la ubicación y el modo de funcionamiento del Servicio de Salud Mental fueron cambiando a lo largo del tiempo.

La misión de la institución, mencionado en Universidad Siglo 21 (2019), es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal.

En cuanto a la visión, según Universidad Siglo 21 (2019), la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la

salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos secuelares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.

La tendencia en los últimos 13 años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. Dicho perfil responde a un marco político de atención en salud mental, cuyo desarrollo se viene promoviendo desde hace varias décadas a nivel mundial. Esta política tiene como uno de sus ejes principales, en general, el enfoque de derechos para el campo de la salud, y una especial atención a los derechos humanos en lo que refiere a la salud mental. Consecuentemente, se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial.

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por ese motivo, en el modelo de abordaje integral se incluyen todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia. (Universidad Siglo 21, 2019).

Delimitación de la necesidad o problemática objeto de la intervención

Según el material bibliográfico de Universidad Siglo 21 (2019) sobre el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital de Río Cuarto, se observa que no se explicitan dispositivos específicos, ya sea asistenciales o preventivos, para el abordaje de adicciones o consumos problemáticos dentro de sus prestaciones. Si bien puede considerarse incluida la atención de personas con padecimiento relacionado al consumo de sustancias dentro de uno de sus ejes de acción (“asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos”), no se objetiva en ninguna de sus modalidades asistenciales la presencia de un programa o dispositivo formal y específico.

En el dispositivo Hospital de Día no se incluye el abordaje de adicciones y de hecho la presencia de dicha problemática en un paciente constituye un motivo de exclusión.

El dispositivo de Intervención Comunitaria tampoco presenta programas concretos dirigidos a la población que padece una adicción y/o sus familiares. Es cierto que se plantean objetivos generales y ejes de trabajo a futuro que bien pueden incluir casos de este tipo, pero no de manera definida.

Tampoco se explicitan vínculos institucionales formales que articulen los distintos niveles de atención: “En el Servicio de Salud Mental específicamente, no hay un programa establecido que incluya el trabajo conjunto con otras instituciones. Sin embargo, en reiteradas ocasiones se trabaja en red, la cual se constituye de manera situacional, en función de cada caso en particular.”

Teniendo en cuenta que para el cumplimiento de su misión la institución desarrolla acciones preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad) le concierne intervenir con un

abordaje especializado, atendiendo las múltiples necesidades del paciente adicto, durante el tiempo necesario, de manera integral y con los dispositivos adecuados y que han demostrado ser más efectivos. Esto se desprende de lo establecido por el marco legal vigente: La Ley Nacional de Salud Mental y su decreto reglamentario, el Plan Nacional de Salud Mental y la Ley Provincial así como las disposiciones, guías y protocolos que se han desarrollado a partir de ellos.

Objetivo general:

Promover la inclusión social de pacientes adictos asistidos en el servicio de salud mental del nuevo Hospital San Antonio de Padua a través de un taller psicoeducativo.

Objetivos específicos:

- Dimensionar la problemática de las adicciones.
- Reflexionar sobre las representaciones sociales y la estigmatización de las adicciones a nivel comunitario.
- Fortalecer los lazos sociales.

Justificación

El abordaje de las adicciones representa un desafío de marcada actualidad y severidad para la salud pública y la sociedad en general, ya que éstas surgen a partir de una compleja multicausalidad, implican consecuencias que afectan a los usuarios, sus familias y la comunidad, y exigen estrategias terapéuticas preventivas y asistenciales oportunas, eficaces y fundamentadas en el trabajo interdisciplinario y en red.

En nuestro país, la ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) actualmente vigente ha redimensionado esta problemática, ubicándola en el mismo nivel de relevancia que cualquier otra del ámbito de la salud mental, e instituyendo su abordaje como una prioridad para los organismos del estado y la sociedad civil.

Según el documento Pautas y herramientas para la atención integral frente al consumo excesivo de sustancias, en particular el alcohol (PhAI, 2018): “el consumo problemático de bebidas con alcohol y de otras sustancias psicoactivas (...) se presenta como una de las principales causas de carga de morbilidad y constituye un factor de riesgo de homicidios, accidentes de tránsito, suicidios, conductas violentas, etc. Los cambios en los patrones de consumo de alcohol (entre otros, edades de inicio de ingesta alcohólica cada vez menores y aumento de consumo en mujeres) lo establecen como uno de los principales temas de agenda de la salud pública nacional e internacional.”

En el mismo documento se recopilan datos estadísticos epidemiológicos que permiten objetivar la problemática:

“Según el Informe de Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales y del Comportamiento de 2011, fueron 14.478 las internaciones debidas al consumo de sustancias psicotrópicas, representando el 32,9% de las internaciones totales por motivos de salud mental.”

“Desde 2003, se realiza en nuestro país el estudio de ingresos a salas de emergencia asociados al uso de sustancias psicoactivas. En 2012 se alcanzó el mayor porcentaje de consultas en emergencias por consumo de sustancias en el período de estudio (11%), representando un 40% de incremento respecto de 2009; del total de registros de ingresos a salas de emergencia, un 12% se vinculó con el consumo de sustancias psicoactivas (...). Por otro lado, se vincularon con el consumo de alcohol los intentos de suicidio (92%), las situaciones de violencia (81%) y los accidentes de tránsito (77%).” (PhAI, 2018)

Otro documento oficial, en este caso el “sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población general” de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) de Presidencia de la Nación, a través de su Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), 2017, arrojó entre otros los siguientes resultados en relación a la magnitud de consumo:

“El consumo de alcohol y tabaco presenta las prevalencias más altas, ya sea de vida, año y mes, seguida por el consumo de marihuana. El consumo reciente de alguna droga ilícita pasó del 3,6% en el año 2010 a 8,3 % en la actualidad. Para todas las drogas ilícitas, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres.”

Dentro del marco del mismo estudio, se presentan los principales resultados de la provincia de Córdoba:

“Casi el 53% de la población en Córdoba fumó alguna vez en la vida y el 89,3% tomó alguna bebida alcohólica. Respecto del consumo de drogas ilícitas, el 19,3% de la población probó alguna vez alguna droga ilícita y de ellas, las que tienen mayor prevalencia de vida son marihuana (18,4%), analgésicos opiáceos sin prescripción médica (5,9%), cocaína (4,8%) y tranquilizantes sin prescripción médica (3,1%).

Dentro del mismo estudio se efectúa una comparación de datos entre provincia y nación:

Entre la población de 12 a 65 años de la provincia de Córdoba, que viven en localidades de 80 mil habitantes y más, las sustancias legales (alcohol y tabaco) son las que presentan mayor tasa de consumo de alguna vez en la vida, de igual forma que en el resto del país. Respecto del consumo de drogas ilícitas, el 19,3% de la población en la provincia probó alguna vez alguna droga ilícita mientras que a nivel nacional se sitúa en los 18,3%. De estas últimas, las sustancias de mayor prevalencia de vida coinciden en importancia de consumo en Córdoba y en el total país: marihuana (18,4% provincia / 17,4% nación), analgésicos opiáceos sin prescripción médica (5,9% provincia / 6,2% nación), cocaína (4,8% provincia / 5,3% nación) y tranquilizantes sin prescripción médica (3,1% provincia / 3,2% nación). (SEDRONAR, 2017)

Esta evidencia epidemiológica valida la intervención prioritaria desde la salud pública, y el marco legal establece los principios y lineamientos a seguir en el abordaje, así como los valores que se deben respetar, las estrategias terapéuticas que se deben promover y las incumbencias que las distintas áreas del estado y la sociedad tienen en esta problemática.

El abordaje de las adicciones que promueve el nuevo paradigma instituido por la Ley de Salud Mental (2010), posiciona al hospital general en un rol protagónico:

“Se encuentra ampliamente probado que el abordaje de la salud mental dentro del ámbito de atención en un hospital general disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de los usuarios, lo cual ocurre con mayor frecuencia en las instituciones monovalentes. Sanitariamente, la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en estas instituciones garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad.”

(Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales, 2018)

Lo antedicho no exime del cumplimiento de ciertas prerrogativas que apuntan a dejar de lado el modelo médico-hegemónico y la lógica manicomial: conformación de equipos interdisciplinarios y trabajo con base en redes comunitarias favoreciendo la inclusión social y la desestigmatización de la persona que padece.

Con respecto al abordaje interdisciplinario el Plan nacional de salud mental (2013) aclara:

“Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias, pero sí las hegemonías, de algunas profesiones. No borran especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles.”

El rol del psicólogo como agente habilitado para intervenir en la problemática con su multidimensionalidad, sus diferentes alternativas terapéuticas y singularidades, queda establecido y justificado desde el marco legal y la necesidad de la población. Es preciso trabajar no sólo

sobre el cuadro psicopatológico sino también hacia la reconstitución del lazo social, la superación del estigma y la promoción de la salud del paciente, la familia y la comunidad.

En adiciones *“como en toda patología de orden mental, el abordaje del paciente debe ser entendido desde las tres esferas, que de antaño la sociología explica como atravesadoras del ser humano. Aquella esfera biológica, inherente al propio cuerpo, de sus comunicaciones tanto internas como de su interacción con otros y como así también de aquellos factores que implican habitar un ecosistema, es decir, abarcar aquello que va desde los genético hasta lo fenotípico sin olvidar lo epigenético. A esto se suma la esfera psicológica, que implica aquel mundo interno que el paciente ha podido construir, para luego integrarlo a una esfera social, donde todo toma diferente significado y se transforma en una construcción conjunta de análisis.”* (Waisman Campos, M y Benaberre Hernandez, A. 2017, pág. 253)

Marco teórico

Capítulo 1: historia y características generales de las adicciones

Según la OMS (2004) “Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En 1957, un Comité de Expertos de la OMS diferenció entre la habituación y la adicción a las drogas basándose en la ausencia de dependencia física, en que no existe compulsión a tomar la droga, sino mero deseo, y en que la tendencia a aumentar la dosis es escasa o nula. Luego, en 1964, un nuevo Comité de Expertos de la OMS introdujo el término “dependencia” para sustituir a los de adicción y habituación, ya que como ventaja éste puede tener varios grados de severidad. Por regla general, el término “dependencia” puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., dependencia del alcohol, dependencia de opiáceos). Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. (OMS, 1994)

En el DSM-III-R (1987), la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10. Pese a que en la CIE-10 (1992) se describe la dependencia de manera que puede aplicarse a

todas las clases de drogas, existen diferencias en los síntomas de dependencia característicos de cada sustancia concreta. (OMS, 1994)

La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (1992) en su lugar utiliza “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas”, pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público general. (OMS, 1994)

Luego, en 1994, La Organización Mundial de la Salud definió “Adicción” (a las drogas o alcohol) como Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona.

Con respecto a “droga”, la OMS (1994) aclara que es un término de uso variado que en el lenguaje coloquial suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales.

Una definición de 2004 de sustancias psicoactivas de la misma OMS explica que son sustancias, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. (...)

Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, en su quinta y última edición de 2014 (DSM-V), no se emplea el término “adicción”, sino que se habla de “trastornos relacionados con sustancias”, que se dividen en “trastornos por consumo de sustancias” y “trastornos inducidos por sustancias”. Dentro de los últimos se incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos. Por otro lado, se utiliza como equivalentes los términos “sustancias” y “drogas”.

A nivel mundial, los términos y conceptos han variado con el paso del tiempo a la luz de nuevas evidencias científicas y por la necesidad de dar una u otra connotación según algún objetivo específico, ya sea sanitario, político o ideológico. Se observa una evolución desde una perspectiva biológica a la inclusión de elementos aportados desde la psicología y la valoración de factores propios de la esfera social. Sin embargo, continúa teniendo una marcada presencia internacional la criminalización de la problemática.

En nuestro país, el artículo 4º de la Ley de Salud Mental (2010) establece como términos equivalentes a “las adicciones” y al “uso problemático de drogas”. Luego, desde el Plan nacional de salud mental se define a los consumos problemáticos de sustancias como: “consumo que atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas. Esto puede darse en los diferentes niveles de consumo (uso, abuso, y/o adicción) y con independencia del tipo de sustancia consumida (legal y/o ilegal). Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino

fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital” (PNSM, 2013)

Esta definición implica un cambio de paradigma en el abordaje de esta problemática en nuestro país: se supera la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, y se propugna la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria.

Asimismo, a partir de la Ley de salud mental N° 26657 (2010) y según el Plan nacional de salud mental (2013) consecuente con ésta, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños, lo cual también implica un cambio de modelo con respecto a perspectivas pasadas.

La ley 26934, que establece el Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos (Plan IACOP) define el modelo de reducción de daños en su artículo 10°: “se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promueven la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.”

El nuevo modelo propuesto entonces promueve que el eje del abordaje sea puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca, planteando el objetivo de desestructuración de prejuicios (el adicto visto como delincuente y dañino) y de inclusión social. PNSM (2013)

Para Gomes, R. (2017) *La perspectiva tradicional y hegemónica implica un centramiento en el “objeto” droga, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, del “sujeto” que establece una relación problemática con la sustancia. La consecuencia*

lógica de este modelo es la imposibilidad de interrogarse sobre las intervenciones, los dispositivos asistenciales, las políticas sobre el consumo problemático de drogas y su eficacia; generando, adicionalmente, un reforzamiento de los estereotipos que aún impregnan las prácticas preventivas, asistenciales y la formación de recursos humanos en la temática.

En el campo de la drogodependencia el paradigma dominante, la teoría convencional y hegemónica ha perdido fuerza explicativa, ha comenzado a acumular anomalías, ha dejado de ser un modelo-guía coherente y por lo tanto las acciones -asistenciales, preventivas, educativas- que de ella se derivan acumulan fracaso tras fracaso. (Gomes, R. 2017)

Capítulo 2: perfil de los adictos

La confluencia de determinadas características personales y sociales incrementa la probabilidad de implicarse en usos problemáticos de drogas. Ciertos atributos individuales o factores de riesgo psicosociales facilitan la transición de un consumo esporádico o irregular a un consumo abusivo y compulsivo del alcohol y/o drogas. (Gómez, R. Pollet, D. Schroeder, R. y Luque, L. 2009)

Sin embargo, no existen evidencias teóricas o empíricas para arribar a la afirmación de que los sujetos que consumen drogas constituyen un grupo homogéneo. La problemática del abuso de sustancias puede adquirir las más diversas expresiones, las que probablemente estén relacionadas a la variedad de sustancias psicoactivas existentes en nuestro medio (legal e ilegal), al grupo etario al cual pertenezcan uno u otro consumidor, a las características personales o socioculturales de los individuos involucrados, etc. (Gómez, R. Pollet, D. Schroeder, R. y Luque, L. 2009)

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) de Presidencia de la Nación, realizó a través de su Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), el sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años, cuyo principal objetivo es obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, los diferentes patrones de uso, el perfil sociodemográfico de los usuarios, como así también poder indagar sobre la percepción que la sociedad tiene del riesgo vinculado a diferentes sustancias y su vulnerabilidad en cuanto a la exposición al ofrecimiento de drogas.

La información obtenida permite caracterizar un perfil sociodemográfico, epidemiológico, del consumidor o usuario de sustancias psicoactivas de acuerdo a una serie de indicadores básicos correspondientes a aquellas de consumo más frecuente.

En el caso del consumo de alcohol: El consumo actual de alcohol se encuentra presente en el 53% de la población, y en mayor medida en los varones. Entre los 18 a los 24 años se observa la tasa más elevada del 62 % y entre los adolescentes, la menor, del 34,7%. La edad de inicio promedio en el consumo se ubica aproximadamente en los 17 años. (SEDRONAR, 2017)

En el caso del tabaco: casi 29 personas de cada cien fuman actualmente. Entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres (32,2% y 25,3 % respectivamente) y son los jóvenes de 25 a 34 años quienes tienen niveles de consumo más elevados. La edad de inicio promedio en el consumo de tabaco se ubica aproximadamente en los 17 años. (SEDRONAR, 2017)

En el caso de los Psicofármacos sin prescripción médica: El estudio nacional estima que 15 de cada cien ha consumido medicamentos psicofármacos bajo tratamiento médico o bien por su cuenta. El inicio en el consumo sin prescripción médica (s/pm) de tranquilizantes se ubica cercano a los 25 años con una tasa de consumo reciente del 0,7 %, algo superior entre las

mujeres y entre los adultos de 25 a 34 años (0,9 % y 1,4% respectivamente). (SEDRONAR, 2017)

En el caso de la Marihuana: Es la droga ilícita de mayor consumo en el país. Entre 2010 y 2017, el consumo creció en todos los grupos de edad, tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, son los varones y los jóvenes comprendidos entre los 18 y 24 años los que presentan las mayores tasas de consumo. La edad promedio de inicio es entre los 18 y 19 años y en el caso de las mujeres es un año después que los varones. (SEDRONAR, 2017)

Con respecto a la Cocaína: El 5,3 % de la población entre 12 y 65 años consumió cocaína alguna vez en su vida, lo que implica un incremento del 100% con respecto al estudio del 2010. En comparación con el año 2010 se triplicó el consumo alguna vez en la vida entre adolescentes. Al igual que con la marihuana, entre los 18 y 24 años se encuentran las tasas más altas. En cuanto al inicio en el consumo de cocaína, en promedio la primera vez fue a los 20 años. (SEDRONAR, 2017)

Es decir, salvo en el caso de consumo de psicofármacos, la mayoría de los usuarios de sustancias psicoactivas son varones, de 18 a 24 años, tanto para marihuana, alcohol y cocaína. Sólo el tabaco se consume en mayor medida por encima de esa edad. Es relevante que en todos los casos el inicio en el consumo suele ser en la adolescencia.

Esto nos permite caracterizar un perfil sociodemográfico del consumidor. Sin embargo, una constante en la investigación en adicciones es el intento de descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de los individuos que las usan, con el objetivo de predecir la posible aparición posterior de abuso y dependencia, así como mejorar el tratamiento y la prevención de los mismos, teniendo en cuenta las hipotéticas características distintivas de dichos individuos. (Becoña Iglesias, E .Cortes Tomás, M. 2011)

Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, dentro de la cual podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, y parece tener mayor relevancia en el inicio del consumo y en la conducta de adquisición del consumo de la sustancia. Por otro lado, la denominada impulsividad no planeada, se asocia a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria, y se relaciona con el mantenimiento del consumo y con la presencia de psicopatología, a la que puede subyacer un déficit a nivel de lóbulos frontales. (Dawe, Gullo y Loxton 2004. Ayaki, Stein, Lessor, Herman y Anderson, 2005 en Becoña Iglesias, E. Cortes Tomás, M. 2011, pág. 58).

Los estudios muestran una clara relación entre el uso y el abuso de sustancias y una alta impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes. Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una menor percepción de riesgo.

Por otro lado, desde una mirada psicoanalítica, Hugo Mayer (1997) considera que la adicción tiene variadas y complejas determinaciones familiares y socioculturales, y pone énfasis en los rasgos sobresalientes del perfil familiar de los sujetos tóxicos dependientes. Señala el hogar incontinente (abandono parental, peleas frecuentes entre los padres, exagerada permisividad o intolerancia), la inversión de los lugares y papeles entre padres e hijos y renegación de las diferencias generacionales, el pasaje intempestivo de actitudes protectoras a desprotectoras, la distancia física o afectiva con negación y renegación de los problemas del niño y el grupo familiar, la inadecuada alternancia entra gratificaciones que se procuran y frustraciones que se imponen, las distorsiones en la comunicación, situaciones de doble vínculo,

duelos no elaborados, malos modelos (modelos de dependencia patológica con agentes tóxicos), y el caso del hijo único sobreprotegido y aislado de sus pares.

Hoy en día nos encontramos con que la adicción se presenta en las personalidades más diversas: histerias, fobias, obsesiones, personalidades infantiles, borderline, etc. Pareciera que la represión, el desplazamiento, la negación y todos los mecanismos clásicos de la neurosis ya no alcanzan. (Mayer, H. 1997)

Lo cierto es que las defensas tradicionales resultan insuficientes y hay que reforzarlas con algo fácil de conseguir que borre la angustia y lo haga de inmediato. De este modo se verán entonces los sujetos con dos enfermedades: el trastorno básico de personalidad y la dependencia a sustancias con que ilusoriamente se pretendió eliminarla o silenciarla. Esta dependencia además de ser encubridora, tiene una dinámica propia con defensas comunes cualquiera sea el tipo de carácter, como mitomanía, negación, proyección e identificación proyectiva, minimización, cuestionamiento hacia los otros y justificación. En las adicciones los mecanismos defensivos se despliegan para amortiguar la angustia que acompaña lo que sigue a las actuaciones de los mismos impulsos que, guiados por el principio de placer reniegan de la realidad y sus leyes pretendiendo borrar toda tensión, toda espera y toda diferencia, sumergiéndose en el pasado narcisismo infantil. (Mayer, H. 1997)

Capítulo 3: adicciones e inclusión social

El mayor problema que tienen las adicciones no son sólo los efectos que producen a corto plazo. El problema está en los efectos que producen a medio y a largo plazo. El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la compulsión o pérdida de control que probablemente es la característica principal de este problema.

El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia que produce la no realización de la conducta adictiva voluntariamente o porque le impiden hacerla al individuo. Por síndrome de abstinencia se entiende (Becoña Iglesias, E. 2008 en Becoña, Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011. pág. 18), referido a las sustancias psicoactivas, que es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado. Lo mismo es aplicable a todas las conductas adictivas sin base química, como así se ha encontrado en distintos estudios sobre ellas (Echeburúa, 1999 en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 18)).

El tercer aspecto de acuerdo a Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. (2011) es el de tolerancia. Consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que, conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto.

Junto a la tolerancia farmacológica es importante considerar la tolerancia conductual y la tolerancia cruzada. La tolerancia conductual (o condicionada) se refiere al efecto que tiene la sustancia en el individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la droga. En ello influyen además las expectativas o el estado de ánimo, que pueden cambiar la intensidad de los efectos.

La tolerancia cruzada atañe a la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo continuado de otra sustancia (ej., alcohol y barbitúricos).

Junto al concepto de tolerancia suele hablarse de neuroadaptación, entendiendo por tal el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en éstas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia. Funcionaría como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005. En Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 19)

El cuarto aspecto es el de intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción. En este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989 en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 19)

El quinto aspecto que consideramos significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas. (Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011)

De acuerdo a Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2011) es posible que el mayor reto al que nos enfrentamos en el caso de las drogodependencias no sea la superación del consumo de la sustancia y sus efectos, salvo en caso de graves afectaciones a la salud física y psicológica de las personas, o en supuestos de fallecimiento, sino la marca o estigma social que el abuso y/o dependencia de sustancias pueda ejercer y condicionar en la trayectoria vital de una persona como consecuencia de los prejuicios sociales existentes. Estos prejuicios activan en algunos miembros de la sociedad comportamientos de distanciamiento, rechazo, referencias negativas que ahondan en las diferencias. En definitiva, activan interacciones sociales en las que el individuo, en este caso el drogodependiente, es víctima de un proceso de marcada diferenciación en áreas relevantes de la vida (familia, amistades, empleo, salud) donde la interacción social está presente y se traduce en un desplazamiento desde zonas de integración hacia zonas de vulnerabilidad y exclusión.

Trabajar por la inserción de las personas drogodependientes es abordar y gestionar todos los elementos posibles de las interacciones sociales, que se reproducen en las distintas áreas o espacios de convivencia en que está presente la persona.

Estamos hablando, en definitiva, de un planteamiento de acción multidimensional, integral, estructural y coordinado que facilite no sólo la inserción del individuo y su desempeño normalizado en los sistemas de relación social, sino que también promueva los cambios oportunos en éstos para prevenir nuevos casos de exclusión, ya que la mejor inclusión es la prevención de la exclusión

Al referirse a la exclusión social, diversos autores (Castel 2004; Sen 2000; Tezanos 2001 en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011. Pag.230) la definen como un continuo, como un trayecto que puede trazarse entre la inclusión y la exclusión, con grados de intensidad y de

extensión diferentes, posiblemente de carácter acumulativo, pero no lineal, sometido a múltiples factores e influencias. En cada contexto social, los factores que generan inclusión o exclusión son distintos y, en consecuencia, de cara a la comprensión y posterior intervención, es importante ubicar a la persona en su contexto espacio-temporal, hay que identificar qué factores están presentes y actúan a favor de su exclusión, y cuáles a favor de su inclusión. Estos factores se denominan factores de riesgo o exclusión y factores de protección o integración, respectivamente.

La situación social de una persona puede influir negativamente en su capacidad para ejercer control sobre su trayectoria de vida, cuando ésta no dispone de recursos suficientes para gestionar efectivamente las dificultades y retos que dicha situación social le plantea. Sólo así se entiende la exclusión social, como indica (Subirats 2005 en Becoña Iglesias, E y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 234) como un fenómeno estructural, relacional, dinámico, multifactorial y multidimensional, que se genera desde distintos parámetros y se concreta en diferentes ámbitos o esferas de la vida interconectados entre sí.

La relación entre exclusión social y consumo de sustancias puede establecerse a través de dos vías: una en la que la vulnerabilidad o exclusión actúa como factor de riesgo para el abuso o dependencia de sustancias; y otra en la que el abuso o dependencia de sustancias es el que actúa como factor de riesgo para la vulnerabilidad o exclusión. Es decir, ambos sucesos tienen capacidad para actuar como factor de riesgo el uno del otro. Sin embargo, la relación entre la drogodependencia y la exclusión social no es de carácter causal, ya que la exclusión social no afecta a todos los consumidores de drogas (Tomas 2001 en Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 234) y, a pesar de que en algunos casos es posible mantener el consumo de drogas con la integración social, lo habitual es que se produzca un deterioro psicosocial que acerque a la

persona hacia zonas de exclusión (Tezanos 1999, en Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 234).

Desde este planteamiento bidireccional, tratar la drogodependencia y resolverla facilitaría la reducción de un factor de exclusión; y viceversa, la reducción de la exclusión facilitaría el tratamiento y superación de la drogodependencia, así como la prevención de recaídas. Incluso podríamos sugerir que las drogodependencias y la exclusión comparten factores de riesgo comunes, por lo que la vulnerabilidad a uno podría implicar vulnerabilidad al otro, o la reducción de la vulnerabilidad para uno también podría serlo para el otro.

En concordancia con estas dos vías, (Subirats 2005 en Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 235) ha establecido tres perfiles de drogodependientes en exclusión: 1) aquellos que parten de una situación previa de marginación o exclusión; 2) aquellos que, fruto del consumo de drogas, han entrado en el proceso de deterioro psicosocial que lleva a la exclusión; y 3) los que están institucionalizados en la red asistencial, a los que en términos individuales podemos considerar excluidos en la medida en que se mantienen todavía dependientes de un sistema asistencial.

Estas tipologías pueden ayudarnos a definir si lo que vamos a realizar es una inserción o una reinserción social y/o laboral de la persona con problemas de drogas, o si estamos ante una intervención asistencialista. La diferencia entre inserción y reinserción podríamos establecerla en que, en la primera estaríamos hablando de personas que su trayectoria de vida viene marcada desde sus inicios, por estancias en zonas de exclusión y, por tanto, podríamos decir que nunca llegaron a estar insertados. Por el contrario, en la reinserción estaríamos hablando de personas que, en su trayectoria de vida, han sufrido en algún momento un suceso vital que los ha ido desplazando de zonas de inclusión hacia zonas de vulnerabilidad y exclusión. Por tanto, en la

reinserción sería posible hallar unos factores de protección de base que habría que recuperar; mientras que en la inserción esa base no existiría, o sería más débil, por lo que habría que crearla y esto no siempre es fácil ni posible.

Las personas con problemas por abuso de sustancias suelen presentar varias áreas de su vida afectadas. Su problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo, sino otras circunstancias: policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar y, en general, ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores (Plan Nacional sobre Drogas, 2009 en Becoña Iglesias, E y Cortés Tomás, M. 2011).

En definitiva, Becoña Iglesias, E y Cortés Tomás, M. (2011) justifican que el proceso de incorporación requiere necesariamente un abordaje integral de las problemáticas que presenta la persona, y no únicamente del consumo de la sustancia.

Capítulo 4: taller psicoeducativo

El dispositivo elegido para aplicar en este Plan de intervención es un taller psicoeducativo ya que es un instrumento práctico, de uso simple y flexible que permite el trabajo en grupo y se orienta hacia la prevención y el cambio en las conductas adictivas a través de la información.

Ander –Egg (1991) define que Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. El aspecto sustancial del taller es que implica un aprender haciendo en grupo.

El taller reemplaza el mero hablar recapitulativo/repetitivo, por un hacer productivo (...) en el que todos tienen que aportar para resolver problemas concretos y para llevar a cabo determinadas tareas. (Ander –Egg 1991. Pág 12)

Siguiendo a García, D. (2001) se pueden reconocer algunos elementos constitutivos del Taller: una opción para trabajar en pequeños grupos; una valoración de la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes; una integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje; una intencionalidad operativa, es decir, que los aprendizajes adquiridos en el taller tengan una influencia en la acción de los propios participantes.

El taller se constituye en una experiencia social en la medida que los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, modificando su rol de un rol pasivo a un rol protagónico en el aprendizaje. El propio sujeto se convierte en objeto de estudio. Participa del grupo para vivir un proceso colectivo de conocimientos tendiente a la comprensión global de la realidad. El proceso de conocimiento es asumido por el grupo, contando con una coordinación de carácter cooperativo y que favorece la democracia grupal. (García, D 2001)

Según García, D. (2001) podemos definir el taller como “tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización” que “puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos” y donde “la dinámica, en tanto grupal, va generando un proceso educativo, un aprendizaje, pero al mismo tiempo, efectos terapéuticos por cuanto aparecen conflictos personales intrasubjetivos que se ponen en juego durante la experiencia y que es posible visualizarlos a la luz de la explicitación, en un ámbito de

comunicación y confianza que se facilita en el taller y que ayuda a pensar y co-pensar con el otro.”

De acuerdo a Waisman Campos, M y Benaberre Hernandez, A. (2017) La psicoeducación consiste en desarrollar en los pacientes herramientas de comprensión para manejar su enfermedad, convivir con ella y gestionar rápidamente los síntomas, disminuirlos y fortalecer la alianza terapéutica.

Aplicada a las adicciones, la psicoeducación es un instrumento para prevenir o modificar el uso de sustancias psicoactivas y potenciar la interacción efectiva con los proveedores de servicios y otras fuentes de apoyo. Estimula una alianza entre el paciente y el tratamiento, y evita el aislamiento y la vergüenza que a veces condiciona el abordaje de las enfermedades psiquiátricas. Permite la intervención precoz de usuarios de tóxicos, la motivación para el cambio de conductas, la planificación de actividades relacionadas con la comprensión de la problemática, resulta de gran colaboración para todas aquellas personas que están incluidas en un proceso terapéutico y/o un espacio de información, entretenimiento y motivación para iniciar un tratamiento y continuarlo. (Waisman Campos, M y Benaberre Hernandez, A. 2017. Pág 261)

Las intervenciones psicoeducativas individuales o grupales pueden ser definidas como propiciadoras de una situación de enseñanza-aprendizaje (García, 1997 en Farkas, C. Hernández, B Santelices, M. 2009); además las que son de carácter grupal, consideran la importancia de la dinámica del grupo, como herramienta de cambio de conductas, actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones. (Farkas, C. Hernández, B Santelices, M. 2009)

La psicoterapia grupal se relaciona con las problemáticas de los diferentes integrantes, tiene que ver con aspectos de la dinámica de la personalidad de los participantes, y sus fines son

terapéuticos y curativos. En cambio los talleres psicoeducativos tienen un carácter promocional o preventivo, y su finalidad principal es informar. Ambos coinciden en que son grupos “jerarquizados” (profesional que funciona como psicoterapeuta o conductor del taller) e implican una intervención; un proceso intencional de influencia que persigue un cambio (Sánchez, 1996 en Farkas, C. Hernández, B Santelices, M. 2009)

La RAAC (2000) considera que los grupos psicoeducativos brindan orientación e información a los pacientes sobre el abuso de sustancias y sus consecuencias. Este tipo de grupo presenta de manera didáctica y estructurada contenido teórico específico, generalmente a través de videos, audios y material escrito.

El coordinador en un grupo psicoeducativo, toma un papel activo no solo al momento de la enseñanza, sino como promotor y facilitador de la discusión grupal, mientras anima a los pacientes a relacionar lo que aprenden con su propia conducta de abuso de sustancias. El coordinador tiene habilidades de enseñanza y consejería, por lo que comparte las mismas características básicas de otros líderes de grupo: cuidado, calidez, autenticidad y respeto por otros. (RAAC, 2000)

En general el formato de las sesiones es altamente estructurado y a menudo se guían por un manual o plan de estudios. Las técnicas necesarias para conducir un grupo psicoeducativo implican tener en cuenta como se presenta la información y como ayudar a los pacientes a incorporar el aprendizaje para que este conduzca a un comportamiento productivo, otra forma de pensar y a un cambio emocional. Con respecto a las sesiones, es importante que estas no parezcan una clase magistral sobre el abuso de sustancias, sino que el educador fomente la participación de los miembros para que estos relacionen el material con su propia experiencia sin desestimar las discusiones grupales que puedan generarse, siempre bajo la precaución de que

estas interacciones sean honestas y respetuosas. Se sugiere además que los métodos de aprendizaje elegidos sean lo más variados y que no se desestime el deterioro cognitivo causado por el uso de sustancias, especialmente en etapas tempranas de la recuperación. (RAAC, 2000)

Plan de acción

Para realizar este plan de acción se llevaran a cabo 6 encuentros, con 2 actividades grupales en cada encuentro. Se solicitará al servicio de salud mental que provea un lugar físico para poder llevar a cabo los encuentros. El espacio que se postula para esta actividad es la sala de reuniones ubicada en el sector de Hospital de Día, ya que es una sala amplia que consta de mobiliario (sillas y mesas) y también posee un televisor. El grupo funcionara 1 vez por semana, con un encuentro de 2 horas y media de duración. Los participantes que conformarán el grupo podrán provenir por derivación del psiquiatra o psicólogo tratante desde consultorio externo o por derivación de un psiquiatra o psicólogo, posterior al alta de su internación, siempre y cuando cumplan con la condición de ser pacientes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas de cualquier tipo. El número máximo de participantes que conformarán el grupo será de 12. El tiempo estimado para realizar los seis encuentros es de dos meses.

Las actividades serán coordinadas por un/a licenciado/a en Psicología. Se invitará a participar como co-coordinadores y/u observadores a los residentes del servicio de salud mental cualquiera sea su disciplina.

El desarrollo de las actividades y los encuentros será como se detalla a continuación:

Actividades

Encuentro N° 1:

Numero de dinámicas: para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 actividades.

Tema: dimensionar la problemática de las adicciones.

Objetivo general del encuentro: presentación del taller y los participantes del grupo, compartir información acerca de las adicciones y sustancias psicoactivas, sus características y riesgos que implica su consumo.

Actividad 1 “Desenvueltos”

Materiales: 12 caramelos Sugus con envolturas de 4 colores (rojo, verde, azul y amarillo). Bolsa opaca. 12 cuadernos tapa blanda flexible 48 hojas rayado marca América. 12 lapiceras bic.

Tipo de estrategia: presentación grupal y conformación de subgrupos

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador: se hace retirar un caramelo al azar a cada participante desde una bolsa opaca. Se les explica que no deben desenvolverlo ni comerlo todavía. Toman asiento en ronda. En el primer momento se presenta la coordinadora y explicita el objetivo del taller en general y del encuentro en particular. Explica cual es la actividad que sigue: A medida que van desenvolviendo el caramelo se van a ir presentando de a uno por vez a partir del nombre y de todo aquello que tengan ganas de decir. Al terminar se arman cuatro subgrupos de tres personas de acuerdo al color del envoltorio del caramelo que les tocó. A continuación se hará entrega a cada participante de un cuaderno tapa blanda “América” que funcionará como “diario de viaje”. Se les solicitará que lo rotulen con sus nombres y se les explicará que lo usarán durante todo el

taller para el desarrollo de las distintas actividades. Los diarios de viaje quedaran guardados a cargo de la coordinadora para entregarlos en cada encuentro y al finalizar el taller serán entregados a cada uno de los participantes con sus producciones.

Actividad 2 “Saber más y mejor sobre las drogas”

Materiales: 4 teléfonos celulares con la aplicación InfoDrogApp descargada desde Play Store. 12 lapiceras bic y el “diario de viaje”.

Tipo de estrategia: juego educativo tipo verdadero o falso

Tiempo estimado: 1 hora y 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador: Con los grupos armados de acuerdo a la actividad N°1, repartir a cada grupo un teléfono celular y las lapiceras a cada participante. Explicar que InfoDrogApp es una aplicación gratuita que ayuda a manejar una información equilibrada sobre las drogas que ha sido ideada y desarrollada por la Fundación EDEX con el apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, tomando como temas diversos aspectos relacionados con el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y cannabis (marihuana), así como definiciones y riesgos sobre las drogas en general.

En este caso se usara en grupo. Cada uno de los 4 grupos de 3 personas trabajará con un teléfono celular respondiendo las consignas planteadas por el juego. El objetivo es compartir una información veraz que sea útil para adoptar posturas personales y cuestionar algunos de los mitos que existen sobre las sustancias. El juego propone responder a 90 preguntas organizadas en 6 bloques. Al finalizar señala en que temas se producen más aciertos en cuales son más los errores. Esto servirá como disparador para profundizar algunos temas y evacuar dudas. Para ello se

solicitará a los participantes que vayan tomando nota de sus inquietudes durante el juego. (Ver anexo 1)

Encuentro 2:

Numero de dinámicas: para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 actividades.

Tema: consecuencias negativas de las drogas.

Objetivo general del encuentro: avanzar en el afianzamiento grupal. Concientizar sobre las desventajas del consumo de sustancias psicoactivas en distintas áreas.

Actividad 1 “El ave fénix”

Materiales: televisor y pen drive con el capítulo 12 de la temporada 2 de Breaking Bad. Nombre del capítulo: Phoenix

Tipo de estrategia: proyección de selección de capítulo de la serie Breaking Bad. (Ver anexo 2)

Tiempo estimado: 40 minutos

Instrucciones para el coordinador: explicar que se va a ver un capítulo de la serie Breaking Bad acerca del uso, abuso y consecuencia de las adicciones y que luego se seguirá con la actividad de análisis y reflexión de lo visto. Sugerir tomar notas en el “diario de viaje” sobre las inquietudes y reflexiones que despierta lo visto en este capítulo. Aclarar que el título del capítulo hace referencia al ave fénix, animal mitológico reconocido por que renace de sus cenizas.

Actividad 2 “Detrás de escena”

Materiales: 12 lapiceras bic y el “diario de viaje”.

Tipo de estrategia: puesta en común de impresiones que dejó el video. Reflexiones y discusión acerca de lo visto.

Tiempo estimado: 1 hora 30 minutos

Instrucciones para el coordinador: al finalizar el capítulo de la serie se procederá a reflexionar acerca de lo visto, cada participante podrá plasmar por escrito sus impresiones y escenas en donde sintieron puntos en común, para luego compartirlas grupalmente.

Se darán algunas consignas por medio de una diapositiva de PowerPoint como sugerencias para la reflexión, aclarando que son sólo una guía para el debate. (Ver anexo 3)

Consignas:

¿Qué consecuencias negativas a nivel físico y emocional pudieron observar en los personajes que consumen sustancias?

¿El consumo afectó sus relaciones interpersonales o familiares?

¿Pudieron detectar algún prejuicio hacia los consumidores de sustancias?

¿Les parece importante que la familia acompañe al tratamiento? ¿Qué tipos de tratamientos para adicciones conocen?

¿Por qué los autores de la serie habrán querido hacer referencia al ave fénix?

Encuentro 3

Numero de dinámicas: se realizarán 2 actividades en este encuentro

Tema: distintas miradas sobre la adicción y los consumidores de sustancias psicoactivas.

Objetivo general del encuentro: reflexionar acerca de las estigmatizaciones relacionadas con el consumo de sustancias y los consumidores.

Actividad 1 “La cárcel, el hospital o el cementerio”

Materiales: fichas con frases impresas, lapiceras bic, plasticola y el “diario de viaje”

Tipo de estrategia: Mediante esta dinámica se podrá trabajar en las similitudes y diferencias que ayudan al grupo a conocerse mejor y empatizar con las diferentes opiniones.

Tiempo estimado: 1 hora 30 minutos

Instrucciones para el coordinador: se explica que aunque pertenezcamos a un grupo, cada uno de los miembros es diferente. Son muchas las cosas que nos unen pero hay temas en los que nuestras opiniones pueden ser distintas. Lo que se pretende es aprender a respetar las posturas de los demás y conocer las distintas valoraciones de los miembros del grupo.

Se trabajará a partir de frases extraídas de una entrevista a un consumidor de sustancias psicoactivas que habla sobre su experiencia particular. Se aclara que el nombre de la actividad “La cárcel, el hospital o el cementerio” está extraída de una de las frases de dicha entrevista con la que el mismo hace énfasis en las alternativas que veía para su futuro si seguía consumiendo. Se repartirá una ficha con una frase distinta a cada participante y se les solicitará que a continuación escriban su opinión al respecto. Por ejemplo: si se sienten identificados, si están de acuerdo o no, si les molesta, les trae algún recuerdo o dispara alguna reflexión, etc. Posteriormente se hace la puesta en común, leyendo cada participante la frase que le tocó y su propia producción. Luego se entabla el debate. Como cierre se invita a los participantes a pegar su ficha en el “diario de viaje”.

(Ver anexo 4)

Actividad 2 “La otra cara de la moneda”

Materiales: extracto del video “¿Qué piensan los que no piensan como yo?: Drogas” de Canal encuentro. (Se verá hasta el minuto 3:11)

Tipo de estrategia: reflexión a partir de lo visto en el video.

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el coordinador: se explicará a los participantes que esta actividad es la “otra cara de la moneda” de la actividad anterior, en la que trabajamos sobre las opiniones de un consumidor. Ahora trabajaremos sobre lo que opinan los que no consumen sustancias. La sociedad en general: los políticos, los médicos, los periodistas, la familia, etc. Como punto de partida se mostrará un pequeño extracto de un video sobre el tema de Canal Encuentro.

Luego de ver el video se plantearan las siguientes consignas desde una diapositiva de PowerPoint, aclarando que no es preciso responder una por una sino que son sólo disparadores para la reflexión:

¿Qué diferencia encuentran entre drogas legales e ilegales?

¿Qué opinan sobre la denominación de droga blanda y dura? ¿Les parece lo mismo la marihuana que la heroína? ¿El tabaco que la cocaína?

¿Sirven los castigos a los usuarios de sustancias para que dejen de consumir?

¿Les parece que la criminalización promueve el consumo y la marginación? Por qué?

¿Qué opinan del chico que consume paco en la calle y el que consume éxtasis en una fiesta electrónica? ¿Qué papel juega la clase social en las adicciones? ¿Y la familia?

¿Qué opinan de la estrategia de reducción de daños, es decir, de que algún organismo del estado se encargue de dar información y herramientas para que si alguien consume corra el menor riesgo posible? ¿Es esa la función del estado?

¿Les parece que los programas de prevención y leyes están bien encaminados? ¿Sirven?

¿Cuál es el rol de los políticos, los medios de comunicación, los profesionales de la salud, la familia, las organizaciones sociales?

(Ver anexo 4)

Encuentro 4

Numero de dinámicas: el número de dinámicas para este encuentro es de 2.

Tema: la influencia del grupo y la comunidad en nuestras opiniones.

Objetivo general del encuentro: conocer distintos puntos de vista y opiniones sobre la problemática del consumo de sustancias.

Actividad 1 “la tormenta perfecta”

Materiales: tres pizarrones con atriles de apoyo y tizas de colores.

Tipo de estrategia: actividad tipo lluvia de ideas (brainstorming).

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

Se abre la actividad explicando que una “Lluvia o tormenta de ideas” consiste en una dinámica en la cual a partir de una palabra o concepto en particular surgen espontáneamente otros conceptos relacionados que la enriquecen y complejizan. Y que el nombre de la actividad “La tormenta perfecta” hace referencia a como la sumatoria de distintas “tormentas” generan una muchísimo más poderosa e intensa.

Se colocan los tres pizarrones en el centro del salón de tal manera que queden opuestos en triángulo. Recurriendo nuevamente a la estrategia de los caramelos de colores se forman tres grupos de 4 participantes al azar y se les asigna a cada grupo un pizarrón. Es importante que los miembros de un grupo no puedan ver los pizarrones de los otros y esta etapa de la actividad deben desarrollarla en silencio.

Se escribe en cada pizarrón una de las siguientes palabras con el mismo color: “ADICCIÓN” en uno, “DROGA” en otro y “ADICTO” en el tercero. Se entregan tizas de tal modo que cada grupo use un color diferente a los demás y diferente al que se usó para la palabra inicial. Se les solicita que cada participante vaya escribiendo en su pizarrón palabras que le vayan surgiendo a partir de la que funciona como disparadora.

Cuando todos hayan escrito por lo menos una palabra se hace rotar los grupos de tal forma que pasen a escribir en el pizarrón siguiente y este mismo mecanismo se repite una vez más hasta que todos hayan escrito al menos una palabra en cada uno de los tres pizarrones.

Luego se propone reflexionar sobre como nuestras ideas se van viendo influenciadas por las de los demás y como muchas veces coinciden o difieren. Se trata de llegar a una producción final que incluya las tres palabras generadoras y la mayor cantidad posible de las que se han aportado en la “Tormenta de ideas”. Se solicita a los participantes que copien el resultado final en su “diario de viaje”.

Actividad 2 “Desempañando el espejo”

Materiales: Ficha de adjetivos y 12 lapiceras bic.

Tipo de estrategia: Permite trabajar las auto percepciones y la imagen que damos a los otros. Se trabaja mediante una ficha en la que se recogen un abanico de adjetivos. Ayuda a los participantes del grupo a conocer la imagen que el resto del grupo tiene de él y la que él muestra a los demás. El grupo hace de espejo posibilitando conocer distintas identidades y papeles.

Tiempo estimado: 1 hora y 30 minutos

Instrucciones para el coordinador: Reparto de la ficha. Lectura de todos los adjetivos. Los adjetivos que se incluyen en la ficha son opuestos entre sí (pesimista- simpático, solitario- sociable, desconfiado-confiado, presumido-modesto, serio-alegre, hablador-callado) y es importante que todos conozcan el significado de cada uno. Cada uno elige seis adjetivos: 3 que definen en positivo rasgos de su persona que valora y le gustaría mantener para fortalecer las relaciones y 3 que definen en negativo rasgos que reconoce en sí mismo y le gustaría cambiar porque debilita sus relaciones.

Una vez acabado se coloca la ficha en la pared y cada compañero rota por todas realizando ese mismo ejercicio señalando los adjetivos que mejor definan a la persona en cuestión (3 positivos y 3 negativos). Cuando todos han seleccionado los adjetivos, se recogen las fichas y se vuelven a repartir para realizar la puesta en común.

Se trata de contrastar lo que cada uno percibe de sí mismo y lo que el resto percibe de ellos. Analizar la imagen que damos y hablar sobre si nos sentimos cómodos o no. Cada uno puede elegir aspectos a mejorar y aspectos a mantener. (Ver anexo 5)

Encuentro 5

Numero de dinámicas: para este encuentro se realizaran 2 dinámicas.

Tema: el lazo social

Objetivo general del encuentro: resaltar la importancia de los vínculos sociales y fortalecer las habilidades sociales.

Actividad 1 “En soledad”

Materiales: 12 lapiceras bic y el “diario de viaje”.

Tipo de estrategia: Es una dinámica pensada para la experimentación de la soledad para valorizar el grupo y empatizar con aquellos que no disponen de él.

Tiempo estimado: 1 hora 30 minutos

Instrucciones para el coordinador: al finalizar el encuentro anterior (encuentro n°4) se les solicita a los participantes que 1 hora y media antes de concurrir al grupo para el siguiente encuentro (encuentro n°5) se desplacen a una plaza lejos de su hogar, donde no se encuentren personas conocidas, y pasar allí un tiempo a solas. Cada uno deberá tomar un rumbo diferente, ubicarse en una plaza, un parque o pasear por algún lugar concurrido sin interactuar con nadie.

Llevarán el cuaderno “diario de viaje” en el que apuntarán sus sensaciones, aquello que se les pasa por la mente.

Una vez concluido el ejercicio, irán al encuentro para realizar la actividad, en donde se abrirá explicando que somos seres sociales y necesitamos de los otros para desarrollarnos como personas. Por otro lado, que no tener una red social, supone estar en una situación de fragilidad

importante. No tener en quién apoyarse, con quien divertirse, no disponer de alguien con quien simplemente se pueda estar charlando, es una circunstancia a evitar.

Se hará una pequeña puesta en común de lo experimentado y lo apuntado en el cuaderno que resuma el aprendizaje del día.

Actividad 2 “¿Qué ves cuando no ves?”

Materiales: pañuelos para tapar los ojos, obstáculos (sillas, mesas)

Tipo de estrategia: Con esta dinámica los participantes tienen que adoptar roles de colaboración, responsabilidad y confianza mutua.

Tiempo estimado: 30 minutos

Instrucciones para el coordinador: abrir la actividad explicando que el rol del ciego siempre nos sitúa en una posición en la que necesitamos ayuda, en la que no nos podemos valer por nosotros mismos y tenemos que desarrollar otros sentidos como el contacto y la confianza en los que nos rodean. Todos los miembros del grupo formarán parejas, que se seleccionarán a través de sorteo y se diseminarán por un espacio bastante ancho. Dentro de ese espacio habrá diferentes obstáculos como sillas y bancos. Dentro de cada pareja uno tomara el rol de ciego y el otro el de lazarillo o guía. El lazarillo se situará tras el ciego y poniendo su mano sobre el hombro de su compañero ciego, para que éste lo pueda sentir, susurrará a su oído el camino que debe seguir o la manera de sortear los obstáculos. Después de un rato se intercambiarán los roles. Ambos dispondrán de la oportunidad de situarse en las diferentes posiciones para poder experimentar las diferentes sensaciones.

Al finalizar la dinámica compartir en grupo verbalmente las sensaciones vividas.

Encuentro 6

Numero de dinámicas: para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 actividades.

Tema: habilidades sociales.

Objetivo general del encuentro: fortalecer habilidades sociales. Identificar habilidades y debilidades en el desempeño social.

Actividad 1 “Acting”

Materiales: Una sala apropiada, amplia, que permita movilidad.

Tipo de estrategia: Juego de roles. Es una dinámica para introducir nuevas habilidades en el manejo de sus relaciones sociales cuando las habilidades sociales de los miembros del grupo son deficitarias y generan conflictos internos o externos.

Tiempo estimado: 90 minutos

Instrucciones para el coordinador: Se presenta la dinámica y las normas. Se hace una lluvia de ideas sobre situaciones posibles a trabajar en la cual se pongan en juego escenarios de interacción social (reales). Se escoge una situación por consenso. El que inicialmente la ha propuesto toma el rol central. Elige los otros “actores de la situación”. Explica en profundidad la situación. Los actores se ponen en la piel y en el momento. El resto, incluido el/los coordinadores, hacen de observadores. (Fijarse en lo verbal, lo no verbal, lo situacional) La interpretan en el centro tal y como ocurrió u ocurre normalmente. Los coordinadores paran la interpretación en el momento que consideren que ya han salido aspectos trabajables. (No más de 3-4 minutos) Se recoge cómo se han sentido los actores. Los observadores dan un feedback positivo (esto ha estado bien pero deberías mejorar en...). Los coordinadores moldean también

(dan pautas) y si es necesario modelan (hacen ellos de actor central). Se repite la secuencia dos o tres veces. Se cierra la sesión con una evaluación que haga énfasis en las habilidades a potenciar y debilidades a fortalecer en nuestro desempeño social.

Actividad 2 “Alfombra roja”

Materiales: 3 o 4 papeles afiches rojos, plasticola y 12 marcadores negros.

Tipo de estrategia: cierre y evaluación del taller

Tiempo estimado: 15 - 20 minutos

Instrucciones para el coordinador: previo al encuentro el coordinador construirá la “alfombra” de la siguiente manera: cortar los papeles afiche por la mitad a lo largo y pegarlos en serie con plasticola dándole longitud y luego enrollar. Al momento del presentar la actividad se desenrolla sobre el piso dando la consigna de que escriban todo lo que deseen a modo de evaluación de la tarea realizada. Una vez terminado el coordinador hace una reflexión sobre el taller en general y sobre la actividad y entrega a cada participante el cuestionario de evaluación del taller para evaluar su impacto.

Como cierre se sugiere que intercambien el “diario de viaje” para escribirse frases y dedicatorias personales. Luego cada participante se llevará su “diario” a su hogar.

Diagrama de Gantt

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Encuentro 1: apertura e introducción de conceptos sobre adicciones						
Encuentro 2: consecuencias negativas de las drogas						
Encuentro 3: representaciones sociales sobre las adicciones						
Encuentro 4: prejuicios personales y estigma social						
Encuentro 5: importancia del lazo social						
Encuentro 6: reconocimiento y desarrollo de habilidades sociales						
“diario de viaje”						

Recursos:Humanos:

Licenciado/a en psicología como coordinador/a

Materiales:

Salón amplio

Sillas

Televisor con acceso para pen drive

Pizarrones con caballete de apoyo

Tizas

Lapiceras

Marcadores

Fichas con información

Papel afiche rojo

Cuadernos tapa blanda 48 hojas

Caramelos

Plasticola

Hojas con instrumento para evaluación

Presupuesto:Recursos que provee la institución:

Salón amplio

Sillas

Televisor

Recursos que provee el coordinador:

Telefonos celulares/Tablets

Presupuesto

	Cantidad	Precio
--	----------	--------

Honorarios*		
Coordinador	1	\$4920

Materiales		
Caramelos sugus	Bolsa 700 gr	\$400

Cuadernos tapa blanda flexible 48 hojas rayado marca América	12	\$395
Lapiceras bic	12 unidades	(\$34 c/u) total \$408
Pen drive 8gb	1	\$500
Plasticola/Voligoma	4	(\$48 c/u) total \$192
Pizarrones con atril de apoyo	3	(\$750 c/u) total \$2250
Tizas de colores	10 u	\$90
Papel afiche rojo	4	(\$50 c/u) \$200
Marcadores negros	12	(\$40 c/u) \$480
Impresiones instrumento de medición	96 copias pretest 96 copias postest	(\$2 c/u) \$192 (\$2 c/u) \$192
Impresiones fichas con información anexo 3	4 copias	(\$2 c/u) \$8
Impresiones fichas con información anexo 4	12 copias	(\$2 c/u) \$24
Borrador para pizarrón	1	\$75

Pañuelos	12	(\$100 c/u) \$1200
TOTAL		\$11,526

*Honorarios calculados según arancel profesional mínimo establecido por el CPPC para la psicoterapia de grupo, julio 2020: \$410 por integrante.

Evaluación de Impacto de la Intervención

Según Gertler, P. (2017) Evaluación de impacto es la Evaluación que intenta establecer un vínculo causal entre un programa o intervención y un conjunto de resultados. Una evaluación de impacto procura responder a la pregunta: ¿cuál es el impacto (o efecto causal) de un programa en un resultado de interés?

Cuando dicho resultado se experimenta o se siente, en el sentido perceptual o corporal a nivel de individuo, unidad social (familia/hogar/colectividad) o comunidad/sociedad, se habla de impacto social. (Vanclay, F. 2015)

Siguiendo a Vanclay, F. (2015) La evaluación de impacto social comprende, entonces, los procesos de analizar, monitorear y gestionar las consecuencias sociales deseadas y no deseadas, tanto positivas como negativas, de las intervenciones planeadas (políticas, programas, planes, proyectos) y todo proceso de cambio social invocado por tales intervenciones.

Con la intención de evaluar el impacto del taller desarrollado se proponen una serie de indicadores que permitan conocer el efecto del proceso en los participantes. Para ello se diseñará un instrumento de testeo previo y posterior (se administrarán en el primer y último encuentro) que permitirá objetivar los cambios producidos en distintas categorías. Dichos pre test y post test responderán a una matriz de evaluación de impacto que apunta a obtener indicadores distribuidos en seis categorías. (Ver anexo 6 y 7)

Resultados esperados

Por medio del taller psicoeducativo planteado se pretende por un lado potenciar habilidades de los participantes que les permitan poner en valor y mejorar su nivel de inclusión social en relación con su problemática con el consumo de sustancias psicoactivas. Es decir, que mejoren sus conocimientos sobre dichas sustancias y sus efectos en su salud, que puedan obtener una perspectiva realista de los riesgos que implica su consumo y las consecuencias que acarrearán a nivel de sus vínculos sociales, sean estos familiares, laborales, académicos, etc. A la vez, que puedan ser conscientes de la influencia que ejercen los distintos estamentos sociales en una persona y el consumo de sustancias.

Por otro lado, y siendo más precisos, se esperan resultados concretos: desarrollo de una mayor conciencia de enfermedad, fortalecimiento de la autonomía y responsabilidad en relación con sus tratamientos reflejado en la adherencia a los mismos, y el empoderamiento como sujetos de derecho en la interacción con los prestadores de servicios médicos y sociales.

Por último, no es menor en relevancia como resultado el efecto multiplicador que puede resultar de esta experiencia, tanto a nivel individual como institucional. A partir del análisis de los datos obtenidos se espera poder justificar nuevas intervenciones en la misma línea que la planteada.

Conclusión

A lo largo de la elaboración del presente plan de intervención se ha podido tomar conocimiento de detalles concretos relativos al abordaje de la salud mental en el ámbito de la salud pública en la ciudad de Río Cuarto. Se ha podido detectar que dentro de la adecuación de las prestaciones actuales al marco legal vigente es pertinente fortalecer la inclusión social de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Sin duda, y dado el gran desafío que significa dicha adecuación, abarcar el total de este fenómeno exceda las posibilidades de este plan de intervención, no sólo por las dimensiones de la población en cuestión sino también por las múltiples aristas que presentan los trastornos adictivos y su abordaje. Sin embargo, se considera preciso hacer este y otros aportes en la dirección que marca el nuevo paradigma de salud mental, a los fines de desarrollar acciones que promuevan la salud de la población y permitan a la vez presentar dispositivos replicables en caso de demostrar su conveniencia.

Una evidente limitación del plan propuesto es que la población de la ciudad de Río Cuarto se vería claramente en ventaja en cuanto a accesibilidad con respecto a la de otras localidades y zona bajo influencia del Hospital. En ese sentido, y en caso de poder justificarse desde el balance costo-beneficio, se podría proponer un dispositivo de tipo itinerante que visite distintos puntos de la región y/o promover la reproducción del mismo en cada localidad con profesionales del lugar.

Asimismo, y teniendo presente los principios de abordaje con base comunitaria, trabajo en red y desinstitucionalización (en tanto desmanicomialización) que promueve el marco legal, resultaría válido generar espacios de trabajo psicoeducativo similar con las adaptaciones correspondientes por fuera del ámbito estrictamente hospitalario bajo la coordinación de profesionales que se desempeñen en niveles de atención de menor complejidad.

Además, y respetando así otro de los ejes del nuevo paradigma, sería conveniente incluir a profesionales de otras disciplinas en el caso de multiplicar la intervención propuesta.

Referencias:

Abordaje de la salud mental en hospitales generales (2018). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación, Argentina.

Ander-Egg, E. (1991) El taller una alternativa de renovación pedagógica. (2° ed.) Argentina: Editorial Magisterio del río de la Plata.

Becoña Iglesias, E. (2008) citado en Becoña, Iglesias, E .Cortés Tomás, M. 2011. pág. 18

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

Castel, R (2004) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011. Pag.230

CIE-10 (1992) citado en OMS 1994 *Glosario de términos de alcohol y drogas*. pág. 13

Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba. Recuperado de
<https://cppc.org.ar/institucionales/#!/aranceles>

Dawe, S., Gullo, M. J. y Loxton, N. J. (2004) citado en Becoña Iglesias, E. Cortes Tomás, M. 2011, pág. 58.

DSM-III-R (1987) citado en OMS 1994 *Glosario de términos de alcohol y drogas*. pág. 29

DSM-V (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5° ed.) American Psychiatric Association. Editorial médica Panamericana.

Echeburúa (1999) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 18.

Farkas, C. Hernández, B Santelices, M. (2009) *Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes*. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

García, D. (1997) citado en Farkas, C. Hernández, B Santelices, M. 2009, pág. 412

García, D. (2001) *El Grupo. Métodos y técnicas participativas*. (2° ed.) Argentina, Buenos Aires: Editorial Espacio.

Gertler, P. Martínez, S. Premand, P. Rawlings, L y Vermeersch, C. (2017) *La evaluación de impacto en la práctica*. (2° ed.) Grupo Banco Mundial

Gómez, R. (2017) *Psicología de las drogodependencias y las adicciones*. Argentina, Córdoba: editorial Brujas.

Gómez, R. Pollet, D. Schroeder, R. y Luque, L. (2009). *Abuso y consumo de drogas. Estudio sobre los perfiles sociodemográfico y los patrones de consumo en Argentina. Un primer informe*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Hayaki, J., Stein, M., Lassar, J., Herman, D. y Anderson, B. (2005) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 58.

Jacobs (1989) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 19

Ley 26657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Congreso de la Nación Argentina.

Ley 26934 (2014) *Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos (Plan IACOP)*.

Congreso de la Nación Argentina.

Mayer, H. (1997). *Adicciones: un mal de la posmodernidad*. Argentina. Buenos Aires: Editorial corregidor.

OMS (1994) *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de sanidad y consumo, España.

OMS (2004) *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington, EEUU.

PHAI (2018). Pautas y herramientas para la atención integral frente al consumo excesivo de sustancias, en particular el alcohol. Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Pereiro (2005). Citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011, pág. 19

Plan Nacional de Salud Mental. (2013) Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina

Plan Nacional sobre Drogas, España (2009) citado en Becoña Iglesias, E y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 236.

RAAC (2000) Red asistencial de las adicciones de Córdoba. *Trastornos relacionados con el consumo de sustancias: guías de recomendaciones*. Modulo 4: trabajo en grupo. Ministerio de salud. Provincia de Córdoba.

Sánchez, A. (1996) citado en Farkas, C. Hernández, B Santelices, M. 2009, Pág. 412

SEDRONAR (2017) *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Informe de Resultados N° 1, Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional, Argentina.

SEDRONAR (2017) *sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población general*. Presidencia de la Nación, Argentina.

Sen, A (2000) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011. Pag.230

Subirats, J. (2005) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. et al 2011, pág. 234, 235

Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. (2015) Remediar, Ministerio de Salud.

Presidencia de la Nación. Argentina.

Tezanos, J (2001) citado en Becoña Iglesias, E. Cortés Tomás, M. 2011. Pag.230

Tezanos, J (1999) citado en Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 234.

Tomas, B (2001) citado en Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. 2011, pág. 234.

Universidad siglo 21 (2019) *Líneas temáticas estratégicas*. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>

Universidad siglo 21 (2019) *Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”* recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Vanclay, F. (2015) *Evaluación de impacto social: lineamientos para la evaluación y gestión de impactos sociales de proyectos*. Asociación internacional para la evaluación de impactos

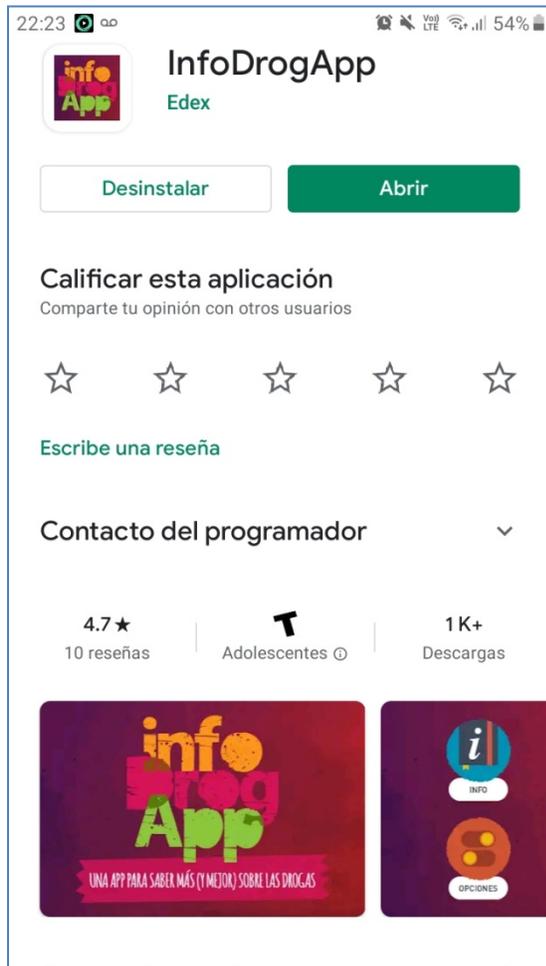
Waisman, M. Benaberre, A. (2017) *Adicciones. Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva*. Argentina, Buenos Aires: Editorial Panamericana.

ANEXOS

Anexo 1

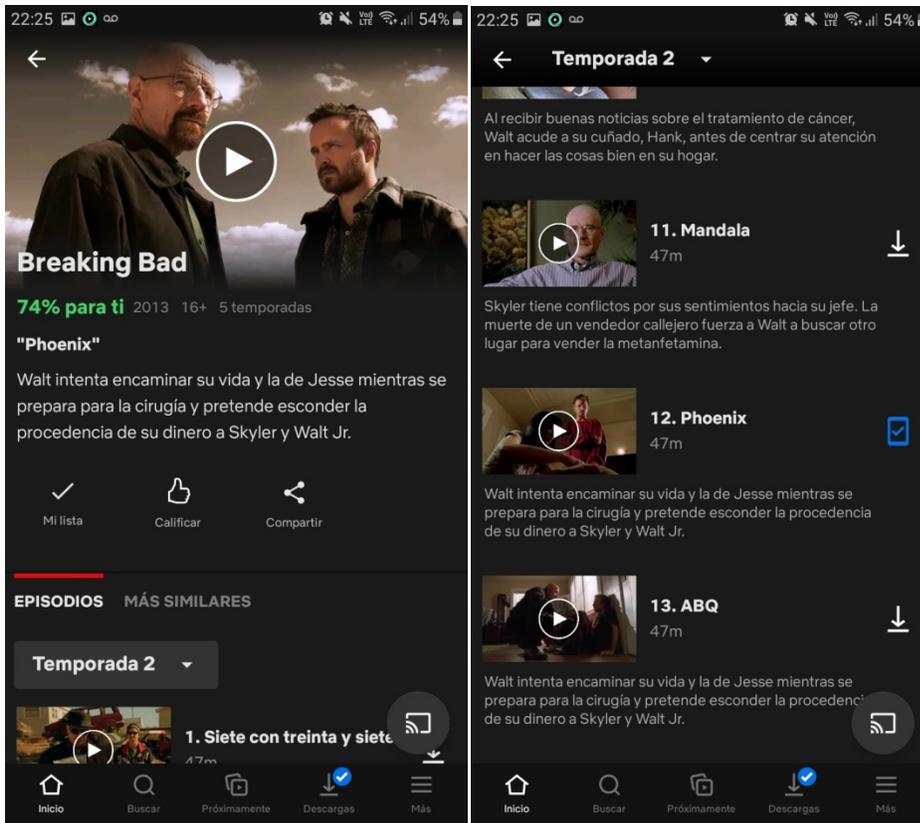
Infodrogapp recuperado de

<https://play.google.com/store/apps/details?id=es.edex.InfoDrogApp&hl=es>



Anexo 2

Capítulo 12 de la temporada 2 de Breaking Bad. Nombre del capítulo: Phoenix



- ¿Qué consecuencias negativas a nivel físico y emocional pudieron observar en los personajes que consumen sustancias?
- ¿El consumo afectó sus relaciones interpersonales o familiares?
- ¿Pudieron detectar algún prejuicio hacia los consumidores de sustancias?
- ¿Les parece importante que la familia acompañe al tratamiento? ¿Qué tipos de tratamientos para adicciones conocen?
- ¿Por qué los autores de la serie habrán querido hacer referencia al ave fénix?

Anexo 3

Fichas con frases de entrevista

Frases:

1 “Es una enfermedad, no es algo que uno decide hacer, sino que de repente se encuentra ahí”

2 “Son muchas las cosas que te llevan a esto: compulsión, autoengaño, egocentrismo. Son cosas que uno no quiere ver y lo más fácil es el escape.”

3 “La adicción es cuando tu vida se vuelve ingobernable, no puedes vivir sin la droga y tampoco con ella”

4 “Nadie quiere estar enfermo, esta es una enfermedad que vos te producís constantemente y no tiene cura, solo se la puede tratar.”

5 “Uno lo empieza a justificar, te decís lo puedo manejar, lo puedo pilotear, y así te empezás a mentir.

6 “La adicción es celosa, te atrapa y no te quiere soltar.”

7 “He dejado que me ayuden porque sólo no podía, esto es algo que no se puede solo”

8 “La lucha contra la adicción es día a día, es un combate permanente con uno mismo”

9 “La culpa es inmanejable, por eso es que vuelves a consumir”

10 “Hay que involucrarse con la gente que tiene este problema y no señalarlos”

11 “sí se puede pero solo no se puede, hay que dejarse ayudar”

12 “Un día sin volver a consumir es un día ganado”.

22:28    ·      53%

eltucumano.com 

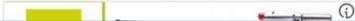
HISTORIAS DE ACÁ

“Yo tendría que estar muerto”: el crudo relato de un adicto a la droga

El músico tucumano Fernando “Negro” Burgo tuvo un pasado marcado por la cocaína y desde hace más de tres años que lucha día a día para superar la adicción: “Tu vida se vuelve ingobernable, no podés vivir sin la droga y tampoco con ella”.



20 May 2020 - 20:47   



Anexo 4



La otra cara de la moneda

- ¿Qué diferencia encuentran entre drogas legales e ilegales?
- ¿Qué opinan sobre la denominación de droga blanda y dura? ¿Les parece lo mismo la marihuana que la heroína? ¿El tabaco que la cocaína?
- ¿Sirven los castigos a los usuarios de sustancias para que dejen de consumir?
- ¿Les parece que la criminalización promueven el consumo y la marginación? ¿Por qué?
- ¿Qué opinan del chico que consume paco en la calle y el que consume éxtasis en una fiesta electrónica? ¿Qué papel juega la clase social en las adicciones? ¿Y la familia?
- ¿Qué opinan de la estrategia de reducción de daños, es decir, de que algún organismo del estado se encargue de dar información y herramientas para que si alguien consume corra el menor riesgo posible? ¿Es esa la función del estado?
- ¿Les parece que los programas de prevención y leyes están bien encaminadas? ¿Sirven?
- ¿Cuál es el rol de los políticos, los medios de comunicación, los profesionales de la salud, la familia, las organizaciones sociales?

Anexo 6

Matriz de evaluación de impacto

Categoría de análisis	Indicadores	Respuestas
Incorporar información sobre sustancias adictivas y trastornos adictivos	<p>Conocimiento de los efectos psicoactivos de las sustancias</p> <p>Manejo de conceptos relativos a los trastornos adictivos</p>	
Conocer las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicoactivas	<p>Conciencia del riesgo para la salud que implica el consumo de sustancias</p> <p>Percepción de las consecuencias negativas del consumo a nivel social, laboral y familiar</p>	
Representaciones sociales sobre las adicciones	<p>Tomar conciencia de cómo se perciben las adicciones a nivel social</p> <p>Tomar conciencia de cómo perciben al consumidor de sustancias a nivel social</p>	
Distinguir los prejuicios y estigmas relacionados con las adicciones y los consumidores de sustancias psicoactivas	<p>Auto percepción de prejuicios hacia otras personas</p> <p>Identificación de situaciones que impliquen prejuicio hacia consumidores de sustancias psicoactivas</p> <p>Percepción de situaciones de estigmatización relacionadas a las adicciones</p>	

<p>Valorar la importancia de los vínculos sociales</p>	<p>Toma de conciencia sobre la importancia de solicitar ayuda a otros</p> <p>Toma de conciencia sobre el rol que desempeña la familia en el consumidor de sustancias.</p>	
<p>Fortalecer las habilidades sociales</p>	<p>Capacidad de empatía de los miembros.</p> <p>Identificación de capacidades personales para establecer relaciones sociales.</p> <p>Identificación de puntos débiles personales para establecer relaciones sociales</p>	

Anexo 7

Instrumento para evaluación de impacto

Pretest – Postest

Nombre: _____

*Instrucciones: marque con una X la respuesta que considere más adecuada**(Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas)*

-¿Considera que está en condiciones de identificar sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) de acuerdo a su efecto sobre el sistema nervioso: estimulante, sedante, alucinógeno?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que hay sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) más adictivas que otras?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que hay una dosis segura para obtener el efecto positivo de una sustancia psicoactiva (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) sin riesgo de desarrollar una adicción?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Se cree capaz de definir lo que son las adicciones, la dependencia, la tolerancia, el síndrome de abstinencia y el craving?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que la adicción es una enfermedad?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que las adicciones tienen cura?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) puede afectar su salud de manera negativa?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) puede llegar a poner en riesgo su vida?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que el daño que una sustancia psicoactiva (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) puede producir a su organismo depende de la dosis consumida?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) puede perjudicarlo en su relación con su familia y/o pareja?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) puede traer problemas laborales, económicos y/o legales?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que conocer los efectos negativos que una sustancia psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) tiene sobre su salud le ayuda a decidir dejar de consumirla?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que el hecho de que una sustancia psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) sea legal o ilegal hace que su consumo sea visto de diferente manera por parte de la sociedad?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que los consumidores de sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) son percibidos por la sociedad de diferente manera de acuerdo a la sustancia que consumen?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. considera que puede formar una mala opinión sobre otra persona sin conocerla?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. considera adecuado formar una opinión sobre una persona de acuerdo al tipo de sustancias psicoactiva (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) que consuma?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que consumir o haber consumido sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) puede dificultar conseguir un trabajo?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que consumir o haber consumido sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) lo condiciona para conseguir pareja?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que consumir o haber consumido sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) modifica el trato que pueden darle docentes, policías o profesionales de la salud?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que el consumidor de algunas sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) muchas veces es visto como un delincuente?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que una persona que tuvo un problema con el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) seguirá siendo considerado adicto aunque ya no consuma?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. considera que para resolver un problema con el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, fármacos hipnosedantes) es útil apoyarse en otras personas?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que los profesionales y tratamientos que se ofrecen para adicciones son útiles?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que solo quien padeció una adicción puede ayudar a otro con el mismo problema?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que la familia y otros vínculos cercanos pueden tener un rol protector en relación con las adicciones?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Considera que la familia y otros vínculos cercanos pueden ejercer una mala influencia en relación con las adicciones?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. se siente capaz de ponerse en el lugar del otro, identificar y entender su padecimiento o necesidad?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. puede identificar sus habilidades personales para establecer relaciones sociales?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que puede mejorar su capacidad para establecer y sostener relaciones sociales sanas?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. es capaz de identificar sus puntos débiles para establecer relaciones sociales?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

-¿Ud. cree que puede mejorar sus habilidades sociales para evitar relaciones sociales que lo perjudiquen o pongan en riesgo?

SI		NO		UN POCO	
----	--	----	--	---------	--

