



Universidad Veracruzana

Instituto de Ciencias de la Salud Maestría en
Prevención Integral del Consumo de Drogas

**“Estudio comparativo de tres Centros de Comunidad
Terapéutica en tres países: España, Colombia y Nicaragua”**

Tesis que para obtener el grado de maestra presenta:

Gissel Yenín Leal Martínez.

Directora de tesis: María de los Ángeles Olavarrieta Marengo.

Xalapa, Veracruz, México, 05 de Julio del 2012.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I.....	7
FUNDAMENTACIÓN.....	7
1. Marco teórico.....	7
1.1. Aspectos generales de la Comunidades Terapéuticas.....	7
1.2. Revisión de antecedentes del estudio.....	20
1.3. Planteamiento del problema.....	24
1.4. Justificación.....	25
CAPITULO II.....	27
METODOLOGIA.....	27
2. Hipótesis de Trabajo.....	27
2.1. Objetivos.....	28
2.2. Metodología.....	28
2.3. Variables del estudio.....	29
2.4. Procedimiento de recopilación de información.....	33
2.5. Instrumentos de medición.....	34
2.6. Procesamiento estadístico.....	35
2.7. Consideraciones éticas.....	35
CAPITULO III.....	37
RESULTADOS.....	37
3. Introducción a los resultados.....	37
3.1. Programas de las CT.....	38
3.2. Los procesos de enseñanza aprendizaje en cada una de las CT en estudio.....	51
3.3. Datos de rehabilitación de cada CT.....	55
3.4. Conclusión sobre análisis comparativo.....	70
CAPITULO IV.....	73
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	73
4.1. Discusión.....	73
4.2. Conclusiones.....	74
4.3. Recomendaciones.....	78
5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	79
6 ANEXOS.....	81
Anexo # 1.....	81
Anexo # 2.....	81

Anexo # 3.....	82
Anexo # 4.....	82
Anexo # 5.....	83
Anexo # 6.....	102



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la intercesión de la virgen María por la gracia de la vida y por permitirme ser y hacer.

Agradezco a mi directora de tesis Dra. María de los Ángeles Olavarrieta por la paciencia y perseverancia que ha tenido para guiarme sobre todo que lo ha realizado con calidez humana y profesionalismo.

Agradezco a mis lectores de tesis: Dr. Cesar Briones Dr. Sánchez Mejorada y el Dr. Leo por sus comentarios y sugerencias en todo el proceso de elaboración de tesis y todos los profesores de la Universidad Veracruzana que me han transmitido sus conocimientos profesionales y humanos.

A todas aquellas personas que con sus ejemplos cotidianos me instan hacer cada día mejor brindándome motivación y confianza para salir adelante.

A los usuarios en recuperación por enseñarme a vivir la vida con sentido y responsabilidad.

A mi esposo e hija por darme su tiempo incondicional lo que me permite salir adelante.

Muchas Gracias

INTRODUCCIÓN

Cada día se habla más de las adicciones y de sus consecuencias en las personas que las padecen. Sabemos gracias a numerosas investigaciones que hay múltiples adicciones y que son tratables a través de diversas intervenciones que realizan expertos en la materia. Esta enfermedad es multicausal y puede afectar a cualquier ser humano sin discriminación de sexo, credo político, color o edad.

Hasta hace poco tiempo, diversas instituciones sociales han empezado a preocuparse por esta población que necesita de la atención adecuada e interdisciplinaria que contribuya al proceso de recuperación y de reinserción social. Para ello, hay muchos programas que intentan trabajar las temáticas desde diversas modalidades de tratamiento y uno de los modelos más reconocidos en el mundo son las Comunidades Terapéuticas.

La Comunidad Terapéutica (CT) para el tratamiento del abuso y adicción a las drogas, ha existido alrededor de hace cincuenta años en los Estados Unidos, En general, las CT son ambientes residenciales libres de drogas que usan un modelo jerárquico de etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros a través de una variedad de procesos de grupo para ayudar a que cada persona aprenda y asimile las normas sociales que le permitan desarrollar habilidades sociales más eficaces.

El tratamiento en Comunidades terapéuticas en España, y Colombia está muy avanzado, estudios de eficacia y de calidad dan a conocer los índices de rehabilitación de estos; lo que indica que como modelo base para este estudio sea tomado en cuenta a estos programas de cada país, donde hay diversidad de programas según el perfil de consumo por ende los índices de rehabilitación son altos; en relación a Nicaragua su experiencia en abordaje terapéutico científicamente valido es poco y en comunidad terapéutica por consiguiente, donde los índices de rehabilitación son deficiente. En cuanto a abordaje terapéutico en la temática de las adicciones Nicaragua necesita trabajar con metodologías validadas, nuestro país no cuenta con un sistema organizado de funcionamiento de los centros a nivel nacional. Este hecho es uno de los resultados que da a conocer el diagnóstico elaborado en el 2006 por la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Ministerio de Gobernación del país (ONUDD - MIGOB). Nicaragua presenta muchos vacíos desde la aplicación de una ley reguladora, hasta la aparición de nuevos centros, no se evalúa cómo funcionan; cada quien estructura su misión y visión según su conveniencia. En el año 2005, se elaboraron las normas mínimas y en el 2008 las aprobaron; sin embargo, no se han publicado en la gaceta diario oficial del país y por lo tanto no se aplican.

Profundizar en las diferentes acciones de abordajes utilizados, contribuye a la adecuación efectiva de los objetivos que se proponen en las comunidades terapéuticas para poder llevarlos a la práctica en Nicaragua.

Para hacer frente a esta problemática, en Nicaragua desde aproximadamente hace cuatro años han unido esfuerzos diversas instituciones tales como el Proyecto Hombre España, La ONUDD y el Ministerio de

gobernación, quienes están interesados en la elaboración de una Comunidad Terapéutica teniendo presente la eficacia científica que ofrece este modelo para el tratamiento del abuso a las sustancias psicoactivas.

La CT, es un modelo que difiere de otros enfoques de tratamiento principalmente en su metodologías y funcionamiento, está compuesta por personal profesional y personas en recuperación unos capacitados por la experiencia y otros capacitados por cursos recibidos consideradas como agentes claves del cambio. Este enfoque a menudo se conoce como "la comunidad como método", "enseña al usuario a utilizar el grupo comunitario para cambiarse a sí mismo". (George De Leòn). Los miembros de la CT interactúan de maneras estructuradas y no estructuradas para influir en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas. (Goti, 1997)

El presente trabajo recopila información y procesa experiencia directa en las comunidades terapéuticas de Castillejos en Guadalajara, España; PAERCONIC, en Nicaragua y Nueva Vida en Colombia, donde a través de la práctica se realizan aspectos comparativos de contenido, de relación de variables y de organización en cada una de las tres comunidades terapéuticas. Asimismo, hace una revisión exhaustiva de tiempo y proporciona una revisión de la historia de los tratamientos terapéuticos en adicciones que tienen una especial incidencia en las comunidades para el tratamiento de adictos a las drogas y ámbitos afines. Proporciona también los elementos esenciales de la práctica terapéutica en este campo, sin dejar de lado las dificultades con que los expertos se encuentran a la hora de su aplicación.

Este trabajo está indicado para orientadores, terapeutas profesionales y todas aquellas personas comprometidas con el cambio terapéutico. El lector centroamericano percibirá cercanía desde la cultura hasta el vocablo ya que este trabajo ha sido adaptado a la realidad nicaragüense.

Es por ello que el presente estudio realiza una comparación entre tres Comunidades Terapéuticas: Castillejos en Guadalajara España, Nueva Vida en Colombia y PAERCONIC en Nicaragua.

“SI NO AMAS, NO EDUQUES”

Gabriela Mistral



1. Marco teórico

1.1. Aspectos generales de la Comunidades Terapéuticas

Existen algunos centros de recuperación donde la principal labor es abordar el abuso de sustancias tales como el alcohol y las drogas (marihuana, inhalables, cocaína, base, entre otras), lo cual ya refleja una adicción que altera el estado de ánimo y el comportamiento y que constituye una de las principales causas de la degradación progresiva de una persona.

A partir de esta situación, se han creado diversos programas para abordar esta problemática y cada programa tiene formas particulares para tratarla. Es por ello que para este estudio se tomó como referencia el modelo más moderno existente que es el de Comunidad Terapéutica, programa con eficacia científica comprobada en varios países del mundo que ofrece un sistema de apoyo constante para la formulación y ejecución de un nuevo plan de vida para cada individuo.

Asimismo, la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (1987) la describe como “un espacio microsociedad de convivencia que provee los elementos reeducativos necesarios para

que el adicto, en interacción con el grupo, construya y lleve a la práctica su proyecto de vida, teniendo en cuenta que es él, el agente y protagonista de su propio cambio.” (Ver anexo N° 5)

Puede definirse también como la actualización de las potencialidades humanas (psicosociales y espirituales) que la persona puede hacer más allá de su desarrollo natural en función de la edad. Con el trabajo de crecimiento personal, el usuario aprende, a través de la conciencia de sí mismo, a aprovechar sus posibilidades de pensar, sentir y actuar (Berne, Erick 2001).

1.1.1 Nacimiento

La comunidad terapéutica para la adicción recibe influencias de varias fuentes, tanto antiguas como recientes. El término comunidad terapéutica es moderno y fue utilizado por primera vez para describir a las comunidades terapéuticas psiquiátricas que nacieron en el Reino Unido durante los años 40's del siglo pasado, y fue hasta 1953 que Jones las llevo a la práctica. y otros profesionales pioneros en el reino unido. Este movimiento se consideró la tercera revolución en psiquiatría porque hubo una transformación en la práctica de las terapias individuales, en la utilización de métodos grupales, así como en las actividades laborales y de responsabilidades que corresponde a cada usuario.

Aparece en los años 1958 - 1969 en los países de Europa y años después surge en Estados Unidos en el tratamiento de las adicciones, siendo los precursores inmediatos de las llamadas Comunidades Terapéuticas sin Drogas. Este tipo de comunidad terapéutica surge en los años 60's del siglo pasado en Norteamérica y posteriormente en Europa.

Glasser (1974) Organiza y contextualiza programas modernos comenzando con el grupo Oxford, fundado en el año 1921. También aporta datos sobre la organización de Alcohólicos Anónimos y de los programas de Synanon.

Los programas sobre comunidades terapéuticas se expanden rápidamente directa e indirectamente desde Synanon y Daytop Village. Estas y otras comunidades terapéuticas americanas de primera generación, tuvieron elementos comunes de la filosofía, organización social y práctica de los programas originales de las comunidades terapéuticas psiquiátricas.

1.1.2 Antecedentes de las Comunidades Terapéuticas

Las comunidades terapéuticas son una modalidad de tratamiento que se basa en la incorporación de los usuarios a una estructura organizacional. El abordaje consiste en un sistema de tratamiento de las adicciones de carácter socio-psicoterapéutico y pretende, con su régimen de funcionamiento altamente estructurado, ejercer artificialmente un grado tal de presión, que los mecanismos propios del adicto son actuados frente a los demás miembros de la comunidad y frente a los profesionales. Este procedimiento persigue poder dejar en evidencia dichos rasgos de tal modo que puedan ser evaluados y corregidos a lo largo de su vida.

El funcionamiento de la comunidad consta de diferentes fases consecutivas vinculadas a los diferentes estadios que realiza el residente en función de sus progresos.

A continuación, se describe el proceso histórico de las comunidades terapéuticas:

1.1.2.1 EL GRUPO OXFORD AMERICANO (1930)

Las Comunidades Terapéuticas sin Drogas aparecen en los años 60's del siglo pasado en Norteamérica y posteriormente en Europa. Glasser (1974) organiza y contextualiza programas modernos comenzando con el grupo Oxford fundado en el año 1921.

En Europa lo religioso o espiritual se ha ido sustituyendo por lo científico y lo médico en todos los sectores sanitarios y lo mismo sucedió en América hasta la segunda guerra mundial donde empezaron a aparecer en la década de los 30's del siglo pasado, sectores que estudiaban lo religioso. Y se llegó a la conclusión de que lo científico debe ir acompañado de lo religioso intentando así "hacer renacer a la humanidad en sentido espiritual".

Así pues, los del grupo Oxford empezaron a hablar de la "nueva era del compañerismo, fraternidad, realce moral..." Y por ello de aquí surge lo que se comprende por ayuda mutua, teniendo a los grupos Oxford como antecedentes de Alcohólicos Anónimos.

1.1.2.2 ALCOHÓLICOS ANONIMOS (1935)

Según lo señala el Libro Azul de Alcohólicos Anónimos, los grupos de autoayuda son los más antiguo y más grande del mundo. Esta agrupación se fundó el 10 de Junio de 1935 en Ohio, Estados Unidos por dos alcohólicos, uno de ellos era un médico bastante reconocido y el otro un corredor de Bolsa. Sus bases se encuentran en los famosos "Doce Pasos" elaborados en el año de 1939 y las "Doce Tradiciones" escritas en el año 1946. Con la filosofía de la cohesión, la fuerza de grupo de pares en el tratamiento propiciando la curación y la voluntad de querer dejar la bebida, AA se convierte en la mejor alternativa de rehabilitación en ese momento.

Tiene como punto de partida que el alcoholismo ha sido considerado como "una enfermedad que requiere la atención de los médicos" esto según la Asociación de Médicos de los EE.UU. (American Medical Association). Igualmente, la Organización Mundial de la Salud lo estableció como una enfermedad definiéndolo como "...toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que... sobrepasa los linderos de costumbres sociales..." Esta enfermedad afecta no sólo al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentre a su alrededor.

La agrupación de AA está formada por adictos en proceso de recuperación que sostienen reuniones regulares en las que se comparte su experiencia, fortaleza y esperanza relativas al proceso de recuperación de los integrantes. Su objetivo es el de proveer una red de apoyo para mantener la recuperación de sus miembros.

Usualmente estos grupos forman parte de fraternidades internacionales que operan como organizaciones sin fines de lucro y son sostenidas por sus integrantes.

De esta fraternidad se derivan otras que utilizan los mismos principios y dinámica grupal, tales como Narcóticos Anónimos, Sexoadictos y Al-Anon entre otros. Los grupos de Doce Pasos mantienen, además, la adherencia a principios espirituales como la creencia a un poder superior, y el cuidado personal del grupo a través del anonimato.

El principio del anonimato muchas veces es interpretado como la actitud de presentarse en público sólo usando su primer nombre y evitando aparecer en los medios de frente para no ser reconocido. Pero en verdad es un principio más profundo que representa una guía espiritual del servicio desinteresado o anónimo. A través de este servicio los miembros del grupo llevan el mensaje de recuperación a otros adictos que aún sufren.

La participación en las reuniones no cuesta dinero y están disponibles sin más requisitos para los adictos que deseen dejar de consumir drogas y recuperarse. Estas reuniones son regularmente cerradas o sea, que son sólo para adictos.

1.1.2.3 MAXWELL JONES (1952)

Con su clásica obra escrita en 1952 "Psiquiatría Social, un estudio sobre las comunidades terapéuticas", revoluciona las expectativas del tratamiento psiquiátrico y del médico en general. Analiza la convivencia, la atmósfera, la organización terapéutica, el "roleplaying" y la confrontación cotidiana de los problemas. (Citado por De León, 2004).

En la modalidad de comunidad terapéutica de Maxwell Jones destaca el staff compuesto por técnicos socio-sanitarios, donde pacientes y trabajadores están emocionalmente implicados no sólo en la curación sino también en la administración de la comunidad. Para ello, es imprescindible la libertad en la comunicación, una flexibilidad que contrasta con los hospicios psiquiátricos, nivelando las diferentes jerarquías entre médico y paciente, sanos y enfermos. Introduce las asambleas a las que todos asistían en situación de igualdad y participación diaria de las actividades

Se construye así una cultura terapéutica que transformaría el antiguo tratamiento coercitivo en un proceso educativo y de re-aprendizaje social que incluye los siguientes componentes:

- La visión holística del hospital
- La actitud permisiva
- La participación de los pacientes
- La ampliación de la base de la terapia y la rehabilitación

Este sistema originario de Gran Bretaña llegó a convertirse en un modelo europeo denominándose también modelo democrático, en contraposición al norteamericano llamado jerárquico.

1.1.2.4 SYNANON (1958)

Fundado por Charles Dederich en 1958, se inspiró por experiencia propia en Alcohólicos Anónimos, pues él era un ex -alcohólico. En estos programas se inicia el tratamiento de heroinómanos donde se sustituye lo religioso de Alcohólicos Anónimos por ideologías más modernas, aunque muy basadas aún en el carisma del personaje fundador, o sea, en la comunidad tradicional que mantiene su filosofía, la estructura y el tiempo organizativo que rige el diario vivir de cada usuario.

A diferencia del modelo europeo de M. Jones, este modelo americano es un sistema sumamente jerarquizado, con una pirámide de autoridad que recibió muchas críticas democratizantes. Si bien es cierto que Synanon se fundó con ex-delinquentes y heroinómanos, se trataba de “domesticar” a personas hospitalizadas en los psiquiátricos. (Goti, op cit).

A partir de esta experiencia, surgen otras comunidades terapéuticas como Daytop, Phoenix House, Satori, Portage, y S. Patrigiano, entre otras.

1.1.2.5 DAYTOP (1962)

David Deitch, procedente de Synanon, fundó en 1962 en Nueva York la comunidad terapéutica Daytop, con el apoyo de Monseñor William O'Brien. Esta organización ha sido la más imitada en América y Europa ya que incorpora técnicos y un sistema conductista de premios y castigos como base del tratamiento, aunque utilizando también otras modalidades de tratamiento tales como la terapia grupal, la psicoterapia individual y el psicodrama, entre otros. El aspirante va caminando por el método hasta “graduarse” y los que llegan hasta el final son el modelo a imitar.

Aquí no existen operadores calificados sino ex-adictos, los que van alcanzando niveles jerárquicos de autoridad, en la medida en que van superando su propia dependencia, por su esfuerzo y honestidad. Los residentes de la comunidad terapéutica no son considerados como pacientes sino como personas que han optado libremente por ingresar a ella, aceptando sus principios metodológicos y sus normas.

Además de las modalidades de tratamiento arriba mencionadas, incorpora otros conceptos que se desarrollan durante el proceso y se detallan a continuación:

Motivación. Se trata de un período relativamente corto que tiene como objetivo la internalización de las normas y reglas del tratamiento. En el momento de realizar el presente trabajo, se encontraba en revisión la modalidad en la que ingresa el paciente debido a que es posible implementar una admisión exclusivamente ambulatoria. Esto con excepción de algunos casos puntuales que por características particulares tales como la personalidad, el nivel de compromiso con las drogas y la falta de redes y/ o familia para contención, que requieren su ingreso directamente a la comunidad. El trabajo de Daytop está conformado por los siguientes procesos:

- Fase A: tiene como objetivo anticipar y evaluar los riesgos en lo cotidiano, la casa, el barrio, la escuela, y el trabajo. Es por ello que con el objeto de modificar la parte cognitiva y la conductual, se incluyen tareas reforzantes como el aislamiento terapéutico para reflexionar sobre su conducta. La reflexión personal para entrar en contacto consigo mismo, la confesión pública de sus conductas ante sus compañeros, así como el reconocimiento de la repetición de las mismas relacionada con su vida de consumo. El propósito de enmienda que significa la disposición de cambio para empezar una vida nueva. Y, finalmente, la confrontación de actitudes que el grupo apoya a partir de la señalización de todas las acciones negativas que no contribuyen a mejorar sino a entorpecer su proceso.

Todo esto permite reflexionar para prevenir posibles recaídas a través de la realización de tareas específicas y de asumir responsabilidades en el trabajo y en el estudio (horarios, tareas, etc.); re-armar y re-crear nuevas redes de apoyo y cortar el vínculo con la gente que consume drogas y alcohol.

Es necesario el refuerzo en la incorporación y cumplimiento de las normas; así como el sostenimiento de las mismas. Debe existir un compromiso con el tratamiento tanto de parte del residente como de la familia y de redes. Es importante el inicio de la revisión histórico-vivencial, la vinculación afectivo-familiar, el reconocimiento de sucesos vitales (abandonos, pérdidas, sobreprotección, frustraciones, etc.) junto con la situación actual vinculada a actitudes, comportamientos y conductas. El compromiso del residente con las problemáticas de los compañeros de tratamiento, constituye también un asunto de suma importancia.

- Fase B: Identificación y expresión de sentimientos.

La participación individual y comunitaria se desarrolla a lo largo de su proceso desde que ingresa hasta que egresa, pasando y manteniendo la indagación sobre la historia personal y familiar y reconstruyendo lo significativo. Se debe trabajar en la expansión de la red de apoyo y en la elaboración y reformulación del proyecto de vida.

Para prevenir posibles recaídas, se deben trabajar las salidas, estructurar el tiempo libre y la recreación y, finalmente, planificar los fines de semana.

- Fase C: Esta fase comprende la consolidación del proyecto de vida que implica la incursión e inclusión gradual en diferentes espacios sociales, laborales y/o educativos. Todo esto pertenece a la capacitación laboral y además evalúa la necesidad de recibir otro tipo de apoyo (terapéutico) individual o familiar. Previene posibles recaídas y planifica los fines de semana y horas libres.

El despegue gradual del centro y la reinserción forman parte de esta fase.

En la reinserción, se lleva a cabo la desestructuración del andamiaje normativo, la re-socialización desde el punto de vista de la generación y/o reposicionamiento de vínculos sanos. En el despegue total del Centro, el residente asiste sólo a los grupos terapéuticos dos veces por semana inicialmente hasta alcanzar gradualmente a disminuir el número de

entrevistas. De acuerdo a la evaluación del caso, se trabaja también para la continuidad del tratamiento en una terapia individual (fuera del Centro). Los usuarios llegan algunos días al tratamiento de lunes a viernes a las ocho horas y son retirados a las quince horas por algún familiar o persona autorizada previamente por la institución y en el caso de no tener apoyo, se retiran solos. Algunos días a la semana se quedan después de la hora habitual de salida con el fin de realizar diferentes talleres tales como teatro, computación, entre otros.

Los progresos que va realizando el residente, significa que avanza en las diferentes fases del tratamiento, a la par que va adquiriendo roles de mayor responsabilidad. A partir de la fase B, estos roles jerárquicos comienzan a ser ejercidos. El orden según la jerarquía es el siguiente: Responsable de comunidad, supervisor, responsable y trabajador.

Paralelo a ello se trabajan algunos grupos que refuerzan sus roles reales en la vida, tales como *Grupos de padres* con una frecuencia de un encuentro semanal. Estos espacios tienen por fin trabajar con los padres o quienes cumplan tal función, sobre los procesos particulares que éstos van realizando a medida que avanzan en el tratamiento.

Los Grupos de redes apuntan a apoyar, guiar y sostener el tejido social del residente con el fin de contribuir a aumentar la red social de éste último. El tratamiento se enfoca fundamentalmente en que el adicto logre construir vínculos sanos con su entorno, pero que a la vez dicha red pueda contenerlo y protegerlo en cierta forma. La función de la red social adquiere mucha relevancia en este contexto. La frecuencia de reunión es de un grupo cada 15 días.

Entrevistas familiares: estos espacios terapéuticos permiten la revisión conjunta de todo el núcleo familiar y de los aspectos históricos y presentes propiciando el encuentro con las disfunciones de la estructura familiar, de tal modo que permita la construcción de modelos alternativos.

Actualmente el modelo Daytop es imitado por muchas comunidades terapéuticas en el mundo.

1.1.2.6 PROYECTO HOMBRE (Creado en la década de los 60's del siglo pasado)

A partir de Daytop, de quien toma elementos básicos, surge en Italia otro grupo de comunidades terapéuticas que incluye nuevos instrumentos, más acordes a la realidad cultural y familiar de Europa y América Latina. Por ejemplo permite:

- Brindar atención integral del proceso que deben realizar los usuarios a partir de un enfoque bio-psico-social, espiritual basando su metodología y estructura en dicho enfoque. Así pues, ofrece un conjunto de acciones e instrumentos organizados y estructurados tendientes a conseguir que la persona, a través de la experiencia compartida con otras en su misma o parecida situación, tome conciencia de su realidad (autoconocimiento) y de sus capacidades y habilidades para ponerlas en juego y desarrollarlas. Esto con el objetivo de alcanzar la finalidad última de todo el proceso que es la integración y normalización social.

- Fomentar la mejoría personal introduciendo cambios relevantes en el estilo de vida del propio usuario. Este proceso se desarrolla en diferentes niveles: comportamental, emocional y cognitivo. Por lo tanto, es decisivo el espacio facilitador que ofrece el centro como apoyo afectivo, estructurado como red en la que se practican las habilidades sociales, entre otras. Ya que a partir de la interacción con los demás en un marco estructurado, se favorece la reflexión e incorporación de nuevas experiencias, puntos de vista y estrategias útiles.

Todo este proceso está estructurado en tres fases: acogida, comunidad terapéutica y reinserción. El trabajo que se realiza en las tres fases abarca todos los niveles tanto personales (conductual, emocional y cognitivo) como sociales (familiar, grupo de pares y salud) o existenciales (trascendencia y sentido de vida). La duración de las fases, así como la consecución de algunos objetivos, depende de las necesidades de los usuarios. Esto quiere decir que la estructura está en función de las personas y, por lo tanto, en el Programa Base se individualizan los procesos. (Leal, Dávila, Maltez, 2007)

Se pretende fomentar y compartir la experiencia propia y original de tratamiento y rehabilitación de la Comunidad Terapéutica ambulatoria y residencial, a través de la capacitación permanente de equipos de trabajo de diversas organizaciones públicas y/o privadas que se relacionan directa o indirectamente con la problemática de las adicciones.

Este modelo busca formar a personas como operadores o consejeros calificados para desempeñar la labor de terapeutas especialistas en este tipo de comunidad tanto en Europa como en América y Asia.

En América Latina lideran el sistema de comunidad terapéutica tres vertientes muy definidas Hogares Crea de República Dominicana, que provienen de la experiencia norteamericana Daytop; la Comunidad Terapéutica colombiana a cargo de la Congregación de la Comunidad Religiosa de los Terciarios Capuchinos que adopta los lineamientos del “Proyecto Hombre” y la Fundación de Hogares Claret, también de República Dominicana, que a la experiencia norteamericana introduce algunas modificaciones. Ibídem)

1.1.3 De la comunidad terapéutica a la implementación del programa ambulatorio

Según Elena Goti, (Opt cit) en su obra De la comunidad terapéutica al ambulatorio, es un proceso en curso que permite mostrar los diferentes momentos que marcaron las pautas para lo que hoy se llama modelos ambulatorios. Los cuales han pasado por diferentes fases y su origen está en las comunidades terapéuticas que se desarrollan por etapas y se mencionan a continuación:

Etapa I

Hasta los 50's del siglo pasado se denominan años de los procesos "sin fin". Los tratamientos contemporáneos en farmacodependencia están enraizados directamente en los movimientos de autoayuda, especialmente en Alcohólicos Anónimos, que aparecieron como ya antes se hizo mención, en la década de los 30's del siglo pasado. Programa basado en los 12 Pasos, donde la recuperación es vista como un proceso continuo que no tiene fin y en el que la asistencia a los grupos es constante, ya que pueden encontrarse personas con más de 15 años de recuperación aún asistiendo a los grupos. Se trataba entonces de un modelo ambulatorio sin final previsto.

Etapa II

Entre 1958 y 1965: Procesos residenciales.

Estos procesos pasaron a ser residenciales de la mano de Synanon, primera comunidad terapéutica que introduce el elemento residencial. Los que asistían iban a vivir allí y no se percataban de un final. El que entraba a Synanon era para quedarse, para iniciar una vida nueva en un contexto nuevo.

Etapa III

Entre 1965 y 1985: Procesos residenciales con fin.

Aparece entonces Daytop y las comunidades terapéuticas que le siguieron fueron los verdaderos postuladores y normalizadores de la comunidad, donde se mantuvo el elemento residencial pero se previó un fin al proceso. Allí se ingresaba para "rehabilitarse", para "curarse" y luego volver a la sociedad, aunque el proceso duraba años.

Destaca George De León (Op Cit) "que establecían una correlación directa entre duración del tratamiento y éxito del mismo: a más estadía en comunidad terapéutica, más posibilidades de éxito y más tiempo de mantenimiento de la sobriedad en el post-tratamiento".

En la década de los 80's del siglo pasado, Colombia se suma a los países que empezaron a ofrecer programas de comunidad terapéutica tipo residencial, y había un empeño muy grande en mostrar resultados de recuperación no importando si fuese el proceso largo o corto.

En esa época, se inicia un marcado cambio de tendencia en la modalidad de tratamiento hasta llegar a los modelos ambulatorios, donde se hace mucho énfasis en la intervención de la familia desde su estructura y su dinámica. Al mismo tiempo, se forman y fortalecen las redes de apoyo que hacen posible el trabajo ambulatorio.

Por lo tanto, a lo que apuntan los modelos ambulatorios es a:

- Realizar un mejor diagnóstico integral
- Lograr que el síndrome de abstinencia sea minimizado

- Empezar a trabajar desde el primer contacto
- Que los costos de la intervención se reduzcan
- Lograr involucrar a la familia en el proceso así como a otras personas que funcionen como red de apoyo
- Fortalecer y operativizar la red de apoyo social asistido

El diseño de los programas ambulatorios está estructurado desde los siguientes aspectos:

- Se centra en el presente, en “el aquí y ahora”.
- La familia participa como co-terapeuta.
- El proceso terapéutico se desarrolla dentro del esquema de una terapia breve.
- Las técnicas e instrumentos de intervención se diseñan de acuerdo a líneas de trabajo: comportamiento (actuar), conocimiento (pensar) y expresión de sentimientos (sentir).
- El modelo se enfoca tanto en actividades de grupo como en atención individual

1.1.4 Estrategias de reducción de daños en el contexto de CT

El médico Guillermo Castaño, (1954) “plantea que este enfoque, desarrollado en el contexto europeo en la década de los 80’s del siglo pasado ha planteado una ruptura con los paradigmas dominantes que se tenían sobre el tema de las drogas y las drogodependencias”. Tiene como objetivo principal la disminución de los efectos negativos del uso de drogas, disminuyendo la morbi/mortalidad y las consecuencias psicosociales asociadas al consumo, mejorando así la calidad de vida del drogodependiente. Tiene una intención de sanar integralmente tratando de controlar la contaminación de VIH/SIDA entre los consumidores de drogas.

El modelo pretende ayudar a los farmacodependientes a mantenerse vivos y a desempeñarse como ciudadanos activos dentro de su situación de consumo, al tiempo que se le facilitan los instrumentos y el alcance de objetivos inmediatos.

1.1.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Sánchez-Mejorada (2003) menciona a Kooyman denotando que las Comunidades Terapéuticas establecen que el modelo de Comunidad Terapéutica tiene como componentes esenciales los siguientes:

- Abstinencia de drogas psicoactivas adictivas
- Énfasis en la ayuda de pares
- Modelaje de roles
- Confrontación de conductas
- Papel central de reuniones grupales
- Observancia de un reglamento
- Reconocimiento de una autoridad racional

- Elección voluntaria del tratamiento
- Clima afectuoso y cálido
- Atención mixta: profesionales y empíricos capacitados
- Participación familiar en tratamiento
- Circulación de valores

Adicionalmente, algunos teóricos de este modelo han venido incorporando en la última década, la atención a los siguientes temas en la población usuaria: Brien. 1990.

- Enfoque sobre la prevención y el tratamiento del VIH
- Enfoque adecuado para grupos con necesidades especiales: adolescentes, mujeres, diagnóstico dual y homosexuales.
- Necesidad de desarrollar funciones de investigación y evaluación de programas
- Tratamiento mosaico e interdisciplinario

En el marco de un enfoque integral, el Dr. Sánchez-Mejorada (Ibídem) establece que el método clínico-terapéutico no puede estar ausente, entendiéndolo que su función es coadyuvar a crear las condiciones físicas y mentales que permiten construir el proceso de recuperación.

La educación informativa y formativa es lo que más recientemente se ha aplicado en las comunidades terapéuticas, ya que permite unificar tanto a profesionales como a personas sin formación universitaria que desean laborar con la población consumidora de droga. Por un lado se trata de aportar elementos que permitan entender los trastornos adictivos, las diferentes herramientas utilizables para el cambio personal y por el otro, se trata de utilizar a la comunidad como el contexto social en el que se aprende, se corrige y se busca desarrollar el concepto de responsabilidad personal ante la recuperación y ante la vida.

Este proceso se articula a la vida comunitaria en la medida en que sus miembros van desarrollando tareas específicas inherentes a la vida diaria, a la gestión de la casa tales como el aseo, la cocina, la huerta, los talleres de actividades diversas, el jardín, la coparticipación en actividades disciplinarias y otras funciones. La disciplina y el servicio enmarcan este proceso.

Es evidente que la psicoterapia y los modelos de tratamiento han evolucionado en paralelo a las aportaciones de nuevas escuelas o corrientes de la psicoterapia contemporánea.

La terapia o consejería individual es un componente que apoya en problemas específicos al proceso, permitiéndose la particularidad de inducirlo con el objeto de que la persona lo continúe para poder afrontar sus situaciones de frustración o de éxito en la rehabilitación.

El enfoque evolutivo en tratamiento primario según artículos recopilados en las comunidades hogares Claret (2007), consiste en una propuesta temporal intermedia entre los modelos de internamiento breves (28 días) y las Comunidades Terapéuticas tradicionales (12 meses). El perfil

del adicto y las sustancias de preferencia en la actualidad dificultan lograr cambios significativos en períodos muy breves. Pero las estancias muy prolongadas aíslan y sobre-adaptan al individuo a su comunidad, dificultando la reinserción social. No obstante, reconocemos que las necesidades para algunos puedan estar en una de estas modalidades breves o extensas.

1.1.4.2 ABORDAJES ACTUALES DE LAS ADICCIONES EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.

Las comunidades terapéuticas mantienen en su aplicación enfoques de reconocido valor terapéutico como el Modelo de Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre, (2007) que contempla el tratamiento residencial de un año en promedio y con un programa en tres etapas ligadas a metas cognitivas, conductuales y emocionales, siendo la prioridad en cada una de ellas:

- La aceptación del problema, de la ayuda y de la propuesta comunitaria
- El análisis de la personalidad, de la conducta y del cambio conductual y el
- Diseño General de un Proyecto de Vida

En cuanto a la reinserción, pensamos que debe ser un proceso gradual en el cual se trabaja el tratamiento primario y el cuidado continuo. El concepto del cuidado continuo se articula en torno a un plan de postratamiento individualizado que debe contemplar actividades que refuercen y desarrollen los cambios iniciados en el proceso residencial. Se pueden utilizar variables psicoterapéuticas (individual, grupal, familiar), asistencia a grupos de autoayuda, talleres de reciclaje, trabajo con la familia, rehabilitación escolar, laboral u ocupacional y formación de redes de apoyo. Una característica importante debe ser su carácter intensivo o semi-intensivo a través de la utilización de casas de medio camino o tratamientos ambulatorios continuos durante períodos no menores a un año de acuerdo a las necesidades individuales.

El personal mixto está conformado por profesionistas del campo de la salud mental y operadores quienes proceden de las propias comunidades terapéuticas, ahí se forma la gente que posteriormente va a reproducir el modelo, esto se realiza con el objeto de aprovechar el semillero de las comunidades terapéuticas para crear escuelas de educadores que a su vez han sido re-educados; ambos con la capacitación idónea para lograr trabajar en equipo. La confluencia del enfoque clínico con el de la ayuda mutua requiere la utilización de ambos recursos humanos. Los profesionales inciden en aspectos relacionados con su campo de competencia, los operadores que son personas que han vivido el proceso de rehabilitación acompañan, animan, supervisan y apoyan al proceso comunitario de los participantes. Profesionales, operadores y usuarios conforman juntos el ambiente macro comunitario en el que la convivencia y el encuentro nutre a unos y a otros. Todos crecen juntos. Creemos que este enfoque permite la optimización de recursos y la incorporación de empíricos capacitados cuya mística y compromiso son cruciales

para la vida comunitaria; así como la del grupo de profesionales que atiendan con un enfoque integral las necesidades de cada usuario.

El juego y la recreación son elementos terapéuticos en sí mismos. Partimos de la base de que la persona adicta requiere aprender a recrearse, a reinventarse o redescubrirse a través del ejercicio, el deporte, el arte, la cultura y la risa. Se prioriza la colaboración sobre la competencia, se buscan puntos de contacto con otros y el desarrollo de alternativas creativas para el empleo del tiempo libre. Se persigue también buscar el desarrollo de hábitos sanos que apoyen el proceso de reinserción. Es evidente que este elemento requiere de estar especialmente presente en el trabajo con adolescentes y jóvenes.

El enfoque espiritual es muy valioso en las comunidades ya que facilita el contacto con lo significativo y lo trascendente. Se nutre a partir de la filosofía de Los Doce Pasos o de otras tradiciones espirituales que inducen el surgimiento de la fe y de la esperanza en el contexto amoroso de la comunidad. Se traduce también en el compartimiento de valores comunes tales como honestidad, humildad, solidaridad, servicio, pertenencia, sobriedad, gratitud y la generosidad, entre muchos otros. Se articula con rituales comunitarios que amplifican el sentido de integración y de continuidad con los compañeros, con la naturaleza, con el universo visible e invisible. Se vincula estrechamente con el mundo de los afectos, de los contactos, de las posibilidades, de los anhelos y de los sueños. Se traduce en cambio y crecimiento inducidos, experimentados y reforzados en la cotidianeidad de la comunidad terapéutica. (Proyecto Hombre, 2000)

Las tareas de investigación y evaluación constituyen un requerimiento esencial en todos los programas de tratamiento con el propósito de contar con sistemas de seguimiento, metodológicamente aceptables, que permitan evaluar el impacto de las acciones realizadas en términos de la evolución de los usuarios en aspectos tales como la abstinencia de drogas adictivas, el desempeño escolar o laboral, el estado general de salud y la calidad de vida. Sánchez Mejorada (2003).

Asimismo esperamos que se gesten, en este siglo XXI, nuevas alternativas adaptadas a diferentes realidades sociales promoviendo el espíritu de una comunidad terapéutica interdisciplinaria, viva, moderna, actualizada, y flexible, que permita al residente tener libertad personal de ser el mismo, promoviendo la estabilidad para enfrentar situaciones de la vida diaria.

“La situación actual y las perspectivas inmediatas de las adicciones en nuestro país no pueden esperar más. El tratamiento de los adictos es, sin duda, una de las acciones más significativas que pueden incidir sobre una cultura libre de drogas como es el objetivo ideal del doctor Sánchez-Mejorada. (Op cit. 2003)”.

En Nicaragua no hay ningún estudio sobre Comunidades Terapéuticas y este será el primero que servirá de base para la creación de un programa que se aplicará con personas adultas bajo la modalidad de proyecto Hombre.

Como se mencionaba en el acápite anterior, existen varias formas de tratamientos en adicciones y por ende, múltiples investigaciones que se han realizado en el campo con el propósito de acercarse cada día al más acertado que permita un abordaje integral de esta problemática.

1.2. Revisión de antecedentes del estudio.

En cada país hay una gran variedad de estudios relacionados sobre lo que se está haciendo en los diversos tratamientos, desde diseños de instrumentos hasta formas terapéuticas de incidencia en el comportamiento, conducta y sentimientos de los adictos y sus familiares. Tal es el caso de las comunidades de Nueva Vida de Colombia (2006), Casa Alianza de Nicaragua (2007) y Casa Nueva en México (2003).

Algunas otras comunidades terapéuticas han venido realizando investigaciones tales como Memorias sobre el perfil psicosocial y toxicológico de consumidores de heroína y cocaína. (Chile 2002, España 2003, 2004, 2005 y Colombia 2004). Es meritorio mencionar que cada uno de estos perfiles muestran características particulares de cada país y cultura; sin embargo, los perfiles del dependiente son iguales en todos los lugares, en todos los países del mundo y según el tipo de droga consumida. Estos estudios muestran los signos y síntomas del dependiente según los parámetros del DSM IV, libro de diagnóstico estandarizado por la Organización Mundial de la Salud a nivel mundial. En las Comunidades terapéuticas se maneja que antes de ser adicto se es persona con un gran poder personal de elección.

En España se ha realizado un gran número estudios de los cuales se mencionan a continuación los siguientes: La incidencia laboral de las drogas en el mundo laboral en la comunidad de Madrid España (Uros, 1999) que plantea que son muchos los factores que están incidiendo en el consumo de drogas a nivel mundial y estos dependen de las necesidades de cada país. “En España, por ejemplo, nos estamos encontrando con la incertidumbre laboral lo que produce mucha inestabilidad”.

En la Comparación de incidencias de consumo en las comunidades de Madrid, y Guadalajara, Castilla la mancha España (2002), Proyecto Hombre estaba interesado en dar a conocer los tipos de consumo por los cuales habían llegado sus usuarios con el objeto de enfatizar en cada una de las sustancias que se consumían, ó sea, según el perfil del adicto. Se revisó un trabajo sobre la evaluación del proceso de intervención en drogodependencias desde la perspectiva de la evaluación de programas, comparando las tasas de reinserción y deserción laboral, (2004).

El manual Orientación para educadores (García, 2004) nos remite a una serie de conceptos básicos de signos y síntomas que todos los seres humanos necesitamos saber para evitar caer en iatrogenias en un drogodependiente por la misma ignorancia de no saber cómo abordarlo.

Se revisó también un estudio sobre la evaluación del proceso de intervención en drogodependencias desde la perspectiva de la evaluación de programas, comparando las tasas de reinserción y deserción laboral, (Ibidem)

Existe un estudio comparativo sobre dos comunidades terapéuticas de Proyecto Hombre que propone la reinserción sociolaboral en drogodependencia (2007) y que permite analizar tasas de abandono y tasas de alta, a través de un análisis a profundidad sobre tres casos particulares que logran la inserción sociolaboral en comparación de tres que no logran insertarse sociolaboralmente.

También se han realizado análisis comparativos de elementos terapéuticos que influyen en las comunidades para reducir el consumo de tabaco (2008), lo que permite analizar factores internos terapéuticos que facilitan el proceso de recuperación del consumo de tabaquismo.

En La comuna en Madrid, Educa sobre las Realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos de abuso, consumo y dependencia de drogas (2008), se establece la importancia de tomar en cuenta durante todo el tratamiento, ya sea en comunidad terapéutica o no, los factores de riesgo que son la base de la rehabilitación.

En varias Jornadas de Orientación familiar y grupos de personas toxicómanas, (Anónimo, Gobierno de España, 1998; Estados Unidos, 2002 y España 2002.), se estableció que el éxito del crecimiento de un país depende de la buena orientación familiar que se pueda brindar en los hogares. Desde esta perspectiva instan al ser humano a formarse con valores, lo cual depende mucho de la labor que se realice desde las familias sin distinción alguna.

En relación al modelo de comunidad terapéutica, en América Latina, como ya se ha señalado, en sus inicios recibió influencia de varias fuentes: americana, dominicana e italiana. El término es reciente pero su riqueza investigativa se remonta desde hace más de cincuenta años aproximadamente con el psiquiatra Maxwell Jones en 1953. Desde entonces ha venido evolucionando hasta organizar comunidades e intervenir de manera profesional y humana en los toxicómanos y sus familias.

En Nicaragua, como ya lo mencionamos, no hay estudios comparativos de tratamientos y menos de comunidades terapéuticas pero sí hay algunos estudios universitarios sobre tratamientos para familiares basados en el modelo Minnesota. Algunos de ellos son los de; Torrentez, León (2005), en su tesis titulada "Adecuación de mandatos parentales, las cuales están basadas en el modelo Biopsicosocial como herramienta terapéutica en el manejo de las adicciones".

También existen trabajos que se han realizado con familias enteras co–adictas atendidas según el modelo de Minuchin, donde cada día luchan por ser lo más funcionales posibles. Entre ellos se encuentra Diferencias y semejanzas entre hijos adultos de padres alcohólicos y de no alcohólicos, la familia disfuncional y las adicciones, intervenciones con adolescentes hijos de adictos de padres alcohólicos (2002).

Melody Beattie en sus libros Ya no seas Codependiente (1989) y Más allá de la Codependencia (1991), hace grandes aportaciones para la recuperación de muchas familias que sufren de una u otra manera el trago amargo de la adicción. También está Pía Melody, quien hace un estudio profundo acerca de la codependencia y establece que es el terreno fértil para las adicciones (Encarando la Codependencia, 1998)

Existen, además, diversas monografías sobre sistematizaciones como: Maratones como herramienta psicoterapéutica en los tratamientos de adicciones en Nicaragua. Se encuentran también: Diversos grupos para implementar los tratamientos de adicciones (2009). Los tiempos libres en los centros de tratamientos y el Manual de autoestima para el trabajo en adicciones con adolescentes, que se han realizado basados en intervenciones terapéuticas para adolescentes y que permiten agrupar técnicas para atender a esta población.

Investigaciones sobre factores de riesgos y factores protectores en consumo de drogas han sido realizadas en centros de rehabilitación como Casa Alianza en Nicaragua, Remar y PAERCONIC, (2008, 2009) los cuales mantienen formas de trabajo de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos quienes con su metodología han recuperado a muchas personas adictos en el mundo y el modelo Hazelden comúnmente conocido como “el Modelo Minnesota” tomado del Artículo. González (2000). Es un tratamiento donde no hay gritos ni faltas de respeto hacia los residentes. Sabemos que no sólo tiene que haber un cambio de actitud sino también un cambio de pensamiento para que la abstinencia pueda ser mantenida con el tiempo. Se trabaja mucho con las virtudes y la autoestima de la persona. Durante el día se escriben Planes Terapéuticos conectándose con las consecuencias de su consumo y con los defectos de carácter para modificarlos. Todas las noches antes de dormir escriben un inventario diario de pensamientos y sentimientos más significativos del día.

George de León en su libro La comunidad terapéutica y las adicciones (Op Cit) da a conocer la historia y el ambiente en que se mueven las comunidades, así como también los elementos necesarios para mantener una comunidad terapéutica funcional. Es importante tomar en cuenta la sistematizaciones realizadas por de León debido a que se ha dedicado por muchos años a describir lo valioso de las comunidades terapéuticas.

Ibert Sabatés, (2004) realizó un estudio sobre los factores de riesgo y sus aportaciones son valiosas para prevenir el consumo de muchas personas. Existen trabajos en los que se destacan también los factores de protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas tales como

Actividades psicoeducativas que permitan mantener activo al joven y evitar el consumo de sustancias psicoactivas (Vegas, 2007).

Es hasta el año 2004 que empieza a funcionar una Comunidad Terapéutica en el norte de Nicaragua basada en el modelo de Proyecto Hombre. Hasta el momento no hay estudios que indiquen cómo funciona este centro, ni los niveles de rehabilitación o de re-incidencia.

Toda esta recopilación de información permite dar a conocer lo que es la evaluación de proceso sobre comunidades terapéuticas y evaluación de resultados; que consisten la primera según el enfoque teórico de Comunidad terapéutica determinar cuáles son los objetivos de esta metodología y en qué medida se alcanzan los objetivos, que es la recuperación del adicto, y a la vez nos permite tomar decisiones, valorar el método y ver su posible aplicación en otros lugares. Gabriel del campo. *Metodología de la educación* (2000). Y la segunda que es evaluación de resultados que permite conocer en qué medida se viene dando el logro de los objetivos (Resultados en caso de marco lógico) y ver su alcance presente y futuro.



1.3. Planteamiento del problema

El abordaje terapéutico en prevención, tratamiento y rehabilitación del adicto en Nicaragua está empezando a ser problema de atención de salud pública. Nuestro país no cuenta con un sistema organizado que coordine el funcionamiento de los centros a nivel nacional. Como se mencionaba anteriormente, Nicaragua presenta muchos vacíos desde la aplicación de una ley reguladora, hasta la aparición de nuevos centros porque no se evalúa cómo funcionan. Cada quien estructura su misión y visión según su conveniencia y vivencia personal.

Según estadísticas del CNLD ahora llamado CNCCO (Consejo Nacional Contra el Crimen Organizado), la mayoría de las personas que atienden en los centros a nivel nacional no son profesionales en el área sino personas con experiencia en el campo, ya sea porque son adictos en recuperación, o porque llevan algunos años laborando en algún centro.

Por lo anteriormente expuesto, fue de primordial importancia llevar a cabo una comparación de tres modelos de tratamiento que utilizan bases metodológicas, científicas y prácticas similares y que se aplican en diferentes países bajo el modelo de Comunidad Terapéutica. Este modelo es sumamente reconocido por su efectividad integral y al ser comparado, se pudo constatar su utilidad científica lo que será de mucho provecho para Nicaragua.

El objetivo de esta comparación ha sido la creación de un centro de rehabilitación para Nicaragua que se espera que se convierta en un modelo de Comunidad terapéutica en Nicaragua y Centroamérica. Esto, desde luego, exige calidad en su elaboración y en su aplicación; lo cual permitirá brindar una mejor atención en prevención, tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora de sustancias psicoactivas drogas.

Profundizar en los diferentes abordajes en las tres CT en los tres países, contribuyó a dar una visión integral del funcionamiento sobre los programas residenciales para la rehabilitación para adictos.

Para la realización de este estudio se plantearon las siguientes preguntas:

- La comparación entre estas tres comunidades terapéuticas ¿nos permitirá obtener un mejor conocimiento sobre este modelo?
- A partir de esta comparación ¿podremos elaborar un programa y adaptarlo a Nicaragua?
- ¿Es posible enriquecer el modelo de Comunidad Terapéutica incorporando los aspectos que han resultado positivos y desechando los que no han funcionado en cada centro?

Nuestra pregunta de investigación se planteó de la siguiente manera:

Comparar tres centros de Comunidad Terapéutica en tres países ¿nos permitirá detectar de manera científica aquéllos elementos que han resultado más efectivos, con el propósito de diseñar un modelo de tratamiento para Nicaragua?

1.4. Justificación.

El problema del consumo de drogas lícitas e ilícitas en el presente ha adquirido ribetes altamente preocupantes en nuestro país y en el mundo en general. De este modo, podemos observar un elevado consumo de marihuana, pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína y un altísimo consumo de alcohol, tabaco y pegamento en nuestra juventud Nicaragüense. Estudios realizados en el 2007, indican que el 46% de los jóvenes están iniciando el consumo de alcohol y tabaco en el primer año de la secundaria, esto según Sistema de Datos Uniformes (SIDUC) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) quienes también señalan que el 48 % de la población es joven en Nicaragua.

Las encuestas escolares realizadas en Nicaragua a través del Sistema de Datos Uniformes (SIDUC, 2006) han determinado que el inicio de consumo de drogas en los últimos años se realiza en edades más tempranas que oscilan entre 12 y 15 años, ó sea, en los primeros años de la secundaria.

Resulta alarmante cómo el consumo de diversas drogas está afectando a un segmento de la población conformado por adultos jóvenes fundamentalmente, quienes se encuentran ya en la categoría de dependientes. La mayoría de ellos son casados o en unión estable, e incluso tienen un hijo o más. Otro aspecto a destacar es que el mayor porcentaje de éstos pertenece al sexo masculino; según estadísticas que aporta el Ministerio de salud en Nicaragua indican que el 65% de varones inicia su primer consumo en edades de secundaria, lo que los diferencia de las mujeres a esa misma edad, según lo señaló el Dr. Fletes, director de Salud en Nicaragua en su ponencia presentada el 7 de noviembre del 2007.

La atención a pacientes drogodependientes en nuestro país ha sido realizada principalmente por organismos no gubernamentales, por adictos rehabilitados no profesionales, quienes han dirigido su intervención en programas de internamiento y ambulatorio bajo el modelo Minnesota, del cual ya hemos hablado anteriormente. En el año 2005, el Ministerio de Gobernación a través de la Oficina de Lucha Contra las Drogas, órgano rector contra el tráfico de drogas del estado en Nicaragua, discutió las normas mínimas que regirán los centros de tratamiento en el país, pero hasta la fecha no han sido publicadas en el diario oficial de la Gaceta y por ende, no hay aplicación de las mismas.

En Nicaragua se inauguró recientemente un centro de rehabilitación que funciona como referencia nacional, desde Junio del año 2009, el cual lleva año y medio de funcionamiento y en sus planes de formación está la aplicación del modelo de trabajo en comunidades terapéuticas con evidencias científicas como son los programas reconocidos en los países de Colombia, España y Estados Unidos, Argentina.

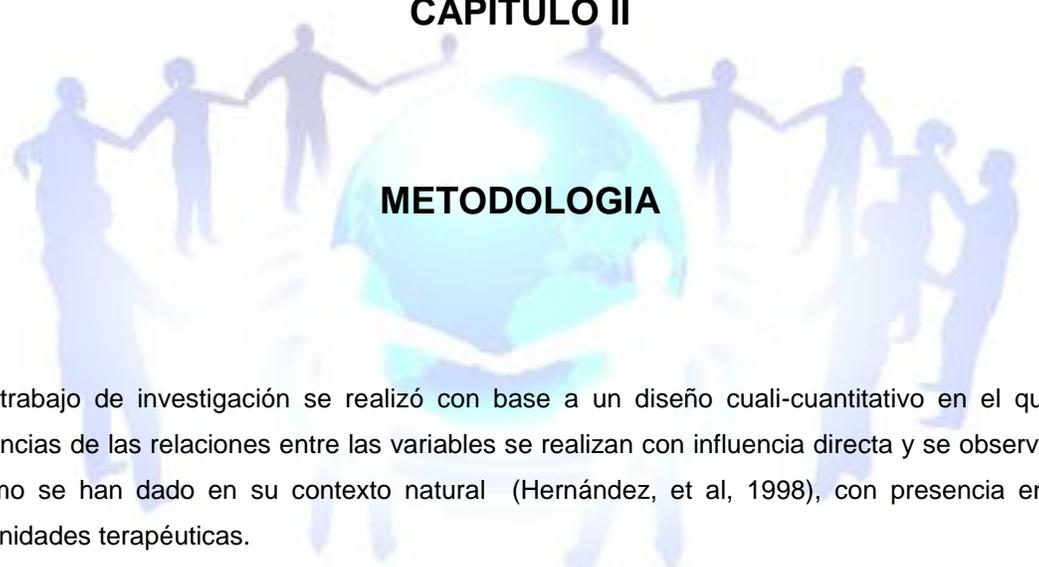
En la actualidad, no existe en Nicaragua un centro de rehabilitación que trabaje de manera auténtica con este modelo hasta antes de la apertura de este centro. En la zona norte, en Condega, hay un centro llamado Programa de Acogida, Encuentro, Rehabilitación (PAERCONIC), en el que se ha venido desarrollando un tratamiento terapéutico para rehabilitar a usuarios adolescentes con problemas de drogodependencias. Estos son jóvenes que viven en entornos poco favorables en cuanto a nivel económico, social y familiar. En el centro PAERCONIC, se pretende trabajar con base al modelo de Comunidad Terapéutica; sin embargo, evaluaciones realizadas en el 2008 por sus coordinadores generales refieren que hay muy pobre abordaje terapéutico realizado en relación a lo que realmente es una comunidad terapéutica, enfocándose en labores asistenciales. Es por esto que se ha tomado la decisión de elaborar un programa utilizando el modelo de Comunidad terapéutica para aplicarlo en el centro arriba mencionado y que funcione como modelo nacional. Se tomará muy en cuenta el contexto nicaragüense como la cultura, jergas, niveles sociodemográficos, entre otros, que permitan abrir espacios que contribuyan a mejorar y enriquecer las formas de atención que se les brindan a las diversas personas que padecen esta enfermedad. Además, mediante la ejecución de este modelo, se podrán realizar modificaciones para dar a conocer la eficacia de las herramientas utilizadas, validando objetivos de trabajo de las comunidades terapéuticas tan necesarias en Nicaragua.

Se pretende brindar una atención de calidad valorando todas las áreas: biológica, personal, familiar, social y espiritual; así como también atender la salud, la escolaridad, la vida en pareja y el aspecto militar (vivencias en guerrillas) en la vida del consumidor de drogas y así abordarlo de manera integral. De esta forma se podrá realizar un mejor esfuerzo a esta lucha contra el consumo de sustancias legales e ilícitas en la sociedad.

Al realizar un estudio comparativo entre modelos de comunidad terapéutica que se aplican en Proyecto Hombre en Castillejos, España. En el Centro Hogares Claret de Colombia y en PAERCONIC, en Nicaragua, permitió dar a conocer y diseñar estrategias que visualicen semejanzas y diferencias de los abordajes terapéuticos utilizados en los programas de estos países.

CAPITULO II

METODOLOGIA



Este trabajo de investigación se realizó con base a un diseño cuali-cuantitativo en el que las inferencias de las relaciones entre las variables se realizan con influencia directa y se observan tal y como se han dado en su contexto natural (Hernández, et al, 1998), con presencia en tres comunidades terapéuticas.

Además, se procesaron los cuestionarios y entrevistas semiestructuradas las cuales se aplicaron a la mitad de la población que estaba en el momento en los programas, de tal manera que se obtuvieron datos cuantitativos. Se localizaron diferencias y semejanzas a satisfacción de los usuarios en cada una de las Comunidades terapéuticas estudiadas. Se conoció también la percepción de los directores de los programas y de un terapeuta de cada comunidad estudiada.

2. Hipótesis de Trabajo

Es posible realizar una comparación en tres modelos de Comunidad Terapéutica en tres países, lo que aportará elementos de efectividad para los programas de rehabilitación en Nicaragua.

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Comparar los programas de rehabilitación en tres comunidades terapéuticas de tres países, con la finalidad de indagar cuáles son los componentes presentes o ausentes en aquella CT que tenga mayor índice de rehabilitación y satisfacción y menor índice de abandono, con la finalidad de elaborar un programa de tratamiento de adicciones para Nicaragua.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Analizar los programas de las comunidades terapéuticas a fin de conocer la dinámica de su funcionamiento.
- Conocer los procesos de enseñanza–aprendizaje.
- Identificar estrategias y técnicas de intervención terapéuticas utilizadas.
- Dar a conocer los índices de rehabilitación, de satisfacción y de abandono de drogodependientes de las comunidades terapéuticas estudiadas.

2.2. Metodología.

2.2.1. Aspectos generales

El estudio se realizó en tres comunidades terapéuticas: En España, en Proyecto Hombre de la comunidad Castillejos ubicada en Guadalajara; en Colombia, en la comunidad Hogares Claret Nueva Vida ubicada en la ciudad de Pereira y en Nicaragua en la comunidad PAERCONIC, ubicada en la zona norte. Se encontraron entre ellas diferencias y semejanzas de aplicabilidad del programa; así como elementos que indican cuál tiene mayor grado de efectividad.

Las personas atendidas en estas comunidades tienen un perfil de adultos que han andado en las calles y que quieren hacer una diferencia en sus vidas. Son mayores de 18 años, algunos tienen apoyo de sus familiares y otros no.

2.2.2. Tipo de estudio

El estudio es cuali-cuantitativo, lo que permite tener datos de comparación y análisis a través de la observación, entrevista semiestructurada y participación directa. Se observó el ambiente natural de las tres comunidades terapéuticas, lo que permitió captar el ambiente y, al final, poder compararlo según lo que se consideró relevante con base a los objetivos planteados.

También es no experimental, como ya se mencionó, porque no se realizó ningún tipo de intervención, pero sí se recopiló la información y, posteriormente, se llevó a cabo la comparación respectiva.

Es de corte transversal ya que se estudiaron variables en un momento dado y comprendió el tiempo que se dedicó al estudio.

Es prospectivo dado que la información se obtuvo de acuerdo a los criterios que se establecieron en la investigación para los fines específicos de esta y después de la planeación.

2.2.3. Población de estudio

La población de estudio es la Comunidad Castillejos, la Comunidad Hogares Claret y la Comunidad PAERCONIC.

Unidad de estudio: Comunidad Terapéutica

2.2.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

2.2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Que sea una comunidad terapéutica dedicada a la rehabilitación en drogodependencia.
- Que tenga disposición de formar e integrar en sus actividades terapéuticas a la persona que realizará el estudio.
- Que sea una comunidad que haya estado en funcionamiento como mínimo cuatro años. Que aporte datos de 2007 a 2008 para realizar el estudio.

2.2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que no sea comunidad terapéutica de rehabilitación en adicciones.
- Que no tenga disposición de dar a conocer las formas de funcionamiento de la comunidad.

2.2.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Que no deseen que el investigador se integre a las actividades terapéuticas que realizan.
- Que no aporten datos sobre índices de recuperación, abandono o recaídas de personas en la comunidad.

2.3. Variables del estudio

1. Programas de Comunidad terapéutica, dinámica y funcionamiento.
2. Procesos de enseñanza Aprendizaje que se llevan a cabo en las comunidades estudiadas
3. Estrategias y técnicas de intervención que se aplican
4. Datos de rehabilitación.

2.3.1. Cuadro de variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Forma de medir el dato
Programas de la Comunidad Terapéutica, dinámica y funcionamiento	<p>Son modelos de tratamientos utilizados en cada uno de los países mencionados, que permiten un proceso de rehabilitación al consumidor de drogas en las áreas comportamental, cognitiva y emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Filosofía: Teoría y dirección que se aporta en cada programa. • Diario vivir: Actividades de las que consta el programa y que abordan en su diario vivir: terapia de grupo, terapia individual, terapia familiar, de pareja y otras. • Etapas del proceso de los programas de las CT. Cada una de las etapas y el tiempo en el que se realizan. • Administración: • Objetivos y metas. • Equipo terapéutico: Funciones de psicólogos y operadores. • Herramientas terapéuticas de la comunidad Aplicadas por residentes: Confronto Lista de responsabilidades Pedido de ayuda Reclamo 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los programas. • Revisión de documentos acerca de los programas utilizados

		<p>Expresión de sentimientos</p> <p>Aplicadas por equipo terapéutico:</p> <p>Señalamiento</p> <p>Silencio</p> <p>Intervenciones personales</p> <p>Suspensión</p> <p>Presión Artificial</p> <p>Coloquio</p> <p>Normas</p> <p>Peticiones</p> <p>Expulsión</p> <p>Proyecto de Vida</p>	
--	--	--	--

<p>Procesos de enseñanza aprendizaje que se llevan a cabo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoques terapéuticos utilizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanista existencial • Cognitivo-conductual • Espiritual • Gestáltico • Asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de documentos
--	--	--	--

Estrategias y técnicas de intervención que se aplican	<ul style="list-style-type: none"> • Los diferentes grupos que existen 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de expresión de sentimientos, de confrontación, dinámicos, ocupacionales y de horas laborales 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de documentos y cuestionario
Datos de rehabilitación de cada CT.	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de personas que han pasado por el programa, han cumplido sus etapas y están en recuperación 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de abandono: • Índice de rehabilitación: • Índice de reinserción: • Índice de satisfacción: • Porcentaje anual de personas en los programas. • Percepción de los usuarios: cómo valoran su proceso de tratamiento • Personal que labora en cada CT • Dificultades, satisfacciones, conflictos y opinión de su permanencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario y datos administrativos de cada centro

2.4. Procedimiento de recopilación de información

Esta fase consistió en recolectar la información obtenida a lo largo de la práctica ejecutada mediante la revisión del material producto de las pasantías, diario de campo, observación cualitativa y entrevistas. Su registro y organización está en orden cronológico y el tipo de anotaciones fue directa, de interpretación, temática, personal o de bitácora diaria con el objetivo de facilitar el análisis. Asimismo, se procesó información con un programa estadístico computarizado que permite analizar datos, procesarlos y unificarlos mediante gráficos ya sea de barras o diagramas de pastel según la persona lo requiera. Este programa es llamado SPSS, se pasaron los datos del cuestionario aplicados y permitió corroborar la satisfacción que tienen los usuarios con las metodologías aplicadas en las Comunidades Terapéuticas. Para ello se aplicó el cuestionario a la mitad de los usuarios que se encontraban en el centro, siendo en PAERCONIC – Nicaragua 12, entre ellos ocho varones y dos mujeres; en Nueva Vida – Colombia 30 usuarios entre ellos 4 mujeres y 26 varones y en Castillejo – España 50 usuarios, entre ellos, 5 mujeres y 45 varones, siendo el requisito la aplicación del instrumento a la mitad de las personas que estaban en la Comunidad terapéutica en el momento de su aplicación.

Todo el proceso etnográfico se registró mediante el diario de campo y la observación, Anexo # 1 que son registros detallados que se llevaron a cabo en el momento en que el investigador convivió en cada una de las comunidades Anexo # 2. Además se realizaron entrevistas tanto a los directores de cada CT, Anexo # 4, y a la mitad de usuarios que se encontraban en cada Ct, Anexo # 3. Estas fueron entrevistas semiestructuradas con una guía diseñada para tal fin. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos durante los cuales se tomaron notas de campo. Al final de cada entrevista se consideró que la información obtenida era suficiente, por lo que no se programó otra con ellos. El análisis se procesó en Excel.

Cuando se desarrolló el diseño de este estudio se estimó conveniente realizar una labor de observación directa del trabajo cotidiano de cada uno de los actores involucrados en cada CT.

Por otro lado, la participación del investigador fue muy directa haciendo constantemente preguntas sobre todo lo que se hacía en cada CT. Tanto las entrevistas como las notas de campo y las observaciones, se transcribieron.

El análisis se llevó a cabo en varias etapas. En primer lugar se leyó cada entrevista para identificar los temas generales que surgieran de esta lectura inicial y que permitieran la conformación de variables y las categorías de trabajo.

En segundo lugar se revisaron las notas de campo de forma que se cotejaban los temas más importantes y se definían las categorías de análisis. Con este proceso se buscaba identificar las semejanzas y diferencias en los comentarios.

Y en tercer lugar para finalizar, los hallazgos de este proceso, a manera de categorías, fueron comparados con cada CT con la finalidad de establecer los patrones de significación y pertenencia.

2.5. Instrumentos de medición

A continuación se resumen los instrumentos de medición cuali-cuantitativos utilizados en esta investigación: Estos instrumentos fueron la guía práctica para desarrollar la investigación, a través de ellos se recopiló la información lo que da como resultado el sustento etnográfico de todo el proceso, contenido y metodología aplicada.

		REGISTRO DE INFORMACION		
RESULTADO		Diario de campo	Recolección de información	Entrevistas
ESTRUCTURA		<ul style="list-style-type: none"> • Nº de sesión • Fecha • Desarrollo de sesión • Logros • Dificultades • Sugerencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la persona • Fecha • Edad • Contenido • Percepciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la persona • Fecha de entrevista • Oficina central de la CT • Recolección de información
	METODOLOGÍA	<p>Se realizó la observación del desarrollo de cada uno de los días de las pasantías, observando todo el ambiente terapéutico de la comunidad, desde la forma de trabajo terapéutico (intervenciones individuales y grupales) hasta la planta física de la comunidad.</p> <p>Al finalizar cada pasantía entregué informes finales que contienen percepciones generales de las mismas. Lo que lleva el mismo esquema del registro del diario, contiene anotaciones del lenguaje verbal y corporal de cada persona que</p>	<p>Durante la pasantía, se recolectó lo más que se pudo de información en cuanto a manuales y programas utilizados en cada país; así como adecuaciones de términos e intervenciones terapéuticas.</p> <p>Se realizó contacto directo con los residentes en las comunidades debido a que se tuvo la oportunidad de que el investigador viviera el programa como una también como terapeuta.</p>	<p>Al finalizar la pasantía se mantuvo contacto por Internet lo que permitió posteriormente compartir información a distancia</p>

entraba y salía de la comunidad. Asimismo, se tomaron en cuenta los aspectos personales para mejorar la CT

CONTENIDO

El registro de cada uno de los días vividos en cada CT, lo que abarca desde el plano personal hasta lo complejo del movimiento de cada CT, con logros y dificultades encontrados.

La información de cuestionarios y entrevistas se procesó en SPSS.

Se percibieron distintas visiones que tenían los integrantes de la CT. Se pudo apreciar formas individuales de participación en el grupo y crecimiento personal tanto del personal que atiende como de los usuarios.

La persona entrevistada era una persona que manejaba información confidencial desde la oficina central y que aportó datos de interés para la tesis. Esto se acordó como un objetivo principal, antes de realizar la pasantía

2.6. Procesamiento estadístico

El procesamiento estadístico se realizó después de haber aplicado los cuestionarios, los cuales se estructuraron según las normas de convivencia de las comunidades terapéuticas, habiéndose detectado los siguientes indicadores básicos: motivación, relaciones interpersonales, convivencia y valoración de las actividades del diario vivir. Se procesaron las respuestas en SPSS y luego se procedió a realizar la comparación de cada indicador según cada comunidad estudiada, sin perder de vista los instrumentos etnográficos utilizados como métodos cuantitativos que permitieron el análisis de los datos a partir de la experiencia práctica.

2.7. Consideraciones éticas

Realmente este trabajo en comunidades terapéuticas y sobre todo realizando comparaciones de las mismas, significó algo más que dar a conocer una información. Es lo que significa convivir el día a día en ellas.

A continuación se mencionan algunos elementos básicos que, desde el punto de vista del investigador, es necesario tomar en cuenta para desarrollar este análisis: Que el manejo en comunidades terapéuticas es complejo porque prácticamente todo el trabajo se mueve en el terreno de lo subjetivo ya que se trata de comparar actitudes, espiritualidad, auto-disciplina, sistemas de valores y creencias. Que para conservar la objetividad, se espera que el terapeuta haga el esfuerzo de separar su sistema de creencias personales de la necesidad clínica del paciente ya que una de las metas terapéuticas es la autonomía del paciente. Desde el punto de vista ético significa que el paciente, una vez terminado su proceso terapéutico, sabrá actuar de

forma ética o moral y deberá poder elegir por sí mismo lo que va a hacer con su vida. Necesita aprender que los consejos de los demás y las presiones externas las debe dejar de lado y decidir por sí mismo. Aquí puede darse un problema cuando un terapeuta realiza su trabajo sin tomar en cuenta estos aspectos y sin asumir su responsabilidad, puede idealizar y tener expectativas poco realistas, pensamientos mágico-fanáticos y ansiedades acerca de su competencia clínica.

El poder de la relación usuario/terapeuta puede llegar a ser negligente, cuando el clínico puede confundirse y no saber apreciar dónde y en qué fase de recuperación se encuentra el usuario, porque no le daría el valor que le corresponde en cuanto al cumplimiento de objetivos por fase y por consiguiente los reconocimientos que le corresponden. También los terapeutas pueden ejercer influencias que no les competen sobre aspectos vitales y existenciales de los pacientes. Hay un sentido de poder inflado, aunque muchas veces no se reconoce.

Cuando el terapeuta no confronta o revisa sus propios principios éticos, difícilmente los podrá aplicar con el usuario. Hay responsabilidades morales que no se resuelven al llamar a la adicción una enfermedad. El usuario no es responsable por tener la enfermedad, pero sí tiene la obligación de hacerse responsable de ella. La obligación ética del terapeuta es ayudar a que el usuario se confronte con esa responsabilidad de sus acciones.

Otro tema con implicaciones éticas es la calificación profesional del terapeuta, ya sea una persona que tiene un proceso de recuperación o sea un académico. Mantenerse a nivel de experto requiere de un esfuerzo de educación continua. Una persona profesional se distingue por su ética y por su preocupación por hacer el mejor trabajo que pueda. Los centros o lugares de tratamiento generalmente fluctúan en la calidad de sus servicios profesionales. Aunque se trabaje con un programa estructurado, el cómo se trabaje y el tratamiento que reciben los usuarios, tiene que ver con las personalidades y el liderazgo en la institución. Cuando hay cambios del personal o cuando hay períodos donde no existe una relación de equipo, lo primero que se resiente es el cuidado de los usuarios y con ello las posibilidades de éxito en el tratamiento que se ofrece. Es cuando toda una institución puede fallar éticamente, ya que no se puede proteger el bien del usuario. Y se retoma el lema, *SI NO AMAS, NO EDUCAS*.

CAPITULO III

RESULTADOS

3. Introducción a los resultados

Se realizó la etnografía que según el sociólogo Anthony Giddens (1977), es el estudio directo de personas o grupos durante un cierto periodo de tiempo, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social para lo que es imprescindible el trabajo de campo como herramienta básica. La investigación etnográfica pretende revelar los significados que sustentan las acciones e interacciones que constituyen la realidad social del grupo estudiado; esto se consigue mediante la participación directa del investigador. Con frecuencia, el investigador asume un papel activo en sus actividades cotidianas, observando lo que ocurre y pidiendo explicaciones e interpretaciones sobre las decisiones, acciones y comportamientos. Esta herramienta metodológica permitió el estudio directo de grupos en las Comunidades de Castillejo en España, Nueva Vida en Colombia y PAERCONIC en Nicaragua, durante un cierto periodo de tiempo, utilizando la observación participante y las entrevistas para conocer su comportamiento social. Fue imprescindible el trabajo de campo como herramienta básica y, además, se procesaron

los cuestionarios en SPSS, lo cual aportó datos de cada comunidad, a la vez que se correlacionaron unos con otros para hacer las respectivas comparaciones.

De esta manera, se presentan los resultados que dan respuesta al cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio:

3.1. Programas de las CT

A continuación se describen los programas de las CT en general, para posteriormente, mencionar las características específicas de cada una.

Cada CT contiene los siguientes elementos:

- Filosofía
- Diario vivir
- Etapas y duración del tratamiento
- Administración
- Equipo terapéutico
- Herramientas terapéuticas de la comunidad

3.1.1. Características generales

Con el objeto de analizar si cada CT estudiada aplica los elementos esenciales, es necesario remarcar que la Comunidad Terapéutica ha sido definida como un modelo de tratamiento con una concepción original y propia sobre el abuso de drogas, el residente, la vida sana y la recuperación (Anzieu, 1998).

Estas CT están diseñadas física y estructuralmente para enfatizar la experiencia de la comunidad dentro de la residencia. Los recién llegados son introducidos de lleno en la comunidad y participan plenamente en ella. También se espera que al integrarse, su identificación y los lazos con su vida anterior de toxicomanía vayan aminorando, y que aprendan y asimilen nuevas actitudes, comportamientos y responsabilidades pro-sociales.

La capacidad residencial de las CT varía un programa tradicional acomoda entre treinta y ochenta personas. En Castillejos hay un internado de cincuenta personas, en Hogares Claret de cuarenta y en PAERCONIC de treinta. Las CT están localizadas en varios ambientes, a menudo determinados por necesidad, fuentes de financiamiento y la tolerancia de la comunidad. Estas CT están situadas en terrenos apartados de la ciudad, en ambientes campestres, según la satisfacción de los administradores.

En cada una se estima un terapeuta por cada diez residentes en tratamiento, el personal está conformado por personas adictas en recuperación y profesionales que se les llama terapeutas con orientación humanística sobre todo en Castillejos y en Hogares Claret en las que hay un equipo

multidisciplinario adictos en recuperación que son llamados Operadores en Comunidad terapéutica y profesionales interesados en el campo de las adicciones. En cambio, en Nicaragua, todo el personal es profesional y está conformado por psicólogos.

En las Comunidades estudiadas el Diario vivir, como se mencionó arriba, es la guía práctica que permite conducir al adicto en su quehacer diario dentro del programa, lo que le permite organizar su vida en la adquisición de valores y de objetivos para encontrar el verdadero significado de la vida. Se le da gran importancia a la verbalización de los sentimientos y de todas las áreas de su vida en general. "La persona analiza su existencia y va más allá tratando de darle una explicación a su vida... se le ayuda a través de los diferentes grupos a que explique su propia biografía." Refiere Gabriel Mejía, 1998. La búsqueda del sentido de la vida fomenta en el farmacodependiente dos actitudes que han estado lejos de él hasta este momento: ser consciente de su vida y responsabilizarse de ella. Con el diario vivir se espera que como miembro de la comunidad el residente bajo tratamiento se adhiera a las normas de conducta estrictas y explícitas. Estas normas se refuerzan con contingencias específicas (premios y castigos) dirigidas al desarrollo del auto-control y de la responsabilidad. El residente progresará a lo largo de una jerarquía de funciones cada vez más importantes, con más privilegios y responsabilidades. Otros aspectos de las CT están dirigidos a cambiar los patrones negativos de pensamiento y de conducta a través de la terapia individual y de grupo, las sesiones de grupos con compañeros, el aprendizaje basado en la comunidad, las confrontaciones, los juegos y el desempeño de papeles ("role-playing").

En las CT estudiadas las actividades rutinarias requeridas sirven para contrarrestar las vidas disfuncionales de los residentes y enseñarles cómo planificar, lograr metas y ser responsables.

La participación en la comunidad está diseñada para ayudar a las personas a identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y constructiva. Los conceptos de "vivir correctamente" (aprender ética y responsabilidad personal y social) y "actuar como si" (comportarse como es debido en vez de como lo había estado haciendo) se incorporan a los grupos, reuniones y seminarios. El fin de estas actividades es el de aumentar el conocimiento sobre actitudes o comportamientos específicos y su impacto en la persona y en el ambiente social.

3.1.2. Filosofía

En los tres programas estudiados el diario vivir en las comunidades es donde se concentra la esencia en que se fundamenta la CT, ó sea, la teoría y dirección que se le da al programa. En cada comunidad la filosofía puede variar en cuanto a términos que es lo que sucede con los tres programas en estudio, todas tienen un enfoque filosófico de corriente meramente logoterapéutica, humanista y existencialista, donde se siente la ubicación personal del residente, su crecimiento interior, lo que genera toda una corriente de orientación para el residente, al pasar por cada una de las etapas de la Comunidad.

Para ejemplificar el enfoque de la logoterapia, podemos tomar lo que dice el reverendo Gabriel Antonio Mejía, sacerdote claretiano fundador de las comunidades terapéuticas en 1990 en la ciudad de Colombia, "La logoterapia no se propone, en efecto, puede llevar al hombre a la conciencia de este ser responsable. Se trata de hacer que comprenda y viva esta responsabilidad inseparable de su propia existencia". Una persona es dependiente de una o varias drogas cuando necesita tomarlas de forma continúa o periódica, para experimentar los efectos psíquicos y físicos que le producen y a veces para evitar la sensación de malestar, e impedir los síntomas somáticos (Síndrome de abstinencia), que la falta de droga le causa. Esta sensación de falta (abstinencia) provoca un estado de crisis en la persona que va a debilitar y fraccionar lo que define Viktor Frankl (2005), denomina como "tensión saludable". Esta situación lleva al adicto a una buena o positiva crisis de revisión del sentido de la continuidad del proceso terapéutico de desintoxicación y rehabilitación, y más allá de esta, a la búsqueda de un propósito de vida. (Proyecto de vida)

Por otro lado, la excesiva tensión o tirantez, a menudo conduce a cierto nivel de estrés emocional, disminuyendo como consecuencia, el sentido o motivación (entusiasmo) por la vida y por la adhesión hacia el proceso de abstinencia.

Es de considerar que cada persona está sufriendo en la crisis una severa pérdida de sentido, la cual no está siendo manejada exitosamente. Esto se demuestra tanto por la "confusión interior", como por los patrones de pensamiento negativo y su exteriorización en el comportamiento (desgano, oposición, riesgo de vida). Sumado a esto, hay que tener en cuenta que la persona comienza a experimentar un "vacío existencial"; un vacío interior para el cual no puede hallar solución positiva independientemente de la falsa solución que le aportaba anteriormente el consumo de sustancias, adormeciendo esas sensaciones dolorosas.

Por último, podemos decir que la persona manifiesta una "miopía emocional y espiritual", esto es, cada uno de estos individuos ha desarrollado un severo caso de "visión de túnel" para la cual sólo existe una sola solución: el consumo y la exposición temeraria de la vida que ya no tiene ningún propósito.

Viktor Frankl (Ibídem) dice: "No es el médico sino el enfermo quien, llevado de sus propias angustias espirituales, pone este problema (del sentido) sobre el tapete y acosa con estas dudas y cuestiones al encargado de su curación".

3.1.3. *Diario vivir*

Día a día se trabaja la "confusión interior", como también los patrones de pensamiento negativo y su exteriorización en el comportamiento (desgano, oposición, riesgo de vida). Sumado a todo, hay que tener en cuenta que la persona comienza a experimentar un "vacío existencial", un vacío interior o vacuidad para el cual no puede hallar respuesta positiva, independientemente de la solución que le aportaba anteriormente el consumo de sustancias. Llega adormecido de sus

actividades psíquicas y físicas y al ingresar a la comunidad, con la organización, el orden y el trabajo dentro de una rutina estructurada, se le conduce a salir del túnel para que pueda ver claridad de lo que quiere y hacia dónde dirigirse.

3.1.3.1. UN DÍA EN LA VIDA DE LA COMUNIDAD

Las tres comunidades mantienen un diario vivir a continuación se detallara un día para las tres CT. Un día típico comienza a las cinco de la mañana y termina a las nueve de la noche. Incluye reuniones matutinas y vespertinas de todos los pacientes, asignación de tareas, grupos, seminarios, tiempo personal designado, recreación y consejería individual. Ya que el empleo de tiempo se considera un elemento importante de la participación exitosa en la sociedad, el trabajo es un componente característico del modelo de la CT.

En la comunidad, todas las actividades y las interacciones interpersonales y sociales se consideran oportunidades importantes para facilitar el cambio individual. Estos métodos se pueden organizar por su propósito primario de la siguiente manera:

- Los grupos terapéuticos (encuentros y retiros en grupo) usan una gran variedad de enfoques para tratar los problemas importantes de la vida.
- Las reuniones en comunidad (reunión matutina, diario de la casa-familia, las reuniones generales y los seminarios) revisan los objetivos, los procedimientos y el funcionamiento de la CT.
- Las actividades vocacionales y educativas ocurren en las sesiones de grupo y proporcionan entrenamiento en cuanto a las habilidades laborales, de comunicación e interpersonales.
- Las actividades comunitarias y de manejo clínico (privilegios, sanciones disciplinarias, seguridad y vigilancia) mantienen la seguridad física y psicológica del ambiente y aseguran que la vida de los residentes sea ordenada y productiva.

3.1.4. Etapas y tiempo en el programa.

Es muy importante tener etapas y tiempo de programa (permanencia) porque esto le permite al adicto dirigirse e ir valorando detalles que la vida tiene y a la vez programarse metas que tienen inicio y final, lo que muchas veces por sus características disfuncionales no están acostumbrados a hacer. Por lo que esto se vuelve el máximo de sus logros en este momento donde su experiencia de vida les marca lo contrario: no sentirse desarrollados personalmente por no concluir sus proyectos y dejar todo a medias. Según investigaciones realizadas por National Institute of Drug Abuse, NIDA (1999), indican que los buenos resultados del tratamiento en la CT están fuertemente vinculados a la duración del tratamiento, lo que probablemente refleja los beneficios derivados del proceso subyacente. Aún así, la duración del tratamiento es un augurio fuerte y satisfactorio de buenos resultados. En promedio, las personas que completan por lo menos 90 días en una CT

tienen resultados significativamente mejores que las personas que se quedan por períodos más cortos.

Investigaciones realizadas por el NIDA (2009), indican que en la CT, el nivel de compromiso y de participación está relacionado con el tiempo de permanencia en el tratamiento y los resultados obtenidos. Los factores de tratamiento asociados con una mayor permanencia incluyen el tener una buena relación con el consejero, estar satisfecho con el tratamiento y asistir a las clases educativas.

3.1.5. Dirección (Administración)

Es de gran valor que la Dirección tenga claro sus objetivos y hacia dónde dirigirse, ya que este es el pilar que da solidez y eficacia a los programas. Se espera que los directores sirvan como modelos a imitar reflejando activamente los valores y las enseñanzas de la comunidad.

La función del director es holística y cada uno madura en su propio proceso de Individuación. Sus testimonios también servirán de ejemplo ya que brindan inspiración, estímulo y energía a los demás miembros de la comunidad. Es meritorio tomar en cuenta los conocimientos, valores, habilidades y destrezas que necesita tener el consejero en adiciones según la Federación latinoamericana de Comunidades terapéuticas (FLACT, 2010) así como el director de cada comunidad., destacando entre las habilidades las siguientes:

3.1.5.1. CONSEJERIA INDIVIDUAL

- Establecer una relación de ayuda con la persona en tratamiento, caracterizada por la cordialidad, respeto, claridad y empatía.
- Facilitar el compromiso del usuario con el tratamiento y el proceso de recuperación (motivar al cambio, fomentar la adherencia al programa terapéutico)
- Trabajar con la persona en tratamiento para establecer metas realistas y alcanzables, consistente con el logro y el mantenimiento de la recuperación.
- Promover el conocimiento, las destrezas y aptitudes de las personas en tratamientos, que contribuyen a un cambio positivo en los comportamientos, relacionados con el consumo de sustancias.
- Estimular y reforzar las acciones de las personas en tratamiento que faciliten alcanzar las metas fijadas.
- Trabajar adecuadamente con la persona en tratamiento, para reconocer y desalentar, los comportamientos inconsistentes con el progreso hacia las metas del tratamiento.
- Reconocer cómo, cuándo, y por que involucrar a las personas significativas para enriquecer o apoyar el plan de tratamiento.
- Promover el conocimiento, destrezas y aptitudes de la persona en tratamiento, consistente con el mantenimiento de la salud y la prevención del Virus de Inmuno Deficiencia Humana VIH –

SIDA, tuberculosis (TB), Enfermedades de transmisión sexual (ETS), y otras enfermedades infecciosas.

- Facilitar el desarrollo de las destrezas básicas de habilidades para la vida asociadas a la recuperación.
- Adaptar las estrategias de consejería a las características individuales de las personas en tratamiento, independientemente de su género, orientación sexual, nivel de desarrollo, cultura, descendencia étnica, edad y estado de salud.
- Dar respuesta terapéutica, constructiva cuando el comportamiento de la persona en tratamiento es inconsistente con las metas de recuperación establecidas.
- Aplicar destrezas para el manejo de crisis.
- Facilitar que la persona seleccione y practique estrategias que ayuden a reforzar el conocimiento, las destrezas y las aptitudes necesarias para mantener el progreso del tratamiento y prevenir la recaída.

3.1.5.2. CONSEJERIA GRUPAL

- Describir, seleccionar y utilizar estrategias de modelos culturalmente aceptados y adecuados para la consejería grupal con personas en tratamientos, con problemas derivados del consumo de sustancias Psicoactivas.
- Llevar a cabo los pasos necesarios para reformar un grupo que incluya, pero que no se limite a determinar el tipo de grupo, propósito, tamaño y liderazgo.
- Reclutar y seleccionar los miembros; establecer metas del grupo y aclarar normas y reglas básicas del comportamiento para la participación; identificar resultados, y determinar criterios y métodos para la terminación o graduación del grupo.
- Facilitar la entrada de los nuevos miembros y la transición de los miembros existentes.
- Facilitar el crecimiento del grupo dentro de las reglas básicas establecidas y el movimiento hacia las metas grupales e individuales la usar métodos consistentes con el tipo de grupo.
- Entender los conceptos de procesos y contenidos, y cambiar el enfoque del grupo cuando sea necesario para facilitar el movimiento del grupo hacia las metas establecidas.
- Describir y resumir el comportamiento de la persona en tratamiento dentro del grupo, con el propósito de documentar su progreso e identificar las necesidades y aspectos que podrían requerir una modificación en el plan de tratamiento.

3.1.6. *Equipo terapéutico*

Los roles de los miembros del equipo que son profesionales apuntan a lograr intervenciones complementarias que enriquecen el trabajo interdisciplinario.

3.1.6.1. FUNCIONES PRINCIPALES DE LOS PSICÓLOGOS

- Realización de un diagnóstico inicial de personalidad en los primeros contactos.
- Trabajo terapéutico dentro de los grupos en las diferentes fases.
- Supervisión constante del material que se va recolectando a lo largo de las actividades cotidianas para lograr mayor profundidad en la interpretación y elaboración de estrategias de acción. De esta manera, aporta una mirada diferente a la del operador debido a que se encuentra menos involucrado en las actividades de la Casa.

3.1.6.2. FUNCIÓN DE LOS OPERADORES:

El operador, tal como lo define el nombre, opera, interviene, actúa y genera cambios. En otras palabras, debe “poner el cuerpo” en sus acciones logrando una interacción entre lo técnico y lo creativo, ya que así consigue el ajuste entre el aporte científico y el vivencial.

Sus intervenciones apuntan a situaciones definidas que tienen un objetivo terapéutico de antemano establecido como marcar actitudes que no se ajustan a los valores de la comunidad y que están más vinculadas a “la calle”.

Para llevar a cabo esta función, cuenta también con los instrumentos mencionados anteriormente (confronto, lista de culpa o de responsabilidades, etc.)

Su rol consiste en “estar” entre los residentes manteniendo la distancia óptima para no “ser” un residente más. Generalmente los operadores socio terapéuticos son adictos recuperados, por lo que mantener este equilibrio entre cercanía-lejanía emocional es de importancia vital tanto para los residentes como para el mismo operador.

Asimismo, realiza intervenciones en campos no convencionalmente considerados terapéuticos (cocina, espacios de deportes, limpieza, etc.).

Por último, los operadores acompañan también a los residentes en los espacios terapéuticos grupales.

3.1.6.2.1 *Herramientas terapéuticas*

Aplicadas entre usuarios

CONFRONTO

Las herramientas se basan en los valores que la comunidad apunta a que sean internalizados. En esta herramienta, un residente confronta a otro con el fin de poner en evidencia la incongruencia entre su actitud y un valor de la comunidad con la que esté relacionada (honestidad, responsabilidad, entre otros).

LISTA DE CULPA O DE RESPONSABILIDADES

El residente expone, desde la honestidad y la sinceridad, un hecho no revelado; esta herramienta no es tan fácil de cumplir en los residentes, solo el que está preparado para el tratamiento lo realiza honestamente sin dejarse reservas que más adelante le afectaran su autoestima.

PEDIDO DE AYUDA

El residente solicita ayuda sobre un tema en particular. Se realiza para canalizar sus inquietudes en un papel que luego es alcanzado hasta las jerarquías de la Casa, o si por su carácter estas requieren de otro tipo de atención, son derivadas hasta los operadores, terapeutas y profesionales.

RECLAMO

Consiste en la exigencia de un residente a otro para que mantenga conductas positivas.

EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

Consiste en la externalización de las emociones que hayan surgido a partir de hechos suscitados; estos pueden ser positivos o negativos, tienen como objetivo final la expresión de sus emociones

Aplicadas por el personal del equipo terapéutico al usuario

CONFRONTO

Esta herramienta se aplica entre usuarios y la aplican los terapeutas de la misma forma anteriormente descrita.

SEÑALAMIENTO

Se advierte al asistido sobre una conducta determinada, generalmente un acting, a fin de que pueda registrarlo a nivel consciente.

SILENCIO

Se pone al residente en una situación paradójica en la cual le está prohibida la comunicación física o verbal con el resto de los asistidos y se le pide que reflexione sobre un tema particular.

INTERVENCIONES PERSONALES DIRECTAS

El resto de los asistidos y operadores se dirigen al usuario, que debe permanecer en silencio al inicio, marcándole actitudes negativas sobre las que no manifiesta intenciones de cambio. Al final de estos señalamientos y reclamos, el usuario debe comprometerse a cambios de actitud que puedan ser observables para el resto.

FUERA DE ESTRUCTURA (SUSPENSIÓN)

Se aparta por un tiempo al asistido de la estructura grupal a la que pertenece con el fin de que si quiere volver a ingresar lo haga luego de haber experimentado la pérdida del tratamiento y evaluado las actitudes que promovieron su suspensión.

PRESIÓN ARTIFICIAL

El terapeuta, operador o consejero, intensifica su intervención sobre uno o varios residentes, en esta herramienta juega un papel muy importante la cultura, la presión es importante mantenerla para meter en crisis al usuario y tener elementos para trabajar, los mecanismos para ejercerla es donde se tiene que analizar bien, Por ejemplo en Hogares Claret, la presión es cognitiva a través del levantado de la voz, mientras que en Castillejos es la confrontación con su historia y en Paerconic, es meramente conductual (no permitirles salir a actividades recreativas)

COLOQUIO

Espacio terapéutico individual otorgado a un residente que necesita trabajar algún punto específico de su vida o situación, y que por alguna razón no lo hace en los grupos.

NORMAS

Orden impartida por el operador a los residentes.

PETICIONES

Pedidos por vía reglada de los usuarios al operador. Tiene que ser por escritos, según los días estipulados, en el horario correspondiente al diario vivir.

EXPULSIÓN

El residente quiebra alguna norma básica por lo cual se le expulsa del tratamiento. Valorar las normas generales que no se pueden incumplir, las que ameritan sanación y las que se aplican reflexiones induciendo al cambio.

3.1.6.2.2 Otras herramientas

PROYECTOS DE REINserCIÓN (SALIDA)

Los residentes deben realizar cada día un proyecto estableciendo las actividades a realizar desde la salida de la CT hasta la hora de acostarse.

Este proyecto es supervisado por el operador o terapeuta quien autoriza o no su realización. En el caso de que el operador o terapeuta considere pertinente cambiar algo, se lo transmite al residente y este debe modificar lo programado.

Los viernes elaboran su proyecto para todo el fin de semana y deben hacer tres copias: una para el residente, otra para el padre o encargado al que se le entrega en sus manos al momento de que pasa a buscar al residente, y la tercera copia queda archivada en el Centro.

Los de reinserción socio laboral también realizan un proyecto, pero más extenso, que va desde el momento en que acuden al grupo terapéutico y el operador lo supervisa, hasta la siguiente reunión de grupo en la que debe llevar otro proyecto con las actividades para los días subsiguientes. Todo con el objetivo de tener cubiertos los días en el que el asistido no acude al Centro.

ESTRUTURA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

ENCUENTRO DE LA MAÑANA

Encuentro familiar a la que concurren todas las personas en tratamiento y los profesionales para hacer una valoración de factores internos y externos que, en el presente, están favoreciendo o dificultando un buen ambiente comunitario. Es un momento de motivación y en el que se define la línea de trabajo.

Durante el desayuno, los residentes son interrogados por los demás a fin de indagar en el estado de ánimo con el que acuden al Centro: cómo ha dormido, cómo se ha levantado, qué debe realizar durante el día y se le pide que de un mensaje positivo vinculado al estado de ánimo actual.

Estado de ánimo al finalizar la jornada (cierre):

Al terminar el día en el Centro, antes de ser retirados por los responsables las jerarquías interrogan a todos los residentes sobre el estado de ánimo con el que se van a dormir. De este modo, se obtiene información sobre el estado de fluctuaciones, progresos y recaídas; así como detectar posibles conflictos generadores de malestar para ser trabajados luego en los grupos terapéuticos.

GRUPO DE CONVIVENCIA

Una de las herramientas utilizadas en la Casa es la expresión de sentimientos que son puestos en papeles entregados al operador. Estos sentimientos son blanqueados una vez por semana en una reunión específica para este fin, donde cada residente puede expresar su sentimiento a quien lo ha generado. De este modo se busca que el residente pueda internalizar que hay momentos y lugares para expresar a quien ha generado determinadas emociones, para que pueda aprender a comunicarlas convenientemente en un contexto de respeto y no-violencia.

REUNIÓN DE ROLES O DE JERARQUÍAS

Se realizan los jueves de cada semana con el propósito de supervisar el funcionamiento de los roles jerárquicos.

ESPACIO DE DEPORTES

Una vez por semana, los residentes son convocados a la realización de actividades deportivas. Generalmente hacen básquet o fútbol, donde interactúan todos con diferentes roles. Además de ser un espacio recreativo, su principal función es terapéutica, ya que después de su realización, el operador que intervino en el espacio, hace una devolución de lo que haya podido recolectar de lo observado (actitudes, compromiso puesto en el juego, tendencia a transgredir las reglas, etc.).

SEMINARIOS

El residente debe poder revisar actitudes y mecanismos con el fin de modificarlos o revertirlos. Para ello, una de las herramientas para este fin es la realización de seminarios en los cuales debe presentar una exposición acerca de un tema determinado, por ejemplo, violencia, límites, compromiso, etc. Este tema es seleccionado por los responsables terapéuticos con el fin de que el residente pueda encontrarse en dichas actitudes, haciendo un proceso de "Insight".

TALLERES Y ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN

Los residentes cuentan, además con las actividades cotidianas y terapéuticas, con diferentes talleres., después del horario de estructura que puede ser taller de teatro, tiempo de ocio, de masaje, de meditación, entre otras actividades varía según cada Comunidad estudiada.

Como ejemplo de las actividades realizadas en esta área se mencionan dos obras de títeres, incluyendo el armado de los muñecos, además de la elección del tema a tratar y la elaboración del libreto. También realizan la diagramación de una revista con temas de su interés.

Una vez al mes, tiene lugar el Taller de Vida en la Naturaleza, actividad consistente en hacer excursiones al campo.

También los residentes pueden participar de charlas informativas sobre diferentes temas tales como sexualidad, enfermedades infecto-contagiosas, alimentación sana, tabaquismo, etc.

3.1.6.2.3 Estrategias y técnicas de intervención terapéuticas utilizadas.

Realmente las similitudes y diferencias en las intervenciones están fundamentadas en los enfoques terapéuticos utilizados en su aplicación que van desde intervenciones no directivas de tipo humanista existencial, como es el caso de la Comunidad Castillejos, intervenciones más directivas conductuales como en Hogares Claret, hasta el modelo más asistencial de PAERCONIC en el que les aconsejan. Sin embargo, vale mencionar que hasta los términos utilizados son muy parecidos.

Dentro de las técnicas de intervención se ubican los diferentes grupos de terapia que son:

INSTRUMENTOS DE ACOGIDA

En los tres programas de Comunidad terapéutica estos instrumentos se utilizan como diagnóstico sin embargo se retoman en el proceso para profundizar en fases avanzadas del programa.

- Anamnesis: Registro autobiográfico donde se recogen las vivencias personales, familiares y del entorno de la persona en tratamiento, destinado a la elaboración del plan de intervención.
- Historia familiar: Registro de la trayectoria y de las relaciones familiares (de origen y nuclear) narrado por uno o varios miembros de la familia para identificar posibles situaciones que afectan al usuario encaminado a la elaboración del plan de intervención.
- Genograma: Es una representación gráfica del árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Este instrumento proporciona una visión de la estructura familiar y sus interacciones a modo de fotografía y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

INSTRUMENTOS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Características generales de los grupos:

- Duración indeterminada de tiempo. Como orientación puede calcularse 30 minutos por residente.
- El número de residentes será el de los grupos de autoayuda (entre 8 y 12 residentes)
- Grupo de expresión de sentimientos: Grupo para expresar e identificar sentimientos y emociones estableciendo relaciones entre el área cognitiva, afectiva y comportamental para integrar y reeducar estas dimensiones en la persona.
- Grupo crecimiento: Grupo que analiza los esquemas y pautas comportamentales, afectivos y cognitivos utilizados en el presente y en el pasado, de forma que el residente llegue a entender cómo ciertos hechos de su historia personal determinan o influyen en el presente. Con el objetivo de elaborar la estrategia apropiada para seguir trabajando estos problemas.
- Grupo extenso/maratón: Grupo en el que todos los miembros hablan y se dan a conocer a los demás en los aspectos más significativos de su vida. Sirve para establecer la línea de trabajo de los grupos históricos posteriores.
- Estructura: Sistema organizativo que permite organizar el tiempo, tareas y responsabilidades, que permite la autogestión de la comunidad, para que el usuario alcance sus objetivos terapéutico-educativos.)
- Estructura de sectores: organización y distribución de los usuarios por áreas de trabajo

- Estructura de roles: organización y distribución de los usuarios por niveles de responsabilidad.
- Llamada de atención: Es una crítica clara de un comportamiento inadecuado concreto (individual o colectivo) con una petición de cambio inmediato.
- Propuesta de intervención: Es un planteamiento de actuación que cualquier usuario puede formular con respecto a otro. Debe ser supervisado por el equipo terapéutico y manejado desde el grupo de autoayuda o de forma individual.
- Propuesta de cambio de actitud: (R/V) Intervención estructurada ante una ruptura del contrato terapéutico por parte del usuario, con el fin de que retome la línea de trabajo con la que se comprometió anteriormente. Es un instrumento que obliga a realizar a la persona un cambio de actitud y comportamental. Se utiliza cuando una persona se obsesiona en mantener cierta conducta dañina o reprochable para él mismo o para la Comunidad.
- Encuentro familiar / encuentro de pareja: Grupo familiar específico de la fase de crecimiento personal en el que se abordan los conflictos del pasado con el fin de facilitar la reconciliación y la reestructuración de los miembros de la familia en el presente. Este grupo se realiza tanto con la familia de origen como con la nuclear si fuera necesario.
- Reclamo personal (R/P): Es una crítica realizada al comportamiento manifestado por un residente de la Comunidad y una petición de cambio inmediato de comportamiento. Simula una crítica de un padre a un niño. Su objetivo es hacer consciente de un comportamiento dañino o inadecuado a un residente, buscando el cambio inmediato del mismo.
- Grupo sonda. Grupo de larga duración donde se abordan temas concretos (familia, sociedad y sexualidad) con el objetivo de la libre expresión de todo lo concerniente al tema por parte de todos los participantes.
- Grupo intenso: Es un grupo realizado cíclicamente para preparar los grupos históricos de una etapa determinada. Es un grupo donde los diferentes miembros analizan de forma pormenorizada las estructuras entre pensamiento, sentimientos y comportamientos.

INSTRUMENTOS DE REINserCIÓN

- Programación: Grupo de programación
- Recaída como parte del proceso de recuperación: Identificación de factores de riesgo y factores protectores
- PROYECTO DE VIDA: Instrumento utilizado en momentos avanzado de la terapia basado en la teoría de la Logoterapia. Consiste en una reflexión sobre las expectativas de futuro de cada usuario/a.
- Grupo de búsqueda de empleo: Grupo cuyo tema principal es el seguimiento en la búsqueda de empleo (dificultades, estrategias, recursos, etc.)
- Grupo de utilización del ocio y tiempo libre: Grupo cuyo tema principal es el seguimiento y orientación de la utilización que el usuario hace de su tiempo libre y de su ocio para que le ayude en su inserción social.
- Grupo de gestión económica: Grupo que trata de cómo el usuario gestiona su presupuesto económico.
- Grupo de evaluación final del programa: Grupo donde se verifican los objetivos logrados o no logrados y donde el usuario plantea sus objetivos y expectativas a largo plazo en las áreas: personal, familiar, social, laboral, ocio y tiempo libre, posicionamiento ante la droga, etc.

3.2 Los procesos de enseñanza aprendizaje en cada una de las CT en estudio

Para dar a conocer los procesos de enseñanza – aprendizaje de cada Comunidad terapéutica abordaremos los enfoques utilizados que dan fundamento a cada uno

3.2.1 En Comunidad Terapéutica de Castillejos

El enfoque terapéutico utilizado en Castillejos es humanista-existencial y pretende crear en sus centros un ambiente basado en la filosofía de la autoayuda y de una ética de solidaridad comunitaria. El objetivo principal es promover un proceso de desarrollo personal a través de una interacción social que tiende a la autonomía.

El método de Proyecto Hombre, consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para lograr que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su capacidad para tomar decisiones que le permita volver a ser miembro activo de la sociedad.

Su convicción es que la droga puede ser sólo un episodio en la vida de una persona. Constatamos una vez más, que la capacidad y fortaleza del ser humano hace posible que las personas cambien y aprendan a vivir sin ningún tipo de dependencia. Pero para que esto sea posible, en Proyecto Hombre se intenta descubrir cuál es el origen del consumo o dependencia de la persona que

acude a nosotros. La adicción es el síntoma de un problema personal que hay que trabajar desde una acción educativa y terapéutica.

Desde esta perspectiva, se trabaja por el desarrollo integral de la persona en todos los ámbitos de su vida (laboral, familiar, social e individual). Las distintas modalidades de tratamiento son las respuestas actualizadas que se van incorporando según las demandas o peticiones diarias que solicitan en los centros de Atención. Pero lo más importante de estos tratamientos es que las personas que los hacen, recuperan la confianza en sí mismas y logran vivir sin ningún tipo de dependencia o adicción, es por ello que la recuperación es posible solamente si la persona tiene disposición de cambio y asume responsabilidades bio-psico-social-espiritual.

3.2.2 Comunidad Terapéutica Hogares Claret

Los métodos aplicados en Hogares Claret se fundamentan en lo espiritual a través de la Meditación trascendental, de lo cognitivo–conductual y de lo Terapéutico.

La meditación trascendental es sencilla y práctica. Ayuda a relajarse y a concentrarse. Usa un mantra (una palabra especial) personal, este mantra se repite una vez tras otra. A medida que el mantra se recita la mente se va tranquilizando sin esfuerzo hasta que se alcanza un estado completo de relajamiento que en TM se llama "conciencia cósmica".

La conciencia cósmica es un estado de relajamiento total donde la mente se conecta con el universo y puede comprender su potencial infinito. ¿Cómo se practica?

Esta técnica no usa la concentración mental o ejercicios de enfoque. Los maestros del TM creen que con 15 o 20 minutos en la mañana son suficientes para empezar a recibir sus beneficios.

Durante esta meditación la persona se sienta cómodamente con los ojos cerrados y empieza a recitar el mantra. A medida que se recita el mantra la mente y el cuerpo se relajan; la mente se concentra alejándose de todo pensamiento.

Esta técnica de meditación no requiere que se ligue a filosofías religiosas. La técnica no requiere ningún ejercicio de visualización o concentración. No requiere ninguna habilidad especial.

La meditación trascendental requiere un mantra. Para obtener el mantra personal hay que asistir a una sesión de entrenamiento con los expertos en la técnica. Los mantras varían de persona a persona.

Esta es una técnica que permite desconectar la mente y a la vez replantearse metas día a día, una vez que se entra en conexión interior.

En la metodología cognitiva conductual la manera de aplicarla es directa y confrontativa. A través de la dinámica de presión artificial, se utiliza la estrategia que debate las distorsiones cognoscitivas

del paciente hasta apoyarlo para que piense en estilos de vida saludables como la familia, el trabajo y la salud.

Durante todo el día se combaten las ideas irracionales, se confrontan y discuten, lo que les conduce a la necesidad de adoptar una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional. “El pensamiento racional presenta un contraste acentuado respecto a su ilógico opuesto: está basado en la realidad, contribuye a alcanzar nuestras metas y propósitos, crea emociones que podemos controlar; y nos ayuda a comportarnos de la manera que nos facilitan nuestras aspiraciones y supervivencia...” (Froggatt, 1993, adaptado por Ureva, 2003).

3.2.3 Comunidad Terapéutica PAERCONIC

En PAERCONIC, el tratamiento es básicamente asistencial el programa consiste en dar asistencia y apoyo al adicto, desde un refrigerio, hasta una charla psicoeducativa de auto cuidado. O sea, crea espacios de aprendizaje de oficios, asistencia a grupos de educación, salud y sexualidad. Fomenta la conciencia personal del adicto en recuperación y estimula en él la aptitud para recibir apoyo de instituciones sociales.

Con una orientación Es un programa de carácter **Pedagógico-Terapéutico** con finalidades preventivas, un espacio de Formación –Reflexión.

Para este programa se pretende involucrar a personas que sin presentar abuso o dependencia de SPA, se encuentran en uso de las mismas y su estilo de vida, condiciones socio económicas u otras características se presenta como factores de riesgo para el consumo, la drogodependencia y conductas adictivas.

Durante todo el proceso se motivará el desarrollo de liderazgos en los usuarios, con un fin pedagógico- terapéutico, que permita en cierto tiempo que el programa pueda contar con un grupo de líderes y lideresas.

Se propone:

- Ofrecer espacios lúdicos - terapéuticos que permitan potenciar habilidades y capacidades
- Proponer alternativas de tratamiento residencial o ambulatorio para personas que presenten problemas asociados al consumo de drogas.
- Estos talleres desarrollan temáticas tales como : Normas del centro, el respeto, estilo de vida saludables, código de calle, diario vivir del hogar , aseo personal, habilidades sociales, comunicación , relaciones familiares, violencia, sexualidad, salud sexual y reproductiva, mitos y realidades sobre el consumo de SPA, hábitos alimenticios, autoestima, los valores, la espiritualidad, entre otros.

- Desarrollo de temáticas a través de uso de metodologías educativas, taller experiencias y taller reflexivo, permitiendo al usuarios la adquisición y apropiación de conocimientos desde su realidad.
- Ofrecer espacios lúdicos terapéuticos que permitan potenciar habilidades y capacidades
- Ofrecer alternativas de recreación tales como: deportes (Beisbol, futbol), juegos de Mesa, Dinámicas grupales, caminatas –paseos, siempre orientadas con un objetivo educativo específico.
- Realizar observación terapéutica en estos espacios y canalizarlo de ser necesario a los espacios correspondientes (psicología, trabajo social, coloquios o grupo para compartir).

A través de Intervenciones Individuales: Es una conversación íntima entre el terapeuta y el usuario donde se habla de una situación que afecta el estilo de vida saludable, es un espacio de orientación y liberación a través de la escucha activa y retroalimentación.

Terapia Ocupacional: Es un espacio de carácter terapéutico donde se re-significa esta actividad como una forma de cuidar y mantener limpio el hogar, como una forma de representar el cuidado a los que habitamos en él, para formar responsabilidades y habilidades sociales, además en este espacio se incluye el cuidado del Jardín y la Huerta y la generación de conocimientos técnicos.

Elaboración de álbum artístico: de dibujos, canciones, poemas, escritos y otros tipos de creaciones de los usuarios, como una forma de incentivar la creatividad, mejorar el autoestima de los/las usuarios y como fuente de verificación del trabajo que se realiza.

Estrategias para la captación: Visita a los lugares aledaños al centro, establecer alianzas con los líderes e instituciones locales (Policía, Centro de salud, Escuelas, Iglesias).

Espacios Lúdicos Recreativos: Espacios de prevención desde lo Lúdico - pedagógico a través de una serie de técnicas como juegos, dinámicas, deportes, salidas del Hogar y otro tipo de actividades de esta naturaleza

3.3 Datos de rehabilitación de cada CT

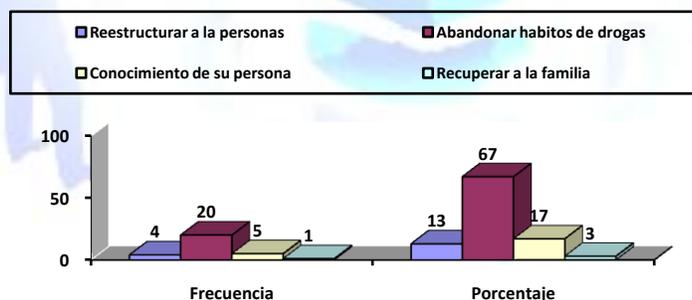
Identificar los índices de rehabilitación permite evidenciar resultados prácticos del tratamiento que se brinda día a día en las Comunidades Terapéuticas estudiadas.

A continuación se detallan datos de ingresos, de abandono y de reinserción de cada Comunidad. 2008 - 2009

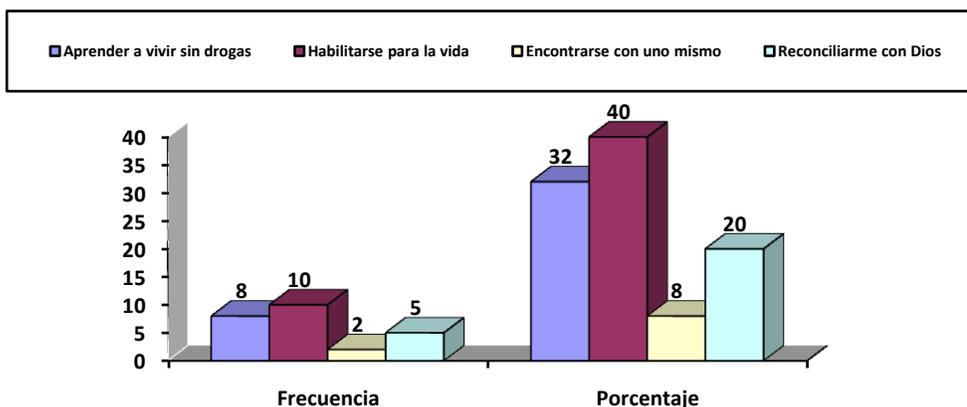
	Castillejos		Casa Claret	Hogares	PAERCONIC	
Nº de Ingresos	81		111		155	
Nº de Abandonos	43	53%	31	28%	145	94%
Nº de Reinserción	14	18.5%	25	22.5%	5	6%
Continúan en proceso	23	28.3%	55	50%	0	0%

3.3.1 Objetivos principales de cada Comunidad Terapéutica

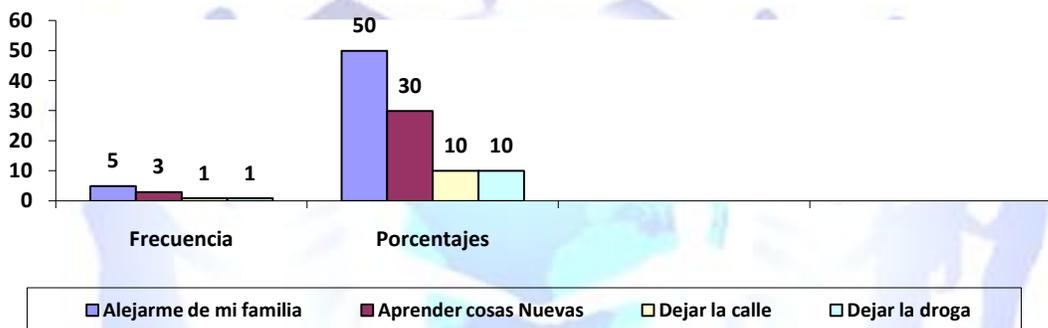
P.H - Castillejos



Casa Claret "Nueva Vida"



PAERCONIC



En Castillejos, el 67% de los usuarios refiere que el objetivo de la comunidad es apoyarlos a abandonar hábitos de consumo de drogas, el 20% Reestructurar su persona seguido de 17% de recuperar a la familia y reestructurar a la persona en general. Mientras que en Hogares Claret el 40% de la población refiere que el principal objetivo es habilitarse para la vida, seguido del 32% para vivir sin drogas; un 32m% piensa que es reconciliarse con Dios y el 8 % encontrarse con uno mismo. En cambio, en PAERCONIC, se considera que el objetivo es ayudarlos a alejarse de su familia en un 50%; un 30% piensa que es aprender cosas nuevas, 10 % dejar la calle y 10 %dejar la droga;

Posteriormente, se procesó un cuestionario de satisfacción a través de un análisis estadístico con el programa SPSS (versión 11.5). Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables y posteriormente éstas se compararon en función de las categorías determinadas en la encuesta. Dichas categorías son: motivación, relaciones interpersonales y valoración de las actividades, que conforman los indicadores de satisfacción. Fueron obtenidas a partir de las reglas de convivencia que nos aporta de León (Op cit), y que a la vez las desarrolla Hogares Claret.

3.3.2 Castillejos

3.3.2.1 MOTIVACIÓN

El 70% de las personas encuestadas refería que su mayor motivación se ubica en el apartado llamado “varias de las anteriores”, que incluyen la recuperación de la familia, dejar la droga, aprender nuevas formas de vida y, sobre todo, reinserirse a la sociedad. La mayoría de encuestados están claros acerca de sus objetivos y motivación en el programa.

¿Qué te motivó a mantenerte en C.T?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Curiosidad	1	3.3	3.3	3.3
Aprender	1	3.3	3.3	6.7
Hobbies	1	3.3	3.3	10.0
Dejar la droga	4	13.3	13.3	23.3
Recuperar a la familia	2	6.7	6.7	30.0
Varías de las anteriores	21	70.0	70.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

3.3.2.2 PARTICIPACIÓN

En el cuadro de abajo se puede observar que el 90% está satisfecho con el diario vivir y participa activamente en él.

¿Participabas activamente en todo el diario vivir?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	27	90.0	90.0	90.0
No	1	3.3	3.3	93.3
Poco	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

El 56.7% de la población encuestada refiere mantener motivación por los temas; sin embargo, un 16.7% expresó que pocas veces aunque también propusieron otros temas de interés y el reforzamiento de algunos, por ejemplo, las intervenciones familiares y de pareja. Veamos el cuadro:

¿El desarrollo de los temas mantenía tu atención?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siempre	8	26.7	26.7	26.7
	Casi siempre	17	56.7	56.7	83.3
	Pocas veces	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Hay dos razones básicas que los llevó a buscar apoyo profesional: ver la destrucción de su familia (53.3 %) y la propia voluntad con un 30%. El motivo menor (3.3%) ha sido por invitación de un amigo.

¿Qué te motivó a buscar ayuda?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Por invitación de un amigo	1	3.3	3.3	3.3
	Por propia voluntad	9	30.0	30.0	33.3
	Por ver la destrucción de mi familia	16	53.3	53.3	86.7
	No sabe/No responde	1	3.3	3.3	90.0
	Varios de anteriores	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

3.3.2.3 PERMANENCIA

En cuanto a la permanencia en la comunidad, el 50% de la población refiere que el tiempo que necesita estar en el programa es de entre un año y año y medio.

¿Cuánto tiempo consideras que necesitas estar en el programa?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	De 3 a 5 meses	4	13.3	13.3	13.3
	De 6 meses a 1 año	10	33.3	33.3	46.7
	De 1 año a año y medio	15	50.0	50.0	96.7
	De 2 o más años	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

3.3.2.4 INTEGRACIÓN GRUPAL

¿Qué nivel de confianza establecen los terapeutas en CT?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mucha	20	66.7	66.7	66.7
	Poca	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El 66.7% de los usuarios encuestados tiene mucha confianza en los terapeutas.

¿Cómo era tu relación con tus compañeros en CT?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	20	66.7	66.7	66.7
	Muy buena	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El 66.7 % de (la población de) los usuarios tiene excelente relación con sus compañeros y el 66.7% % de los usuarios se relaciona con sus compañeros de CT.

¿Con cuántos compañeros dentro del grupo te relacionas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Todos	20	66.7	66.7	66.7
	La mayoría	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

VALORACIÓN DEL DIARIO VIVIR

¿De qué forma te es más fácil aprender en la CT?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dinamicas grupales	4	13.3	13.3	13.3
	Varias de las anteriores	26	86.7	86.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El 86 % de la población indica que le es más fácil aprender a través de varias formas intervención individual, dinámicas de grupos, juego de roles, representaciones gráficas.

¿Qué te parece la duración de la CT?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Demasiado extenso	7	23.3	23.3	23.3
	Tiempo adecuado	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El 76.7% de los usuarios refieren que les parece adecuado el tiempo de duración de la CT.

Hay varias cosas que les desmotivan la situación económica, los problemas familiares, sus condiciones físicas personales en que se encuentran.

¿Qué te desmotiva de la comunidad?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Grupos de crecimiento	3	10.0	10.0	10.0
	Rutina del D.V	1	3.3	3.3	13.3
	Poblemas personales	2	6.7	6.7	20.0
	Situación económica	1	3.3	3.3	23.3
	Ninguno	1	3.3	3.3	26.7
	Varias de anteriores	22	73.3	73.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El 83.3 % de la población siempre asisten a las actividades del diario vivir

¿Cada día en que se imparten las diferentes actividades te permitirías asistir?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siempre	25	83.3	83.3	83.3
	Casi siempre	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El 80% de los usuarios consideran que la CT, les ha contribuido a su desarrollo personal.

¿La C.T ha contribuido para tu desarrollo personal?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	24	80.0	80.0	80.0
	No	2	6.7	6.7	86.7
	Más o menos	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

¿Los temas que imparten durante el Diario Vivir te han servido en tu vida cotidiana?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si, todos	28	93.3	93.3	93.3
Si, alguno	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

CASA HOGARES CLARET

3.3.2.5 MOTIVACIÓN

Lo que lo motivó a mantenerse en la CT, fue el apartado “varias de las anteriores”, que significa ser mejor persona, aprender y por curiosidad, con un 80%.

¿Qué te motivó a mantenerte en la C.T?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Curiosidad	1	6.7	6.7	6.7
Aprender	1	6.7	6.7	13.3
Ser mejor persona	1	6.7	6.7	20.0
Varias de las anteriores	12	80.0	80.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

El 80% mantiene motivación con el diario vivir.

3.3.2.6 PARTICIPACIÓN

¿Participabas activamente en todo el diario vivir?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	12	80.0	80.0	80.0
No	1	6.7	6.7	86.7
Poco	1	6.7	6.7	93.3
Nada	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Hay gran satisfacción en el desarrollo de los temas ya que el 60% siempre está motivado.

¿El desarrollo de los temas mantenía tu atención?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Siempre	9	60.0	60.0	60.0
Casi siempre	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

El 60% refiere que ha ingresado al programa por propia voluntad, a diferencia de Castillejos que tiene un fuerte peso en la destrucción familiar como razón de ingreso.

¿Qué te motivó a buscar apoyo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Por propia voluntad	9	60.0	60.0	60.0
	Por ver la destrucción de mi familia	4	26.7	26.7	86.7
	Varios de anteriores	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

PERMANENCIA

El 66.7% opina que lo que necesita estar en el programa es de seis meses a un año.

¿Cuánto tiempo consideras que necesitas estar en este programa?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	De 3 a 5 meses	2	13.3	13.3	13.3
	De 6 meses a 1 año	10	66.7	66.7	80.0
	De 1 año a año y medio	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

3.3.2.7 INTEGRACIÓN GRUPAL

¿Qué nivel de confianza establecen los terapeutas en C.T?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mucha	4	26.7	26.7	26.7
	Poca	7	46.7	46.7	73.3
	Ninguna	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

EL 46.7 % de los usuarios tiene poca confianza con sus terapeutas hay que mencionar el error en esta pregunta donde referían que tienen confianza con algunos, pero el nivel de relación entre sus compañeros es muy buena.

¿Cómo era tu relación con tus compañeros?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exelente	2	13.3	13.3	13.3
	Muy buena	8	53.3	53.3	66.7
	Buena	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

El 53.3% de los usuarios tiene muy buena relación con sus compañeros y el 40% se relaciona con todos.

¿Con cuántos compañeros dentro del grupo te relacionas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Todos	6	40.0	40.0	40.0
	La mayoría	4	26.7	26.7	66.7
	Pocos	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Integración Grupal

¿La C.T ha contribuido para tu desarrollo personal?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	13	86.7	86.7	86.7
	Más o menos	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

¿Qué te parece la duración de C.T?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Demasiado extenso	5	33.3	33.3	33.3
	Tiempo adecuado	9	60.0	60.0	93.3
	Demasiado Corto	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

¿Los temas que imparten durante el Diario Vivir te han servido en tu vida cotidiana?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si, todos	14	93.3	93.3	93.3
Si, alguno	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

El 93.3 % refiere que los temas impartidos han servido en su vida cotidiana

3.3.2.8 VALORACIÓN DEL DIARIO VIVIR

¿De qué forma te es más fácil aprender en la C.T?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dinamicas grupales	2	13.3	13.3	13.3
Varias de las anteriores	13	86.7	86.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

El 86.7 % de los usuarios refiere que su forma de aprender es variada y va desde intervenciones grupales, individuales, hasta actividades lúdicas y recreativas que les facilita la integración y relación con todos sus compañeros.

¿Qué te desmotiva en la comunidad?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Grupos de crecimiento	1	6.7	6.7	6.7
Rutina del D.V	3	20.0	20.0	26.7
Actividades deportivas	2	13.3	13.3	40.0
Todas las anteriores	1	6.7	6.7	46.7
Ninguno	1	6.7	6.7	53.3
Varias de anteriores	6	40.0	40.0	93.3
Otras	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Lo que más les desmotiva del diario vivir son lo que se llama “varias actividades” incluyendo la rutina con un 40%, algunas sesiones grupales y seminarios.

¿Cada día en que se imparten las diferencias actividades te permites asistir?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siempre	8	53.3	53.3	53.3
	Casi siempre	6	40.0	40.0	93.3
	Nunca	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

El 53.3% de los usuarios participa en todas las actividades del diario vivir.

3.3.3 PAERCONIC

3.3.3.1 MOTIVACIÓN

Lo que más les motiva a mantenerse en la comunidad es la curiosidad con un 40% debido a que si un amigo está en el programa, otros lo siguen también para dejar las drogas.

¿Qué te motivó a mantenerte en la C.T?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Curiosidad	5	50.0	50.0	50.0
	Huir de los problemas	1	10.0	10.0	60.0
	Dejar la droga	2	20.0	20.0	80.0
	Varias de las anteriores	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

3.3.3.2 PARTICIPACIÓN

Hay poca participación en el diario vivir, con el 40% de la población y realmente es que no hay actividades de desarrollo personal, únicamente deportivas, lo que indica que no es modelo de Comunidad terapéutica, sin embargo el personal administrativo refiere que es Ct, y que no esta funcionando como debe ser..

¿Participabas activamente en todo el diario vivir?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	2	20.0	20.0	20.0
	No	3	30.0	30.0	50.0
	Poco	4	40.0	40.0	90.0
	Nada	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

El 50% expresó que pocas veces siente interés por el diario vivir, lo que es muy significativo pues quiere decir que muchos están por otros y no porque tengan el interés de cambio.

¿El desarrollo de las temas mantenían tu atención?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siempre	4	40.0	40.0	40.0
	Casi siempre	1	10.0	10.0	50.0
	Pocas veces	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Lo que los motiva a buscar apoyo es por invitación de un amigo con el 40%, no dejando de lado, con un 30%, que lo hacen también por invitación de los responsables del proyecto para dejar la droga.

¿Qué te motivó a buscar apoyo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Por invitación de la responsable de proyecto	3	30.0	30.0	30.0
	Por invitación de un amigo	4	40.0	40.0	70.0
	Droga	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

3.3.3.3 PERMANENCIA

El 60% necesita dos años ó más en el programa y el 10% manifestó que sólo un año ó dos.

¿Cuánto tiempo consideras que necesitas estar en programa?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	De 3 a 5 meses	3	30.0	30.0	30.0
	De un año a 2 años	1	10.0	10.0	40.0
	De 2 o más años	6	60.0	60.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

3.3.3.4 INTEGRACIÓN GRUPAL

¿Qué nivel de confianza establecen los terapeutas en C.T?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mucha	3	30.0	30.0	30.0
	Poca	5	50.0	50.0	80.0
	Ninguna	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

El 50% tiene poca relación con sus terapeutas y el 40% manifiesta poca relación con sus compañeros, un 30% que sí tiene excelente relación y, en cambio, no todos se relacionan con todos.

¿Cómo era tu relación con tus compañeros?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	3	30.0	30.0	30.0
	Muy buena	2	20.0	20.0	50.0
	Buena	1	10.0	10.0	60.0
	Poca	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

¿Con cuántos compañeros dentro del grupo de CT te comunicas ?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Todos	2	20.0	20.0	20.0
	La mayoría	2	20.0	20.0	40.0
	Pocos	3	30.0	30.0	70.0
	Ninguno	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

¿La C.T ha contribuido para tu desarrollo personal?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	4	40.0	40.0	40.0
	No	3	30.0	30.0	70.0
	Más o menos	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

El 40% de los usuarios refiere que la CT, ha contribuido en su desarrollo personal; sin embargo, es meritorio mencionar que el 30% de los casos refiere que no ha contribuido y otro 30% manifestó que más o menos.

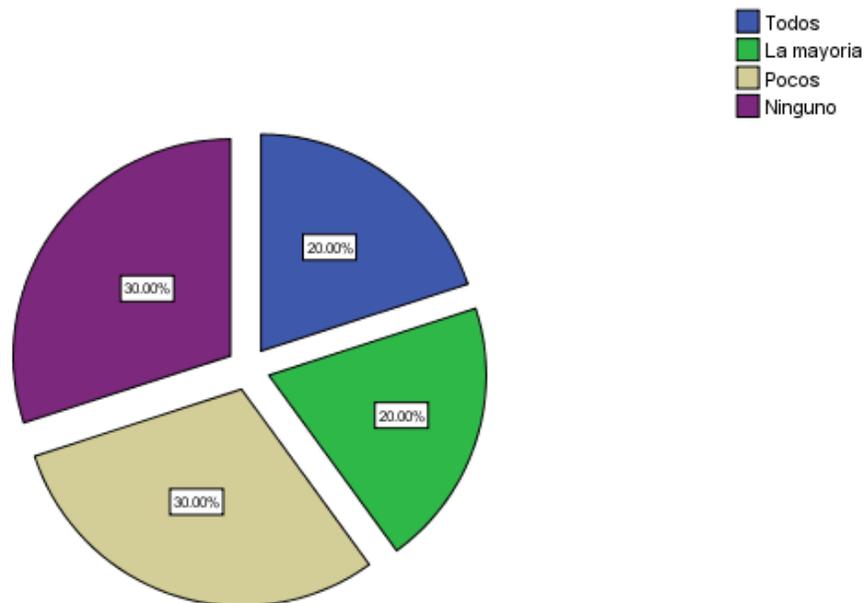
3.3.3.5 VALORACIÓN DEL DIARIO VIVIR

¿La C.T ha contribuido para tu desarrollo persona?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	4	40.0	40.0	40.0
	No	3	30.0	30.0	70.0
	Más o menos	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

El 40% de los usuarios refieren que la CT, ha contribuido en su desarrollo personal, sin embargo es meritorio mencionar que el 30% de los casos refieren que no ha contribuido en su diario vivir y otro 30% más o menos.

¿Con cuántos compañeros dentro del grupo te relacionas?



Está bien distribuido este porcentaje; sin embargo, el dato mayor con un 30% refiere que la relación con sus compañeros es muy poca. El otro 30% ninguna aunque hay que mencionar que la situación en que se encontraba la comunidad en ese momento era difícil porque los residentes eran enemigos en la calle y la dificultad mayor se debía a que era una situación que no se estaba interviniendo adecuadamente

¿Los temas que imparten durante el Diario Vivir te han servido en tu vida cotidiana?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si, todos	2	20.0	20.0	20.0
	Si, alguno	5	50.0	50.0	70.0
	No, ninguno	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

El 50% de los casos refiere que el diario vivir les ha ayudado en su vida cotidiana, ya que ahora realizan actividades elementales en el ser humano, desde bañarse hasta comer regularmente sus horarios de comida

¿Qué te parece la duración de la C.T?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Demasiado extenso	5	50.0	50.0	50.0
	Tiempo adecuado	4	40.0	40.0	90.0
	Demasiado Corto	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

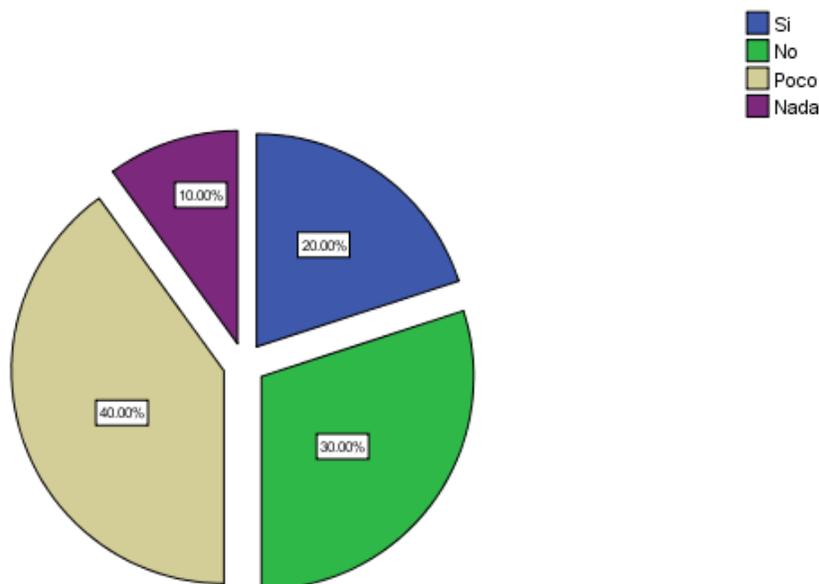
El 50% de los usuarios considera que la CT, es demasiado extenso y el 10% valora que es demasiado corto.

¿Cada día en que se imparten las diferentes actividades te permites asistir?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siempre	2	20.0	20.0	20.0
	Casi siempre	5	50.0	50.0	70.0
	Pocas veces	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

El 50% de los usuarios casi siempre participaban en el diario vivir y un 30% muchas veces justificaba sus ausencias para no participar.

¿Participas en todas las actividades en el diario vivir?



El 40 % de los casos refiere que participa poco en el diario vivir, el 30% no participa, el 20% si se integra y el 10% nada de participación.

3.4 Conclusión sobre análisis comparativo.

3.4.1 Motivación

En Castillejos, el 50% de la población refiere que el tiempo que necesita en el programa oscila entre un año y un año y medio, mientras que en Hogares Claret el 66.6% opina que lo que necesita estar en el programa es de seis meses a un año y en PAERCONIC, el 60% necesita de dos años a más en el programa y el 10% de un año a dos años.

En Castillejos, el 70% de las personas encuestadas refería que su mayor motivación es la recuperación de la familia, el dejar la droga, aprender nuevas formas de vida y, sobre todo, reinsertarse a la sociedad. La mayoría de encuestados está clara sobre sus objetivos de motivación. En cambio en Hogares Claret, el 60% refiere que ha ingresado al programa por propia voluntad, a diferencia de Castillejos en donde hay un fuerte peso en la destrucción familiar. En PAERCONIC, lo que más los motiva a buscar apoyo es por invitación de un amigo con el 40%, no dejando de lado a un 30% que lo hace por invitación de los responsables del proyecto para dejar la droga.

En Castillejos, el 90% está satisfecho con el diario vivir y participa activamente y el 56.7% de la población encuestada refiere mantener motivación por los temas. Sin embargo, hay un 16.7% participó pocas veces aunque también proponían otros temas de interés o que necesitan ser

reforzados, como por ejemplo, intervenciones con familias y relaciones de pareja. En cambio, en Hogares Claret, el 60% siempre está motivado por los temas y el 80% mantiene motivación con el diario vivir. En PAERCONIC pocas veces sienten interés por el diario vivir con el 50%, lo que significa que muchos están por otras personas y no por que tengan interés de cambio. Además, hay poca participación en el diario vivir con el 40% de la población.

En Castillejos hay dos razones básicas que los llevó a buscar apoyo profesional: ver la destrucción de su familia con el 53.3 % y propia voluntad y El motivo menor fue por invitación de un amigo con el 3.3%. En Hogares Claret, el 60% ingresó por propia voluntad y deseo de recuperar lo perdido, mientras que en PAERCONIC lo que más les motivó a mantenerse en la comunidad fue por curiosidad con un 40% ya que si un amigo está en el programa, otros lo siguen aunque también fueron motivados por el deseo de dejar la drogas.

3.4.2 Integración Grupal en los tres equipos de CT.

En Castillejos, el 66.7% de los usuarios encuestados tiene mucha confianza con los terapeutas; el 66.7 % tiene excelente relación con sus compañeros y el 66.7 % se relaciona con sus compañeros (de CT,) mientras que en Hogares Claret el 46.7 % de los usuarios tiene poca confianza con sus terapeutas. Hay que mencionar nuevamente el error en esta pregunta donde referían que tienen confianza con algunos. El nivel de relación entre sus compañeros es muy buena; el 53.3% de los usuarios tiene muy buena relación con sus compañeros y el 40% se relaciona con todos. En PAERCONIC, el 50% tiene poca relación con sus terapeutas. El 40% tiene poca relación con sus compañeros, hay un 30% que sí tiene excelente relación con los mismos, pero en cambio, no todos se relacionan con todos.

3.4.3 Valoración del diario vivir en las tres comunidades

Tanto Castillejos como Hogares Claret coinciden en puntuación con un 86 % de la población en que la forma más fácil de aprender es a través de varias formas intervención individual, dinámicas de grupos, juego de roles y representaciones gráficas; mientras que en PAERCONIC su mejor forma de aprender es únicamente mediante dinámicas y juegos de roles.

En Castillejos el 76.7% de los usuarios refiere que les parece adecuado el tiempo de duración de la estancia, en Hogares Claret el 44% considera que es muy corto mientras que en PAERCONIC el 50% de los usuarios considera que es demasiado extenso y sólo el 10% manifestó que es demasiado corto.

En Castillejos hay varias cosas que les desmotivan: la situación económica, los problemas familiares y las condiciones físicas en las que se encuentran. En cambio en Hogares Claret, lo que más les desmotiva del diario vivir son varias actividades incluyendo la rutina con un 40% así como también algunos grupos y seminarios. En PAERCONIC, principalmente los desmotiva la situación económica y familiar ya manifiestan que estos problemas han empeorado en vez de solucionarse.

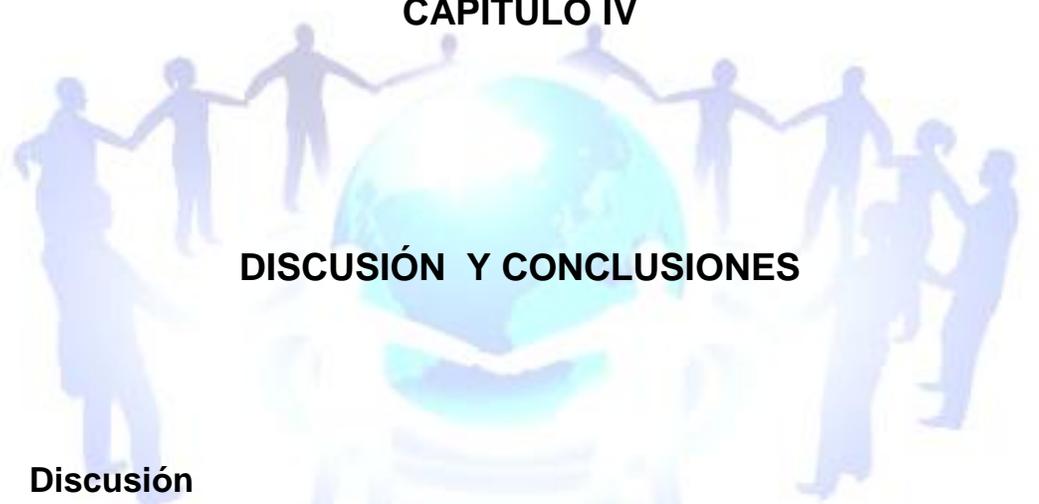
En Castillejos, el 83.3 % de la población asiste regularmente a las actividades del diario vivir, mientras que en Hogares Claret, el 53.3% de los usuarios participa en todas las actividades y en PAERCONIC, el 50% de los usuarios casi siempre participaba en el diario vivir pero un 30% muchas veces justificaba sus ausencias para no participar.

El 80% de los usuarios de Castillejos considera que su estancia ha contribuido a su desarrollo personal; mientras que en Hogares Claret es el 93.3 % y en PAERCONIC el 40%.



CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



4.1 Discusión

Este trabajo consistió en observar los programas en su ambiente natural por un período de tres meses en cada comunidad y aplicar un cuestionario a la mitad de la población de dichos programas.

Asimismo, los diseños de la investigación etnográfica fueron de gran validez científica una vez que la guía metodológica fue elaborada con el propósito de obtener una mayor cercanía con los entrevistados a través de un espacio que nos permitiera participar activamente. Como aconseja Martínez (1994), este proceso se analizó mediante categorías, ideas e hipótesis y el estudio se comenzó desde mucho antes con la formación y la preparación de la investigación. (Stanton, 1996)

Los hallazgos de este estudio, por ser preliminares, deberán enriquecerse por otros estudios posteriores.

En lo general, puede afirmarse que tanto en Castillejos como en Nueva Vida y en PAERCONIC, los programas cumplen con la dinámica en cuanto a estructura sin embargo su dinámica de

funcionamiento según los modelos tradicionales PAERCONIC, necesita mejorar en varios aspectos para cumplir con las características de Comunidades Terapéuticas.

4.2 Conclusiones

La hipótesis de trabajo planteada en esta investigación ha sido de mucho provecho para la elaboración de un programa modelo en Nicaragua. Las herramientas metodológicas utilizadas, así como la etnografía y el análisis cuantitativo de los datos, permitieron que este trabajo tuviera mayor fiabilidad científica.

Debido a que Castillejos tiene el mayor índice de rehabilitación es debido a los múltiples programas y oportunidades que brindan como por ejemplo atención a madres con sus bebés, y también a la especialización que le dan a los usuarios según los perfiles de consumo, así como la preparación que se les brinda previo a ingresar a las Comunidades terapéuticas donde tiene una etapa llamada Acogida con duración de 3 a 5 meses y posteriormente se remiten a los diversos programas, ya sea ambulatorio, residencial o de atención especial si es un problema dual y según su perfil de consumo. Puede ser que se remita a los programas de cocaína, de alcohol y si es poliadicto tomando en cuenta sus niveles de dependencia a programa residencial y según su deterioro psíquico a programa dual.

Además, hay otros factores que favorecen la reinserción sociolaboral y es que el problema de adicción en España es un problema de salud mental, por ende el estado apoya mucho a los usuarios ya sea aportando para su tratamiento hasta cediéndoles un piso para vivir, algo que no tenemos en Centroamérica, donde la adicción no es vista como enfermedad y no existen muchas otras oportunidades de empleo o sea de reinserción laboral.

Es válido mencionar que en los otros dos programas estudiados, la visión de la enfermedad de la adicción ni siquiera es contemplada como un problema de salud. A nivel de Centroamérica, no se valoran los fundamentos mencionados anteriormente, y algo importante a mencionar que es similar en Claret es la calidad de atención profesional y el enfoque interdisciplinario del equipo terapéutico que facilita los procesos, donde hay desde profesionales hasta personal con una vasta experiencia como adicto y sobre todo con mucha sensibilidad para el abordaje en la temática de las adicciones.

En Claret, Colombia lo que favorece un nivel aceptable de reinserción en comparación a Castillejos es que tienen una estructura confiable, un equipo terapéutico multidisciplinario que los acompaña, con mucho orden y organización planificada de las actividades dentro del diario vivir y además los perfiles de ingreso en la selección a permanecer en las comunidades terapéuticas, son muy claros y detallados para que el usuario tome su decisión para ingresar al centro. Otro elemento a mencionar es que en Colombia como estado hay políticas claras de protocolos de atención a usuarios drogodependientes, así como la constante actualización basadas en

evidencias científicas en la atención a usuarios, y aunque el apoyo del gobierno en las políticas de reinserción sociolaboral no sea como en España, sí se apoya con un costo muy bajo a los usuarios. En cambio en PAERCONIC, Nicaragua la enfermedad de la adicción no es problema de salud mental y normas mínimas están por publicarse y los protocolos de atención no existen hasta el momento.

En Nicaragua, para iniciar, la infraestructura no favorece la calidad de atención por ende los índices de reinserción, ya que sus espacios son pequeños tanto para las terapias para actividades lúdicas: El equipo terapéutico está compuesto en su mayoría por psicólogos y con este tipo de población es valiosa la percepción de otros profesionales y sobre todo el clima que se pueda respirar en un equipo que por la población que atiende hay una tendencia a estresarse mucho mas. Sería bueno mejorar la estructura con los objetivos claros de atención tanto para el personal como para el usuario, los ingresos se necesitan realizar con protocolos según la estructura de programas que se llevan, definiendo edades de usuarios, ya que no es conveniente la atención de adultos y adolescentes a la vez. Tener claro los perfiles de consumo y conversar claramente con el usuario el tiempo que dura el programa y hasta que este lo acepte voluntariamente, claro está que quizás por los bajos recursos en Nicaragua no se pueda tener una parte solamente para acogida pero sí podrían llevarse intervenciones cortas ambulatorias para profundizar en las normas y valorar si el usuario quiere llevar como se debe un programa de Comunidad terapéutica.

Otra situación que no favorece la reinserción sociolaboral es el poco apoyo del estado en cuanto a dar seguimiento a la calidad de atención que se brinda en los centros además que financiamiento para estos tratamientos en el sistema de salud pública no la hay.

En cuanto al nivel de Satisfacción se valoraron los siguientes indicadores motivación, relaciones interpersonales y valoración de las actividades, En Castillejos, el 67% de los usuarios refiere que el objetivo de la comunidad es apoyarlos a abandonar hábitos de consumo de drogas, seguido de reestructurar a la persona en general y recuperar a la familia. Mientras que en Hogares Claret el 40% de la población refiere que es habilitarse para la vida, seguido con 32% de vivir sin drogas, de un 25% reconciliarse con Dios y 15 % encontrarse con uno mismo. En cambio, en PAERCONIC le ha ayudado a alejarse de su familia con un 50%; un 30% manifestó que aprender cosas nuevas, un 20 % dejar la calle y dejar la droga.

Lo que se puede concluir es que los conceptos manejados en las Comunidades están muy asociados a las metodologías aplicadas, llevándose la sorpresa PAERCONIC debido a que realmente lo que trabajan es un programa social de paso y no un programa de Comunidad Terapéutica como pensaban ellos mismos. Lo que denota que en PAERCONIC la comunidad es vista como casa de refugio y no como programa de reinserción sociolaboral. Y realmente se debe a que no hay actividades de desarrollo personal, únicamente son actividades lúdicas.

En la comunidad PAERCONIC, se pudo observar también mucho tiempo de ocio, lo que permite que los usuarios tengan demasiado tiempo para crear pensamientos negativos, agredirse entre ellos y de esta manera desvincularse de los objetivos propuestos, lo que da como resultado insatisfacción, mayor cantidad de abandonos y bajos porcentajes de reinsertados sociolaboralmente. En cambio, en la comunidad Castillejos, se crea presión artificial en el diario vivir con la limpieza, el orden y el trabajo personal que les permite discernir y aclarar hacia dónde quieren dirigir la vida. Lo mismo sucede en Nueva vida Colombia en donde se crea también esta presión artificial y constantemente están trabajando en la modificación de conductas, de lógica, orden y organización. También se les brinda apoyo clínico para llenar ese vacío existencial pero siempre desde un enfoque de logoterapia que se fundamenta en la teoría de Viktor Frankl. (Op cit)

Según entrevistas realizadas a los directores en PAERCONIC, referían la necesidad por conocer más sobre comunidades terapéuticas porque alguien había venido a decirles lo que se tenía que hacer y no le encontraban sentido a muchas cosas y me atrevo a decir que se debía al simple hecho de ser impuestas. Aunque la persona que fue a enseñarles lo que tenían que hacer era profesional, solamente comprendía la enfermedad de la adicción y su tratamiento en la comunidad desde un enfoque clínico, además que la aptitud humana para trabajar con esta población es de vocación y entrega, de lo contrario lo meramente científico tiene poca incidencia como meta final de reinsertión. Por ejemplo, en España la dirección está integrada por un fundador profesional que ha trabajado por muchos años con drogodependientes y se formó en la Comunidad lo que le permite ponerse en el lugar del adicto y contribuir a la creación de las estructuras del programa y estar en constante actualización para su manejo.

Es meritorio mencionar que el enfoque terapéutico que se ofrece marca pautas de fortaleza en los programas.

Vale la pena mencionar que tanto en Castillejos, como en Hogares Claret, los usuarios y personal terapéutico están claros sobre los recursos que se invierten en un programa y en cada usuario, no así en PAERCONIC que se considera que hay mala distribución financiera según los perfiles y esfuerzos dirigidos a diversos programas.

Esta investigación encontró elementos significativos de comparación de manera general y complementaria en relación con los programas estudiados, su dinámica, funcionamiento, estrategias y técnicas de intervención según lo determina De León (Op Cit).

Se encontraron similitudes y diferencias en cada Comunidad terapéutica enfatizándose en los enfoques utilizados como medio de aprendizajes adquiridos por los usuarios en sus etapas de reinsertión sociolaboral; así como el nivel de satisfacción asociado a los índices de rehabilitación anual de cada programa.

La población atendida en los tres programas de tratamiento es muy similar desde la perspectiva sociodemográfica, edad y sexo; sin embargo, un elemento que no fue analizado es la cultura como factor determinante para la obtención fiable de la información de cada programa.

En cuanto a las metodologías utilizadas, las semejanzas encontradas se enfocan en ambientes basados en la filosofía de la autoayuda y en una ética de solidaridad comunitaria. El objetivo principal es promover un proceso de desarrollo personal a través de una interacción social que tiende a la autonomía. En Castillejos el enfoque es existencial humanista; en Nueva Vida es cognitivo, conductual y espiritual, y en PAERCONIC asistencial.

Las técnicas de intervención en las comunidades siempre son las mismas, lo que varía en cada programa según su cultura es el nombre, pero su objetivo siempre es el mismo: Confronto, lista de culpa o de responsabilidades, pedido de ayuda, reclamo, expresión de sentimientos, silencio, Intervenciones personales directas, fuera de estructura (suspensión), presión, coloquio, normas, peticiones, expulsión, proyectos de reinserción (salida), encuentro de la mañana, estado de ánimo al finalizar la jornada (cierre) y grupo de convivencia.

Las tres comunidades tienen reunión de roles o de jerarquías, espacio de deportes, seminarios, talleres y actividades de información, funciones de los profesionales, de los operadores y/o de las personas adictas en rehabilitación.

Cabe mencionar que el éxito de los tratamientos está en la transparencia y en la calidad humana y científica con la que se dirige un programa. Como ejemplo, el índice de abandono en PAERCONIC es el 94%; en cambio en Castillejos es del 50% y en Hogares Claret del 28%. Como resultado, los índices de reinserción sociolaboral en Castillejos y en Hogares Claret son notorios.

Se relacionó el índice de rehabilitación y satisfacción de cada comunidad tomando en cuenta los siguientes elementos en la variable satisfacción: Motivación, integración grupal y valoración del diario vivir.

Por otro lado, considerando la satisfacción y la relación atribuida a las actividades internas se puede notar la falta de orientación terapéutica que se encuentra en el programa PAERCONIC.

En lo que coinciden los pacientes de los tres programas es en señalar el área familiar como la más necesitada de tratamiento. Detrás de estas diferencias entre las poblaciones atendidas, no se puede olvidar el contexto social de cada programa de tratamiento.

Estos hallazgos indican que las comunidades terapéuticas pueden incrementar las cifras de permanencia si conocieran formas para que los mismos residentes animen a los pacientes a quedarse en el programa y a tener un rol más activo en su tratamiento.

Los usuarios que valoraban un mayor tiempo en el centro, eran aquellos que sus programas estaban basados en metodologías asistenciales, como es el caso de PAERCONIC cuyos objetivos son huir de su situación familiar.

La mayoría de los pacientes de este estudio pensaban que necesitaban quedarse en el programa durante menos meses que lo que estos programas requerían. Estos hallazgos implican que los porcentajes de permanencia de los pacientes podían aumentar si el staff explicara la importancia de la permanencia en el programa. También es posible que estos programas necesiten acortar las fases del tratamiento y alargar las fases de re-entrada a fin de reducir el desgaste del usuario.

4.3 Recomendaciones

- Para la selección y contratación de personal para una Comunidad terapéutica es muy importante la calidez humana y la disposición de formación que tenga la persona para trabajar con personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Para la creación de un modelo de Comunidad terapéutica es muy importante tomar en cuenta la cultura de cada país en todos los sentidos e inclusive desde el vocablo utilizado en las herramientas terapéuticas que permitan familiaridad en su funcionamiento y aplicación.
- Para próximos estudios es importante tener presente la valoración de eficacia que pueden tener las familias y los usuarios en relación al tratamiento.
- Asimismo, se deberían realizar estudios prospectivos que vinculen las actividades Terapéuticas con los resultados obtenidos por determinados tipos de usuarios, para que de esta manera, tal y como proponen Fernández-Hermida (Op cit) se puedan concretar los juicios sobre la eficacia y la eficiencia de los tratamientos.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anzieu A (1998). Vida Sana y la recuperación, la espiritualidad. Colombia. Educación nacional.
- D'Angelo Hernández (2.000). Proyecto de Vida, como categoría básica de interpretación de la identidad inividual y social. Revista Cubana de Psicología. Vo. 17 N°. 3.
- Berne, Erick (2001), Potencialidades Humanas. Nueva York.
- Comunidad II. <http://www.ua-cc.org/educacion3.jsp> Educación y promoción de la salud. Obtenido el 5 de Abril del año 2003.
- Comunidades terapéuticas.<http://www.google.com/comunidadesterapeuticasColombiadosmilcinco>. Obtenido el 27 de diciembre del año 2007.
- De León Jorge (2004). Las comunidades Terapéuticas y las adicciones, España. Printed in Spain.
- Diplomado en adicciones II. Primer curso de la estrategia regional de capacitación de los centros de enlace del proyecto AD/CAN/04/H90. Establecimiento de una red de tratamiento de rehabilitación y reinserción social de Centroamérica, Managua-Nicaragua 05-10 Noviembre 2007.
- Dorsch Friedrich, (2002). Diccionario de Psicología, 10ed. Herder, Barcelona.
- Flores, María Eugenia. (2000). 50 herramientas de cambio: Cambiemos para cambiar. Centro Ecuménico Antonio Valdivieso. S/e.
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, FLACT. (2009 - 2010)
- Giddens Anthony (1977).La Etnografía Londres: HMSO.
- Glasser (1974). Contextualización del grupo Oxford Americano fundado en 1921. Washington.
- María Elena Gotti (1990). Renace la Humanidad en sentido Espiritual. S/e.
- Gaudina, Claudia y Gaudina, Verónica, (2003). Introducción a la prevención de la drogodependencia en el ámbito educativo. UMSA, Panamá.
- Hernández Sampieri, Roberto (2006). Metodología de la Investigación, 4ed. Mc Graw-Hill, México.
- Ureva (2003). Pensamiento racional. S/e.
- Narcotics, Wolrd Services, Narcóticos Anónimos, (1995). Inc. Chatsworth, California USA.
- Leal, Davila, (2009).Diseños de programas de CT, proyecto Hombre adaptado para Nicaragua. S/e.
- Leal Gissel Yenín; (2004). Intervención terapéutica con adolescentes, hijos(as) de padres adictos a sustancias químicas en proceso de recuperación en Alcohólicos Anónimos, Managua. S/e.
- Martínez. (1994). Formación y preparación para la investigación. Primera edición.Maren Bracker.

- Megias, Domingo, Eusebio Comas y Javier Elzo, (1999). La percepción social de los problemas de drogas en Madrid, España.
- Merani L. Alberto (1976). Diccionario de Psicología, Grijalbo, Barcelona.
- Manual de orientación para personal y voluntariado (2007). Primera edición, Casa Alianza. Nicaragua.
- Mathes Cane, Patricia; (2002). Trauma, Sanación y Transformación en Narcóticos Anónimos. Ed. Paidós. México.
- Melody Beattie, (1989). Ya no seas codependiente. Promexa. México, D.F.
- ----- (1992). Más allá de la codependencia. Promexa. México, D.F.
- Melody, Pía. (1989). Facing Codependence. New York, Harper Collins Publishers.
- Narcotics Anonymous World Service Inc. (1990). "Narcóticos Anónimos funciona, cómo y por qué. Los 12 Pasos y las 12 Tradiciones". Chatsworth. California,
- NIDA: (2008). La Comunidad Terapéutica. http://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad_Terapeutica. Obtenido en octubre del 2008.
- Olavarrieta Marengo. (2000). Una propuesta metodológica para el estudio de las adicciones, Tesis de licenciatura presentada en la Fac. de Ciencias Pol. Y Soc. UNAM, México.
- Rodríguez Estrada, Mauro. (2001). Autoestima, clave del éxito personal. Lima Perú, Cecilia Torres Llosa.
- Salinas Hurtado Eduardo, Förch Michael, (2000). Riesgos macrosociales, farmacodependencia a nivel departamental en la República de Nicaragua. Norma.
- Sánchez-Mejorada Fernández, (2002). La Comunidad Terapéutica: Una propuesta integradora, Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, seminario taller de capacitación, Honduras-Nicaragua.
- Ibert Sabates (2004). Factores de riesgo asociados el consumo de drogas. Ed. Madrid, España.
- Urano. Silva F, Paola. (2001). Violencia Intrafamiliar, Chile. Programa educativo.
- Stanton (1996). Preparación de la investigación. Londres: HMSO.
- Torrentez, León, (2005). Adaptación de mandatos parentales en adictos. S/e.
- Wilwasser (2003). Aguas Bravas, Guía para grupos de autoayuda con mujeres que han sufrido violencia, Argentina.
- Moore, M. H., Estrich, S., McGillis, D., y Spelman, W. (1984). *Delincuentes peligrosos: el*
- *Blanco escurridizo de la justicia*. Cambridge: Harvard University Press.

6 ANEXOS

Esta es una guía que permitió realizar observaciones diarias y tomar anotaciones de todo aquello que estaba fuera de estructura.

Anexo # 1

Guía de la observación dirigida

Fecha:

Tema:

Asistencia:

Participación:

Integración grupal:

Características personales:

Asimilación de Programa:

Ambiente de los usuarios de la comunidad:

Ambiente del personal que lleva la comunidad:

Anexo # 2

Diario de campo

Esta es una guía de trabajo que me permitió escribir lo que sucedía cada día, obteniendo cada semana uno completo, que es el que me servirá para mi estudio investigativo.

Encabezamiento

Grupo:

Fecha:

Número de usuarios:

Perfil:

Relato:

Acontecer grupal:

Apertura:

Desarrollo:

Cierre:

Interpretación:

Evaluación:

Técnica Terapéutica:

Logros:

Dificultades:

Lecciones aprendidas:

Para investigar cómo te sientes en la comunidad terapéutica se ha diseñado ex-profesa una guía para entrevista semiestructurada, tomando en cuenta los objetivos propuestos y las variables a investigar.

Se pueden realizar otras según el curso de la entrevista.

Anexo # 3

Entrevista dirigida a usuarios de la Comunidad terapéutica “Castillejos” España.

Datos generales

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Año:

Droga de incidencia:

1. ¿Cuál es el sentido de la comunidad?
2. ¿En qué te ha beneficiado la comunidad terapéutica?
3. ¿En qué consideras debe mejorar la comunidad?
4. ¿Podrías proponer actividades que se puedan aplicar en la comunidad? ¿Cuáles?

Anexo # 4

Entrevista dirigida al responsable de la comunidad

1. ¿Cuál es la estructura de intervención terapéutica de la comunidad?
2. Estructura física de la comunidad

3. ¿Qué aspectos o factores consideras que influyen en la rehabilitación y en la deserción de los usuarios en el programa de Comunidad Terapéutica?

Rehabilitación:

Deserción:

4. ¿Cuál es su motivación en el trabajo que utiliza con los usuarios con este tipo de perfil? (consumidores de drogas)
5. ¿Cuál es el índice de rehabilitados y de deserción anualmente en la comunidad?

Anexo # 5

Proyecto de Vida

Un **proyecto** es un esfuerzo temporal emprendido para crear un producto o un servicio único. Así, el resultado final buscado puede diferir con la misión de la organización que la emprende, ya que el proyecto tiene determinado específicamente un plazo y el esfuerzo es temporal.

Tipos de proyecto

El término de proyecto se aplica a muchas interpretaciones, se detallan algunas:

- **Proyecto de vida:** Es el que define un individuo de forma personal para dar sentido a las acciones del diario vivir, 'proyectando' una trayectoria de vida.
- **Proyecto de desarrollo:** En algunos casos, estos tipos de proyectos también se denominan programas, puesto que generalmente tienen más de un propósito. Este tipo de proyectos puede, a su vez clasificarse en:
 - **Proyecto de desarrollo social:** Conjunto de acciones institucionales, locales, nacionales o internacionales destinadas a un fin específico, por ejemplo, promover el desarrollo de una zona deprimida social y económicamente. En otros términos: Es una idea de asignación de recursos que sigue un objetivo y que genera beneficios y costos, cualitativos y cuantitativos, tanto al realizador del proyecto como a terceros.
 - **Proyecto de desarrollo rural integral.**
 - **Proyecto de desarrollo de zonas urbano marginales.** Un proyecto de este tipo se ha desarrollado en Bastión Popular, Guayaquil entre los años 2002 y 2006 (ver: Zumar)
 - **Proyecto Especial:** Institución creada para fin específico. P.ej. Proyecto Especial Arqueológico Caral-Supe.
 - **Proyecto, como diseño** de una o más obras de ingeniería. (Ciclo de Proyecto (ingeniería))

La mayoría de los proyectos tienen también una dimensión; se puede definir como tamaño de proyecto el contenido del proyecto, que podría comprender desde sencillo hasta extenso. El proyecto hace referencia y está constituido por todo el complejo de actividades que despliega la empresa para utilizar recursos con el objetivo de obtener beneficios. El proyecto facilita el proceso de tomar decisiones, sobre todo, cuando se va a realizar una inversión, si esta es conveniente o no. Toda inversión (privada, pública, económica o social) requiere de estudios previos como: verificar la viabilidad técnica, comercial, económica, legal y financiera.

Como elaborar un proyecto de vida

La elaboración de un proyecto de vida, debe considerar aspectos tales como:

- El entorno y conocimiento de la persona;
- La búsqueda de información para satisfacer las inquietudes y posibilidades que nos rodean para alcanzar las metas propuestas;
- Y la flexibilidad, que no debe faltar, pues los seres humanos poseen múltiples intereses, habilidades y la capacidad de rectificar, además los resultados no dependen sólo de la persona.

Al definir un proyecto de vida las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio.

1. El punto de partida Mi situación

- Mis fortalezas.
- Mis debilidades.

2. Autobiografía

- ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en mi vida y de qué manera?
- ¿Cuáles han sido mis intereses desde la edad temprana?
- ¿Cuáles han sido los acontecimientos que han influido en forma decisiva en lo que soy ahora?
- ¿Cuáles han sido en mi vida los principales éxitos y fracasos?
- ¿Cuáles han sido mis decisiones más significativas?

3. Rasgos de mi personalidad

Enuncie 5 aspectos que más le gustan y 5 que no le gustan con relación a:

1. Aspecto físico
2. Relaciones sociales

3. Vida espiritual
4. Vida emocional
5. Aspectos intelectuales
6. Aspectos vocacionales

4. Quién soy

- ¿Cuáles son las condiciones facilitadoras o impulsadoras de mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio)?
- ¿Cuáles son las condiciones obstaculizadoras o inhibidoras para mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio)?
- Organice la información obtenida teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - a. Es posible el cambio
 - b. Es factible el desarrollo
 - c. No es posible cambiar (justificar porque no)
- ¿Cuál será el plan de acción a seguir?

5. ¿Quién seré? Convertir sueños en realidad

- ¿Cuáles son mis sueños?
- ¿Cuáles son las realidades que favorecen mis sueños?
- ¿Cómo puedo superar los impedimentos que la realidad me plantea para realizar mis sueños? ¿Cómo puede potenciar o enriquecer mis condiciones facilitadoras? ¿Cómo puedo enfrentar las condiciones obstaculizadoras?
- ¿Cómo sé que logré realizar lo que quería? ¿Cuáles serán las soluciones? ¿Cuáles serán las acciones derivadas a seguir?

6. Mi programa de vida

- El propósito de mi vida. es...
- Analizo mi realidad para realizar el plan de acción: ¿Cuál es mi realidad? ¿Qué tengo? ¿Qué necesito? ¿Qué puedo hacer? ¿Qué voy a hacer?

Pasos hacia el proyecto de vida

OBJETIVO:

El objetivo es conocer las bases con que cuenta una persona para construir su proyecto de vida. Debe propiciar una sana aceptación de sí mismo y de las circunstancias que lo rodean, sin que ello quiera decir que deba contemporizar con todo lo que pueda ser superado.

PUNTO DE PARTIDA:

El punto de partida no será, como algunos podrían pensar la contemplación de realidades ajenas a nuestra propia vida. Al iniciar la temática partiremos del momento de la vida en el que ustedes se encuentran. Este momento tiene dos características fundamentales.

En primer lugar la edad. La adolescencia o primera juventud es trascendental en la vida del hombre. Es ahora cuando el crecimiento se manifiesta más palpablemente. Este es el momento crucial en que, por así decirlo, se están haciendo hombres. Están experimentando cambios en el cuerpo, en la mente, en el corazón, en la conciencia, en todo el ser, que indica a las claras que el niño de ayer va dando paso al adulto de mañana. Se halla en una edad de transición, en la etapa que va dejando atrás a la niñez y que va acercando a la madurez.

Al nacer recibieron el ser de sus padres. Pero ahora sienten una nueva vida en ustedes. Hoy el ímpetu de la inteligencia, de la libertad, de los instintos, de los sentimientos, del amor reclama la propiedad y la responsabilidad de vida en sus comienzos a sus progenitores. Se encuentran en la búsqueda de una personalidad atractiva y definida. Pero esta edad, bella y trascendental, es a su vez difícil, pues los cambios son frecuentemente tan rápidos y profundos que llegan no pocas veces a crear situaciones conflictivas e imaginables.

La segunda característica de este momento de la vida es estar estudiando, esto añade a la característica anterior la edad, una nota importante: en este tiempo tienen ustedes que tomar decisiones, muchas de las cuales pueden marcar o determinar definitivamente sus vidas.

En conclusión, en el momento actual sienten que deben tomar la vida en sus propias manos, proyectarla hacia delante y tomar serias decisiones y a cada uno pueden surgirle las preguntas: *¿Qué hago yo con mi vida?, ¿Qué hago yo después de salir de estudiar?*

Estas preguntas pueden crearles inseguridad, precisamente porque las respuestas pueden ser múltiples. Es como si se fueran acercando a una glorieta de donde parten muchos caminos: el del trabajo o el de la inactividad. Y dentro de la escuela, del trabajo o del estado de vida las posibilidades para cada uno son muchas: *¿A qué actividad me dedico?, ¿Qué estado de VIDA escojo?*

Pero hay una pregunta fundamental para este momento en el que tienen que tomar tantas decisiones: *¿Sobre qué valores, actitudes o comportamientos voy a apoyar mi vida?, ¿Sobre el*

egoísmo?, ¿el individualismo?, ¿el placer?, ¿el dinero?, ¿la explotación de los otros?, ¿el libertinaje? o ¿sobre el servicio?, ¿el amor?, ¿la justicia?.. ¿La sencillez? La respuesta no es sencilla. Decidir no es fácil.

Según el tipo de respuestas que escojan, va a ser el sentido de sus vidas. Existen numerosas personas que habiendo podido conducir su vida por una autopista, la echaron por una carretera de piedras. Es lamentable caminar sufriendo golpes cuando de la mano de uno estuvo el evitarlos. Y lo malo es que a cierta edad es muy difícil echar para atrás. A veces hasta la reversa se estropea.

Un proyecto de vida es tan fundamental como para un ingeniero los planos sobre los que va a construir un edificio o un puente. Una obra de este tipo sin un proyecto está amenazada de ruina. Por esos para un ingeniero el momento más importante es aquel en que se retira para idear el proyecto que hará realidad su obra. Lo demás, contratar trabajadores, conseguir materiales o colocar ladrillos, es relativamente fácil. Es en la existencia humana, como la ingeniería, es fundamental un proyecto de vida. Si ustedes tienen la curiosidad de preguntar a la gente de la calle porque vive o si está contenta con lo que está haciendo, un alto porcentaje después de recuperarse de la sorpresa de haberse planteado por primera vez estas preguntas, responderá negativamente. Así está de mal el mundo, en la familia, en el trabajo, en la vida social y política. ¿Quién de ustedes desearía vivir en un edificio donde el 70% de los ladrillos, vigas, pilares, etc. estuvieran mal colocados? Estaría loco. Por eso nuestra sociedad está de psiquiatra. Existe mucha gente decepcionada, angustiada, triste, desesperanzada. Carece de un sentido de la existencia. Y cuando esto ocurre, es como naufragar en el océano a la deriva.

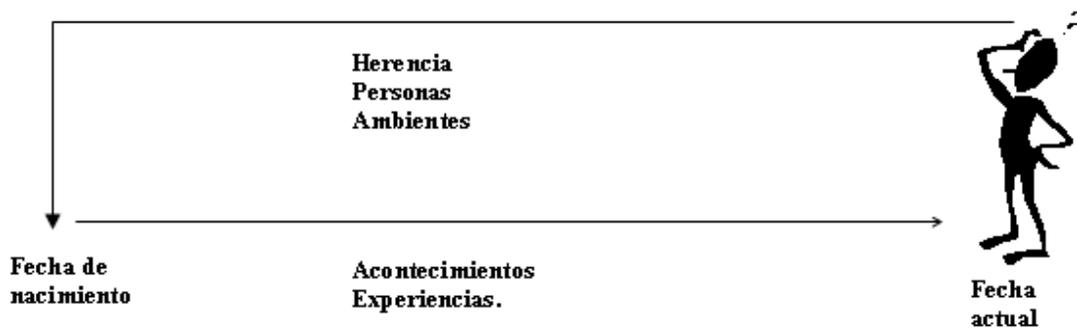
Llamamos proyecto al conjunto de valores, actitudes, y comportamientos que debe poner el hombre para que su vida tenga una orientación y un sentido auténtico.

RECONOCER EL TERRENO:

Antes de diseñar el proyecto de vida, es necesario dar un paso previo: reconocer el terreno. No es lo mismo edificar una casa sobre arena o tierra movediza que sobre piedra, o sobre un terreno plano que sobre un terreno quebrado.

Lo primero que tenemos que hacer es reconocer nuestro propio terreno. Esto es, preguntarnos: ¿quién soy yo?, ¿cómo estoy yo? Las respuestas a estas preguntas les deben iluminar y ofrecer las bases para su propio proyecto de vida.

Primer paso: como en la figura se señalan dos fechas separadas la de tu nacimiento y la del día de hoy. Piensa en el momento presente: hoy tú tienes una personalidad determinada que no ha sido conformada por fuerza del destino o del azar. Tú eres fruto de una serie de factores que a lo largo de los años ha ido modelando tu personalidad. Vas a mirar retrospectivamente tu vida y tomarás conciencia de esos dos factores aun de los más remotos y vas a tomar nota de cómo han influido o están influyendo en la formación de tu personalidad.



- **Primer factor: Herencia genética:** Tu sexo, tu color, tu salud, tu estatura, tu peso, tu apariencia, externa, tu inteligencia. ¿Aceptas todo esto? ¿Te han creado baja autoestima?
- **Segundo factor: Personas:** Tus padres y demás familiares, profesores, amigos (as), novios (as), ídolos del cine, de la televisión, del deporte. Su ejemplo, su forma de actuar o de pensar ¿cómo están influyendo o como han influido en ti?
- **Tercer factor: Ambientes:** Tu ambiente familiar, social, escolar o geográfico. ¿Cómo influyen o han influido en ti el dinero o la pobreza, la competencia o el individualismo, las apariencias sociales, los patrones sociales y culturales impuestos por tus mayores o por los medios de comunicación y la propaganda, un hogar mal o bien constituido?
- **Cuarto factor: Acontecimientos:** hechos trascendentales que hayan influido o que estén influyendo en tu vida como la muerte de un ser querido, el nacimiento de un hermano, una quiebra económica, un accidente, un fracaso escolar, una separación familiar, un cambio de ciudad, barrio o de colegio.
- **Quinto factor: Experiencias:** en el campo familiar, escolar, social, afectivo, sexual, éxitos, fracasos, desilusiones, etc.

Segundo paso: imagínate que recibes una carta de un joven de un país lejano que te ofrece su amistad, en su carta de hace una pregunta: ¿cómo eres tú? Tú debes responderle de una manera sincera y precisa.

Tercer paso: vas a tratar de describir tu problemática personal. En el grafico tienes las áreas básicas de tu vida. Sobre una valoración de 10 vas a sombrear cada columna. Por ejemplo, en familia estimas que debes colocarte en la posición positiva de 8; esto significa que tienes una posición negativa de 2 en este caso traza una línea horizontal en el 8 de la parte superior y otra en el 2 de la parte inferior. Procura analizar el cuadro, relaciona un área con otra y pregúntate sobre las posibles causas de tu problemática.

Posiciograma

¿CÓMO ESTÁS...?

Contigo mismo	Con tu familia	Con lo demás	En tus estudios



Tipología

OBJETIVO:

Brindar nuevos elementos de conocimiento personal, provocando el cuestionamiento de los valores, actitudes y comportamientos personales; y advertir que la vida de cada uno fácilmente puede correr según uno de esos proyectos.

Se presentarán diez proyectos en caricatura, no es una fotografía, es una copia fiel de la realidad, le pondremos el nombre del animal con el que guarda más relación.

PRIMER PROYECTO: EL HOMBRE PAVO

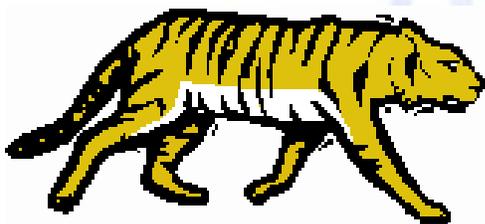
En su proyecto de vida todo lo quiere hacer girar sobre sí mismo. Busca convertirse en el eje de



todos, todos tienen que alabarlo, estimarlo y servirle, pues se considera el ser más importante del universo. Egoísta y despreocupado de los demás. Las cosas y las personas tienen valor en la medida en que le son útiles para sobresalir.

Como el pavo real, de cabeza pequeña y plumaje exuberante, es el prototipo de la vanidad. Su anhelo es lucir, vive pendiente de su figura esclavo de la moda y de las apariencias, narcisista. Guarda la secreta preocupación de llamar la atención de los demás. Es incapaz de entregar el corazón y de experimentar el auténtico amor. Sus raíces son la soledad y la tristeza de no poder amar.

SEGUNDO PROYECTO: EL HOMBRE TIGRE

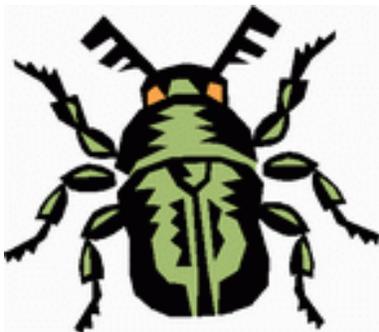


Su proyecto de vida se funda en dominar. Es el hombre agrio, hiriente, violento, que va sembrando el dolor y la desolación a su alrededor. La crítica, el chisme, la venganza, si es necesaria, son las armas que emplea para destruir a su enemigo.

No soporta una contradicción o una frustración, responde con ira. Coloca la personalidad en la fuerza física o en la contundencia de los argumentos. En él impera la ley de la selva. Intransigente, dominante, autoritario, celoso, acaparador y posesivo en el campo del amor. Hunde a los otros para sobresalir él. Competidor, envidioso, se entristece con el bien ajeno, no presta favores.

TERCER PROYECTO: EL HOMBRE ESCARABAJO

Su proyecto de vida está impulsado por el gozar. Su ideal es el placer por el placer. Tremendamente primitivo y guiado por los instintos. Vive en función de las sensaciones y de la comodidad. Al sacrificio o a lo que lo mortifica responder con el pataleo del niño malcriado.



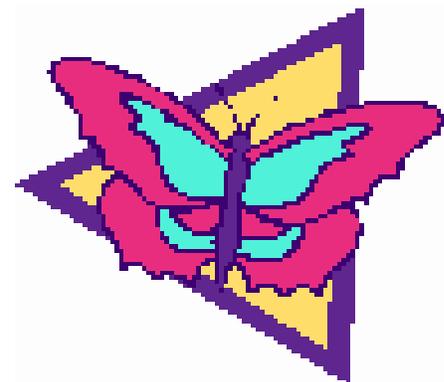
Su vida instintiva no tiene control ni disciplina de ninguna clase. Amigo de la vida muelle y del confort. Puede convertir el licor, el juego o cualquier otro vicio en los recursos ordinarios de su afán de buen vivir. Para el amor se identifica con la sensación placentera o con la excitación corporal del momento. Busca saciarse enfermizamente en lecturas, conversaciones, chistes, revistas. Es el hombre del " morbo" y del doble sentido.

CUARTO PROYECTO: EL HOMBRE BORREGO

Su proyecto de vida consiste en no pensar ni decidir por sí mismo, es el hombre masificado y despersonalizado, hecho según moldes sociales. Dependiente de las personas y del ambiente, cede sin resistencia a los estímulos de la propaganda y se amolda fielmente al pensar, desear y vivir del medio: "donde va Vicente, donde va la gente". Elige sin criterio personal. Al escoger trabajo, profesión, sigue el gusto de sus padres, de sus amigos o de la moda. No soporta estar solo un momento. Su ley es seguir a la mayoría y en rebaño va donde lo llevan.



QUINTO PROYECTO: EL HOMBRE MARIPOSA

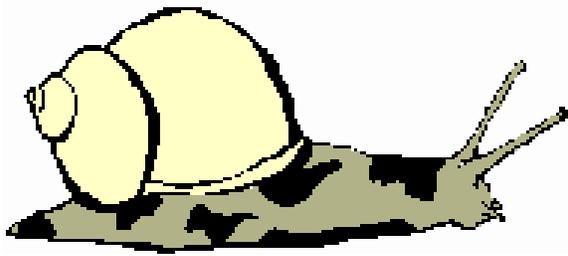


Su proyecto de vida se define como un rotundo no al compromiso. Como la mariposa, va tras de lo que luce un momento. Vuela de flor en flor en busca de miel para cada situación pero la abandona rápidamente. Inconstante, superficial, no echa raíces, novelero, cambia de ideas, de trabajo, de carrera, de amigos, de valores, de novias como la veleta, con el viento. Entusiasta en los comienzos, enseguida cede al esfuerzo, a la rutina o al compromiso.

Es el hombre que no opina, que no sale en defensa de los derechos de nadie, que no separa a los que pelean, que nunca se siente aludido cuando piden colaboración. Para él todo eso es complicación. Es el "ciudadano Pilatos" que se lava las manos a la hora de los problemas. Es el testigo que en momento de declarar la verdad calla cobardemente o el juez que pretende hacer justicia con componendas inútiles.

SEXTO PROYECTO: EL HOMBRE CARACOL

Su proyecto de vida es vivir encerrado sobre sí mismo. Desea que no lo molesten y con su concha

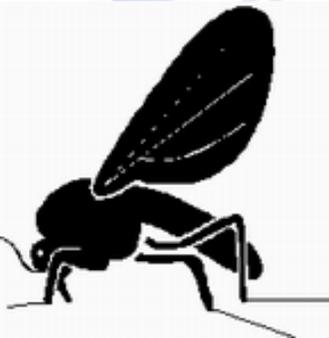


se protege de todo lo externo a él. Marcadamente asocial, la vida de los demás le importa poco. Se puede estar hundiendo el mundo y él como si nada. Su paz, su comodidad y sus intereses personales están por encima de todo.

Es el que dice frecuentemente: "allá cada cual con su problema; a mí que me dejen en paz", o el que coloca en la puerta de su habitación el rotulo de ocupado. Su aislamiento lo disimula con la lectura o con alguna otra actividad solitaria. Cobarde para enfrentar los problemas, se envuelve en su caparazón en espera de que éstos se alejen. Dado a todo tipo de evasiones.

SÉPTIMO PROYECTO: EL HOMBRE ZÁNGANO

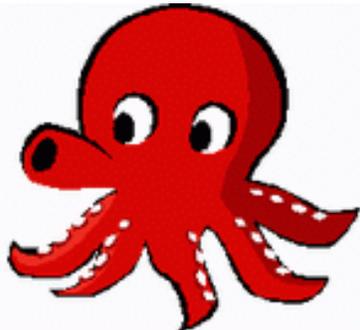
Su proyecto de vida consiste en vivir sin trabajar. Lo domina la ley del menor esfuerzo. Ve la forma de aprovecharse de los demás para vivir de gorra. A la puerta del colegio o de la universidad y con una disculpa en los labios al compañero incauto espera para copiar sus tareas.



El hombre parásito que no produce nada y que vive a costa del esfuerzo y del trabajo de los demás. En el estudio repite mecánicamente, como una grabadora, lo que dicen los libros o el profesor. El que anhela vivir de las rentas. El hijo de "papi". El que se sorprende frecuentemente con este pensamiento: " mis padres trabajaron tanto, que yo nací cansado". El perezoso, desprogramado y perdedor del tiempo.

OCTAVO PROYECTO: EL HOMBRE PULPO

Su proyecto de vida se mueve por la búsqueda del poder. Como el pulpo, con sus tentáculos va atrapando lugares estratégicos y personas claves. Para ganar



poder utiliza o manipula a las personas. Traiciona a los de abajo o a sus compañeros con tal de ganarse el aprecio de sus superiores. Interesado, se arrima a la mejor sombra, pero no repara en abandonarla cuando encuentra otra superior. Su amistad no es más que un disfraz para alcanzar los secretos e intereses personales. Recurre a la hipocresía, al soborno y al chantaje.

No se sitúa en el grupo que más le convence, sino en el que más le conviene. Cambia de camisa o de color como el camaleón. Es oportunista, "cepillero", calculador, "lagarto" sagaz y amigo de las influencias y de las "corbatas". Celoso de mantener privilegio y defensor acérrimo de las leyes, a las que interpreta y acomoda a su antojo, aun cuando éstas atenten contra los derechos fundamentales de la mayoría.

NOVENO PROYECTO: EL HOMBRE ERIZO

Su proyecto de vida se apoya sobre un principio mil veces repetido: la vida no tiene sentido. La existencia la arrastra con pesadez, pues de antemano sabe que no vale la pena vivirla. Negativo y pesimista ve siempre el lado malo de la realidad, quejumbroso, vive comparándose con los demás para concluir que su vida es la más desgraciada.

Como el erizo, para todo saca sus espinas como el mejor mecanismo de defender su encastillamiento. Ve enemigos por todas partes. En cada palabra o gesto descubre un doble



sentido que inmediatamente se apropia. Resentido, desconfiado, se aleja sistemáticamente de sus semejantes, con morbosa satisfacción colecciona sagradamente los agravios recibidos y con rencor trama la venganza o el desquite. Su conciencia se ve envuelta en prejuicios, discriminaciones y barreras que lo separan de los demás. Es dado a la agresividad y a las explosiones violentas.

DÉCIMO PROYECTO: EL HOMBRE RICO McPATO

Su proyecto de vida gira en torno al dinero, como hoy existe verdadera obsesión por el dinero, el hombre Rico MacPato presenta una gran variedad de caras. Una de ellas es la de hombre que solo piensa en enriquecerse y en atesorar. El dinero es su ideal supremo. No concibe la actividad o relación humana que no haya de ser lucrativa. Paga salarios de hambre y al trabajador lo trata peor que a un animal o a una máquina.



Su corazón está metalizado y solamente vive y piensa en función del dinero. Amigo de los lujos y de los derroches innecesarios, despilfarra en viajes, en un estilo de vida suntuoso, que refuerza su imagen de poderoso y de rico. Tiene una visión individualista del sistema social. Para él la propiedad privada es un derecho divino, absoluto o inalienable. Mira con desconfianza y desprecio a los empobrecidos, que en cualquier momento, podrían constituirse en los más

peligrosos enemigos de su fortuna. Con visión ingenua califica la riqueza como el trofeo de una inteligencia audaz o de una personalidad trabajadora, y a la pobreza como hija del vicio, la pereza o a la mala administración.

Se hace una reflexión personal, a la cual los participantes se deben preguntar a sí mismos si se ven retratados en rasgos de los distintos animales. Numera de uno a diez los diferentes animales, según el orden del parecido contigo, en que momentos de tu vida se manifiestan rasgos o comportamientos de tus tres primeros animales, ¿por qué? Si tu vida continúa así como va ¿con que tipo de animal te identificarás dentro de diez años, porque?

La visión personal

Es una imagen futura de tu persona desarrollada sobre ti mismo, tomando en cuenta la realidad en la cual te desarrollas. Su finalidad es ser la guía de tu proyecto de vida **personal**, en un contexto de cambios y disminuir la posibilidad de que pierdas el rumbo.

La visión es una apuesta movilizadora sumamente útil para un proyecto de vida, ya que nos sitúa en una **perspectiva de mediano y largo plazo**, haciéndose explícito el sentido y significado de nuestro trabajo, debe resaltar los distintos aspectos considerados relevantes para ti. La visión responde a:

- ¿QUIEN SOY?

.....
.....
.....

- ¿HACIA DONDE VOY?

.....
.....
.....

- ¿CÓMO ME VEO EN EL FUTURO?

.....
.....
.....

- ¿CÓMO QUIERO QUE ME VEAN EN EL FUTURO?

.....
.....
.....

Visión Personal

La redacción debe tener como meta tu motivación y la potenciación de tus virtudes en una perspectiva retadora. Es por ello que debes basarte en tus fortalezas, tomando en cuenta tu capacidad efectiva de acción,

Debe ser corta, explícita y precisa, emplear un lenguaje que te motive, comprometa e identifique

El obituario

Un obituario dice lo que fue una persona y en que contribuyo al mundo ¿Qué te gustaría que diga el tuyo?

.....
.....
.....

Misión personal

Es la imagen actual que enfoca los esfuerzos que realizas para conseguir tus objetivos, proyectos o planes. La misión debe ser concreta y capaz de indicar el éxito de tu labor, puede ser construida tomando los siguientes criterios:

- ¿Quién eres?

.....
.....
.....

- ¿Qué buscas? Son los cambios, y/o cosas que queremos conseguir y/o lograr en la realidad

.....
.....
.....

- ¿Por qué lo haces? Son los valores, principios motivaciones personales. Debes tener en claro cuál es tu razón de actuar

.....
.....
.....

- ¿Para qué trabajas y/o estudias?

.....
.....
.....

Tener una misión personal promoverá que tus esfuerzos vayan dirigidos a alcanzar la imagenobjetivo deseado hacia el logro de tu realización personal.

Questionario de misión personal

Las respuestas a las preguntas que a continuación leerás tienen por objeto brindarte un material en el que puede basarse el enunciado de tu Misión.

¿Qué cosas quiero tener (posesiones)?

.....
.....
.....
.....

¿Qué cosas quiero hacer (experiencias)?

.....
.....
.....
.....

¿Qué quiero ser (calidades de carácter)?

.....
.....
.....
.....

¿Cuáles creo yo que son mis mejores cualidades (físicas, sociales, espirituales, intelectuales)?

.....
.....
.....
.....

¿Qué cualidades me atribuyen otras personas?

.....
.....
.....
.....

Cuando me imagino haciendo algo agradable, ¿qué es?

.....
.....
.....
.....

Entre todas mis actividades ¿cuáles son las que me brindan una profunda satisfacción?

.....
.....
.....
.....

¿Cuáles son las cualidades de carácter que más admiro en otras personas?

.....
.....
.....
.....

¿Cuáles fueron los momentos más felices de mi vida? ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....

Si contara con el tiempo suficiente y con recursos ilimitados ¿Qué elegiría hacer?

.....
.....
.....
.....

Cuando pienso en mi trabajo, ¿qué actividades me parecen más valiosas?

.....
.....
.....
.....

¿Qué cosas creo que debería hacer, aunque la haya descartado muchas veces en mis pensamientos por distintas razones?

.....
.....
.....
.....

¿Cuáles son las metas permanentes más importantes que deseo alcanzar en cada uno de los roles más importantes de mi vida?

.....
.....
.....
.....

¿Cuán satisfecho estoy de mi actual nivel de realización en los diversos ámbitos de mi vida?

.....
.....
.....
.....

¿Qué resultados distintos de los actuales desearía alcanzar en los diferentes ámbitos de mi vida, en relación con la calidad de mi vida?

.....
.....
.....
.....

¿Cuáles son los principios más importantes en los que se basa mi manera de ser y de actuar?

.....
.....
.....
.....

Si te desahuciarán, y tuvieras solo un mes de vida ¿qué harías en ese tiempo?

.....
.....
.....
.....

Administración del tiempo

Uno de los problemas más frecuentes de los dirigentes y de los líderes es el descuido de ciertas actividades, tienen que compartir varias tareas a la vez, de acuerdo a los roles que cumplen como dirigentes, como estudiantes, profesionales, como trabajadores, como padres y esposos Etc.

La experiencia en estos años nos ha llevado a constatar que cumplir un rol dirigenal significa muchas veces descuidar nuestras familias, nuestras parejas y nuestras profesiones, por ello, muchos nos quejamos de no poder tener más tiempo para realizar mejor nuestras actividades. Pensando en este problema tan común y generalizado queremos darte algunas recomendaciones prácticas.

En primer lugar, ¿Qué es el tiempo? Es posible concebir el tiempo como una serie interminable de decisiones, pequeñas y grandes, que van modificando y conformando, poco a poco, nuestra vida.

Las decisiones tomadas que no resultan acertadas crean frustración, "stress", hacen disminuir nuestra autoestima, esto se traduce en los siguientes seis EFECTOS típicos de la falta de administración del tiempo:

1. Precipitación.
2. Vacilación entre alternativas desagradables.
3. Fatiga o apatía tras muchas horas actividad no productiva.
4. Incumplimientos constantes de compromisos.

5. Sensación de estar desbordado por las demandas y pormenores, casi siempre hacemos lo que no se desea.

Clave para administrar bien el tiempo

1. Establecer prioridades que pongan de relieve las tareas más importantes y permitan tomar las decisiones en base a esa importancia.
2. Es posible ganar tiempo haciendo un horario más realista y eliminando las tareas de escasa prioridad.
3. Es posible aprender a tomar decisiones básicas.

Antes de pasar a examinar los tres pasos necesarios para la administración efectiva del tiempo será de mucha utilidad revisar nuestra forma habitual de distribuir el tiempo. Una forma sencilla de hacerlo es dividir el día en tres partes:

1.- Desde que me levanto hasta la hora de almorzar ¿qué hago?

.....
.....
.....
.....

2 Desde el final del almuerzo hasta la cena.

.....
.....
.....
.....

3.- Desde el final de la cena hasta que me voy a dormir

.....
.....
.....
.....

Desarrolla este ejercicio de dividir tu rutina diaria

Presupuesto del tiempo

(Día promedio)

Día, tiempo en horas y minutos	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes	Sábado	%
1. Trabajo							
2. Estudio.							
3. Actividades biofisiológicas.							
4. Actividades de compromiso social							
5. Tareas domesticas.							
6. Tiempo empleado:							
7. Tiempo libre:							
8. Total del tiempo diario:							

	Lunes a viernes	Sábados	Total %
Tiempo empleado.			
Tiempo libre.			
Total del tiempo			

Reflexionando el tiempo

Imagínate que acudes al médico y éste te dice que te queda un mes de vida, en este mes que me queda de vida:

1. ¿De qué manera orientaría mi vida?

.....
.....
.....
.....

2. ¿Qué me hubiera gustado hacer?

.....
.....
.....
.....

3. ¿De qué me arrepiento?

.....
.....
.....
.....

4. ¿Cuáles son los actos más importantes que deje de hacer?

.....
.....
.....
.....

5. ¿A que me dedicaría en este mes de vida que me queda?

.....
.....
.....
.....

Reflexiona sobre esta frase: " No es grato morir cuando se siente que por la vida nada se ha hecho"

.....
.....
.....

Definición de metas a corto, a mediano y largo plazo

Anexo # 6

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

- Elementos básicos de funcionamiento
- Las terapias de la comunidad terapéutica
 - Terapia individual
 - Terapias grupales
 - Encuentro de la mañana
 - Terapia de grupo
 - Grupo de aquí y ahora
 - Grupo de liberación de sentimientos
 - Terapia de confrontación
 - Ronda de señalamiento
 - Grupo de confrontación especial
 - Confrontación de pares
 - La asamblea
 - Grupo de auto evaluación y feedback
 - Dinámica de afirmación
 - El relato de salida en la terapia de reinserción
 - El ritual de ingreso a la comunidad terapéutica
- Filosofía
- Etapas y objetivos de las CT

El operador de la comunidad terapéutica

FUNDAMENTO INSTITUCIONAL

- Defendemos la dignidad y la vida
- Se trata de un programa sin fines de lucro
- Es un programa abierto a todos, sin distinción raza, preferencia sexual e historial criminal.
- Es un programa terapéutico-educativo

- No se trata de un programa político
- Es una comunidad mixta integrada por exadictos y profesionales
- El grupo de terapeutas del programa se les exige disponibilidad en el servicio y profesionalidad en la intervención y no se discrimina a ninguno por sus ideas políticas o religiosas
- El programa rechaza cualquier tipo de violencia
- Todo el proceso terapéutico es voluntario
- Es un programa no confesional

LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

La Comunidad Terapéutica, es un programa con eficacia científica comprobada en varios países del mundo que ofrece un sistema de apoyo constante para la formulación y ejecución de un nuevo plan de vida para cada individuo.

La comunidad terapéutica para la adicción recibe influencias de varias fuentes, tanto antiguas como recientes. El término comunidad terapéutica es moderno y fue utilizado por primera vez para describir a las comunidades terapéuticas psiquiátricas que nacieron en el Reino Unido durante los años 40's del siglo pasado, las cuales fueron propuestas y llevadas a la práctica por Jones (1953) y otros profesionales pioneros en el reino unido. Este movimiento se consideró la tercera revolución en psiquiatría porque hubo una transformación en la práctica de las terapias individuales, en la utilización de métodos grupales, así como en las actividades laborales y de responsabilidades que corresponde a cada usuario.

Elementos básicos de la comunidad terapéutica

1. Es inherente a la esencia misma de la CT la existencia de un sistema de presión artificial.
2. Esta presión obedece a un propósito fundamental activar la patología del adicto en tratamiento (derribar sus mecanismos de defensa).
3. Esta presión es tolerada voluntariamente por el residente lo que quiere decir que el mismo está en completa libertad de decidir si tolera o no dicho sistema de presión.

Características de las comunidades terapéuticas

1. Ponen el énfasis en los aspectos psicológicos del farmacodependiente exigiéndole a este responsabilizarse de sus afectos y comportamientos. Sin desconocer también la importancia de los factores familiares, sociales y económicos pero los cuales para efectos de sus relaciones Interpersonales de menos importancia.

2. Poseen espacios destinados al desarrollo de habilidades sociales para fomentar la relación interpersonal y en los espacios de tiempo libre los residentes no pueden aislarse, sino que deben hablar de si mismos y conocer a los demás compañeros
3. Su método de intervención es la confrontación directa.
4. Manejan como principio fundamental el de ser un grupo de autoayuda.
5. Existen unos roles y unas jerarquías muy bien definidas, con una estructura de actividades laborales, terapéuticas y educativas.
6. Tienen espacios terapéuticos destinados a la expresión de emociones hostiles hacia cualquier miembro de la comunidad, igualmente has espacios grupales e individuales para el trabajo terapéutico educativo de problemáticas y de conflictos emocionales.
7. Aceptación de algunos principios psicodinámicos generales que implican:
 - En primer lugar, que determinados síntomas como la ansiedad, depresión o trastornos conductuales (delincuencia, conductas autodestructiva) son la expresión externa de conflictos y tensiones internas derivadas de las relaciones con los demás.
 - En segundo lugar los terapeutas psicodinámicos posibilitan los procesos de aprendizajes durante el cual el paciente aprende sobre si mismo y sobre los demás y como objetivo educativo que el paciente adopte un papel activo.
 - En tercer lugar existe la creencia que todos los miembros de la comunidad terapéutica son iguales en lo humano y lo psicológico. Se debe de tratar a los demás como a uno le gustaría ser tratado.
 - No se maneja al adicto como paciente sino como un agente protagonista de su propio proceso de recuperación y del de sus compañeros (as).
 - Ofrecen un espacio para tomar decisiones en publico (asamblea) lo mismo que grupos de retroalimentación (feedback)
 - La interacción grupal y la presión artificial busca responsabilizar al farmacodependiente de las consecuencias individuales y sociales de su comportamiento y simultáneamente movilizar sus conflictos para que al ser evidente sean identificados y abordados terapéuticamente.
 - Tienen una normatividad estricta y un código de valores.
 - La elección y permanencia en programa es siempre decisión voluntaria del adicto.

- En general no admite personas bajo efectos de sustancias psicoactivas que alteren el estado de vigilia, excepción hecha en muy pocos casos, bajo asesoría y prescripción médica psiquiátrica.
- No se producen curaciones milagrosas, la sanación debe ser del esfuerzo del propio residente. Ver tesis sobre estudio comparativo de tres comunidades terapéuticas estudiadas

Tipos de comunidad terapéutica

Se clasifican de la siguiente manera:

1. Una primera gran división la constituyen las comunidades terapéuticas públicas y privadas, están clasificadas basadas en cual es el ente propietario de la institución, no exige mucha explicación.
2. Considerando donde están ubicadas, hay comunidades terapéuticas urbanas y rurales.
3. Tomando en cuenta por quienes están operadas, se dividen en comunidades terapéuticas profesionales, exadictos y mixtas. Históricamente las comunidades fueron fundadas por adictos rehabilitados, quienes eran totalmente responsables de su funcionamiento. Más adelante en algunas de ellas se fueron incorporando profesionales diferentes especialidades y así aparecieron las comunidades terapéuticas mixtas.

Otra clasificación clásica es la comunidad terapéutica religiosa y no religiosa según incluyan o no dentro de sus valores fundamentales un determinado orden religioso.

Teniendo en cuenta que es muy complicado definir todos los aspectos incluidos en el Programa Base, así como las teorías que los sustentan, intentaremos definir en este apartado las ideas básicas.

Partiendo de la base de que la drogadicción es un problema complejo, que amerita de un equipo multidisciplinario y de un abordaje integral, Proyecto Hombre Castilla-La Mancha diseña en su Programa Base un modelo de intervención terapéutico-educativo.

Pretende crear en los centros un ambiente basado en la filosofía de la autoayuda y en una ética de solidaridad comunitaria. El objetivo principal es promover un proceso de desarrollo personal a través de una interacción social que tiende a la autonomía.

En cuanto a las teorías psicológicas que están como sustrato teórico para fundamentar este programa son varias (Teorías del Aprendizaje y Aprendizaje Social, Teoría de la Gestalt, la Psicología Cognitivo-Conductual, la Psicología Dialéctica así como la Humanista) y la gran mayoría tienen aspectos más o menos amplios que resultan útiles, destacando que no hay ninguna que sirva de referencia única, sino que en el desarrollo práctico del día a día se realizan

intervenciones que utilizan una gran variedad de supuestos teóricos, a veces de modo ecléctico para adaptarse a los casos concretos.

A lo largo del proceso buscamos que el usuario obtenga un aprendizaje pragmático, ayudándole a marcarse objetivos para buscar soluciones concretas a problemas concretos.

Es importante señalar la atención que se ofrece a las familias de los usuarios, que voluntariamente deciden participar en el proceso. Este apoyo se realiza a lo largo de todo el programa desde una orientación Sistémica, además de las teorías anteriormente señaladas.

A continuación presentaremos un ejemplo de Organización de Comunidad terapéutica.

Los progresos de llaman fases estas se realizan en régimen residencial dependiendo de la evolución y las necesidades de los (as) usuarios. Los primeros meses suele ser residencial y según se aproxima a su finalización va convirtiéndose en semiresidencial.

La duración aproximada es de unos 10 meses; El objetivo general de este programa es facilitar y promover el crecimiento personal.

Organización de la comunidad terapéutica

La CT. Está estructurada como en muchas organizaciones de muchas personas de forma piramidal ya que si no, sería muy complicado si todos nos dirigiéramos a todos ante cualquier conflicto o duda a resolver. Ante lo cual, en la parte más alta está el director y a partir de este cada uno de los terapeutas que reparte los sectores en que se divide el trabajo de la casa (cocina, recepción, Jardín/huerta, reparación y mantenimiento). En la medida de lo posible la casa intenta autoabastecerse, en el sentido de no recurrir a profesionales de fuera siempre que el trabajo lo podamos realizar nosotros mismos.

Explicar que en cada uno de los sectores trabajan los siguientes roles:

DESPRENDIMIENTO GRADUAL - ANCIANO

CONSOLIDACIÓN - SUPERVISOR

ELABORACIÓN - RESPONSABLE

IDENTIFICACIÓN - TRABAJADORES

MOTIVACIÓN - TRABAJADOR

De esta forma cada uno de los roles debería dirigirse al rol superior ante cualquier duda o consulta y el último al supervisor de día para dirigirse al equipo terapéutico.

Además de estos roles está el de la ultima etapa dentro del Rol de ANCIANO, al que se pasa después del Supervisor y que participa activamente pero prioriza sus necesidades.

De esta manera el supervisor prepara cada día una hoja de trabajo, que presenta al terapeuta de su sector y si recibe el visto bueno de este, lleva a cabo al día siguiente. El responsable es quien irá dando instrucciones o direcciones a los trabajadores y a la gente de motivación. Estos últimos no deben quedarse solos por lo que siempre habrá alguien del sector acompañándoles para que vayan hablando de lo que les preocupa. Para cumplir con esto, a primera hora de la mañana se toman objetivos a cada una de las personas que pertenecen al sector y se revisan a última hora.

También a última hora de la tarde se hace un grupo de valoración del día (Objetivos del día de cada uno de los usuarios y cumplimiento de la hoja de trabajo) para ver si ha salido la hoja de trabajo y como queda el sector.

Tras esta reunión se juntaran los supervisores con el terapeuta de día (va rotando) y le darán cuentas de cómo han salido cada una de sus hojas de trabajo, así como el supervisor de día (también rota cada día) para explicarle como está la casa.

Terapias de la Comunidad terapéutica

Dinámica de la terapia individual

Esta terapia se instala como tal, en el momento en el que le residente en tratamiento articula un pedido o una demanda de escucha al terapeuta que puede aparecer bajo la forma de la pregunta, la queja, la expresión de sentimientos y el pedido de ayuda o la búsqueda de alternativas para una problemática en particular.

Hay múltiples razones de los porque se demanda un lugar de escucha pero lo que es seguro es que tras estos eventos se necesita una serie de condiciones tanto del que habla como del que escucha.

De quien habla, se exige claridad en su expresión, compromiso con la palabra dicha y responsabilidad con aquello que verbaliza bien sea como experiencia, conocimiento, preocupación, sufrimiento, saber porque dichos descubrimientos serán la base de su reflexión existencial y su posibilidad de cambio, con relación aquellas áreas de su ser biopsicosociocultural que ha sido afectado por la adicción a sustancias psicoactivas.

De quien escucha, se exige una escucha atenta que recoja la intención de quien habla, teniendo en cuenta que detrás de cada expresión existe un contenido manifiesto y otro latente.

El contenido manifiesto es aquel que aparece como un encadenamiento de palabras, o como un dicho o enunciación consciente que se traduce en el término de sentido.

Muchas veces tanto el contenido latente da cuenta del contenido inconsciente que es aquello que no se explica como tal, sino que aparece velado, pero que da sentido, que completa lo hablado en términos de palabras o sea es eso que determina y de lo cual hay que hacer construcción como devolución, intervención, señalamiento o interpretación. Otro factor que debe tener en cuenta quien

escucha es la ética en el manejo de esos mensajes que recibe, es un espacio de intimidad que exige un sigilo que no debe reñir con la circularidad de la comunicación que existe en comunidad terapéutica.

También es importante que el espacio de palabra este siempre abierta de ambos lados (residentes - operador) pues es condición para su existencia, el encuentro y los pactos que lo rigen como tal.

La terapia individual debe resumirse en un plan de trabajo que es el compromiso que se establece entre residentes y terapeutas para el logro de metas propuestas, exigiendo al residente, el seguimiento de las alternativas descubiertos o propuestos en el espacio terapéutico y al terapeuta el apoyo para que el plan de trabajo llegue a su cumplimiento.

Terapias grupales

La formación de grupos es parte del proceso de socialización de toda persona influyendo en su aprendizaje a nivel intelectual, cultural y emocional.

En las relaciones mencionadas, el experimenta el influjo de una persona o del grupo en total y se desencadenan de una manera voluntaria y automática una serie de comportamientos valiosos que deben ser tenidos en cuenta.

Dentro de nuestra comunidad terapéutica las terapias grupales son un instrumento terapéutico valioso porque fomentan un espacio de ritualización importante para la cohesión grupal dándole sentido a experiencia y sirviendo de telón de fondo a los acontecimientos que llevan a cambios o modificaciones tanto individuales como grupales.

Uno de los aspectos más importantes dentro de un grupo es que sus miembros sean dinámicos y flexibles, con características de acción, interacción y transformación de acuerdo con sus necesidades. Dentro de estos grupos se ubica nuestra comunidad terapéutica cuyo modelo de intervención utiliza varias modalidades de trabajo grupal, entre ellos tenemos encuentro de la mañana, terapia de grupo, grupo aquí y ahora, liberación de sentimientos, dinámica de afirmación y terapia de confrontación.

Encuentro de la mañana

- filosofía
- exhortación
- experiencia educativa
- expresión de sentimiento y reconocimientos
- mensaje
- agenda

- pautas generales
- tiempo de duración aproximadamente de una hora
- el grupo debe de iniciarse únicamente cuando los residentes ocupen sus asientos en un círculo bien formado y se perciba una absoluta disposición de escucha atenta y de receptividad.
- Luego de haber recitado la filosofía, el grupo guarda silencio, es el facilitador quien toma la palabra haciendo una exhortación, (invitación, llamado, predica) sobre un tema de interés comunitario (resaltar valores, exaltar la importancia de los grupos terapéuticos, reflexión acerca del momento que atraviesa el grupo con el propósito de generar cuestionamientos que motiven el trabajo terapéutico y modificación de actitudes y compromisos.
- El recordatorio de “ayudas”, busca que el residente encuentre el significado a la ayuda terapéutica y comunique al grupo que ha aprendido de ella y para que le ha servido, igualmente algunos residentes cumplen con sus ayudas o experiencias educativas frente al grupo.
- La expresión de sentimientos debe de ser voluntaria, el facilitador puede hacer varias rondas dando la palabra a los residentes para que compartan su sentir indistintamente (sentimientos de dolor, amor, alegría, tristeza, gratitud, solidaridad, apoyo).
- Es importante tener en cuenta que la dinámica grupal va de mayor a menor, tensión terapéutica, la primera intervención del facilitador y el recordatorio de ayuda y si es necesario algunas confrontaciones directas a uno o varios miembros del staff, apuntan a establecer un ambiente de tensión terapéutica que haga sentir la seriedad del grupo y promueva la reflexión sobre el funcionamiento individual y comunitario, los demás momentos favorecen la disminución gradual de la tensión y buscan establecer un ambiente de camaradería y motivación que disponga que la actividades del día.
- Cuando existen situaciones graves en la comunidad, el operador puede conducir, el grupo de tal manera que quede cuestionado y alerta suspendiendo la segunda parte del encuentro
- El espacio de intervención del facilitador y otros miembros del staff, esta dirigido a enfatizar y recoger los elementos importantes que hayan aparecido en la expresión de sentimientos o en el espacio en que se cumplen “ayudas”, el facilitador puede dar la palabra a algún otro miembro del staff o a un residente avanzado quien hará su intervención en este mismo sentido.

- Con los comentarios sobre la frase del día se busca ofrecer un espacio de reflexión, donde el residente pueda a partir de una frase propuesta encontrar diversos sentidos relacionados con su situación personal y su realidad terapéutica o social.
- En la lectura del plan de trabajo, se pretende informar al grupo de manera general, las actividades del diario vivir sin entrar en detalles innecesarios y resaltar las actividades terapéuticas del día y otros acontecimientos importantes.
- En el espacio para compartir sentimientos no se deben permitir expresiones de sentimientos agresivos hacia algún miembro del grupo, estos deberán ser trabajados en otros espacios de la comunidad terapéutica. Es conveniente dar la palabra a quienes participan poco en la cotidianidad y se atreven a socializar sus sentimientos, el número de usuarios que exprese sentimientos debe tener en cuenta también la coyuntura que vive la casa y debe permitir igualmente que se realice las otras secciones del encuentro de la mañana.
- Nombrar la segunda parte significativa que la tensión terapéutica disminuye y el grupo puede disponerse a compartir un espacio lúdico, humorístico, artístico y creativo que motive a continuar con otras labores y que posibilite la utilización y promoción de talento del usuario.
- El noticiero es el espacio informativo del hogar en el que rescatan acontecimientos significativos o importantes dándole un carácter humorístico y a la vez terapéutico sin pasar los límites del respeto al otro. Debe contar con un nombre, unos patrocinadores, dos locutores y debe estar dividido en una parte de noticias generales y otras de deporte que compete al ambiente interno del hogar, la región, el país o el mundo. El noticiero puede ser una herramienta terapéutica para aquellos residentes que teniendo habilidades se inhiben de expresarlo ante el grupo y educativo en tanto brinda elementos de reflexión y de crecimiento intelectual. Este espacio también puede ser utilizado para informar al grupo: ascensos, evaluaciones de etapa, cumpleaños, o logros significativos de cualquier miembro de la familia.
- Las poesías, cuentos breves, dinámicas y socio dramas deben contener mensajes terapéuticos y contractivos, es importante introducir en esta sección algún bíblico que permita ver la aplicación de la palabra de Dios a la cotidianidad y al proceso de recuperación.
- Por ningún motivo debe permitirse improvisaciones en las actividades de la segunda parte, en caso de no estar preparados con antelación es mejor no realizarlas, la irresponsabilidad de los encargados de esta parte del encuentro de la mañana será intervenida en un espacio de confrontación.

- El encuentro de la mañana se cierra con la intervención de los dos observadores los cuales deben elegirse en privado antes de iniciar el grupo, preferiblemente residentes de tercera fase con capacidad de observación y análisis del funcionamiento grupal durante el encuentro.

Terapia de grupo

Es un espacio de consejería grupal, donde el residente pone en palabras las situaciones problemas o conflictos que lo afectan en la actualidad y que están directamente relacionados con su historia personal. Tiene una finalidad terapéutica en tanto busca una moderación del sufrimiento y un cambio en el comportamiento del sujeto. El residente en este grupo recibe alternativas de sus compañeros, los cuales deberán apuntar a producir un efecto de cuestionamiento y reflexión antes de entrar a resolver el problema, le hagan pensar posibilidades de solución y lo lleven a asumir una posición responsable frente a aquello que lo hace sufrir. De esta experiencia surge también material valioso que podrá ser articulado el plan de tratamiento del residente.

Objetivo

- Concretizar al residente de la responsabilidad con la realidad que le hace sufrir para que tome una posición frente a su existencia.
- Favorecer la verbalización de tal manera que el residente que expone pueda aliviar su angustia, nombrar lo que le pasa, para que pueda elaborar su problemática y entienda su manera particular de ver la vida.
- Crear condiciones de análisis que permitan al grupo tener claridad de las problemáticas de los compañeros y de la farmacodependencia en general.
- Mejorar la conductas social del residente para posibilitar si convivencia, el autoconocimiento y reforzar la confianza en si mismo y en los otros.

Procedimiento

- Se divide el grupo en subgrupos de 8 a 12 personas residentes incluyendo el facilitador y co facilitador.
- Disposición circular y atmosfera afectiva terapéutica
- Breve exhortación acerca de la importancia de verbalizar los sentires de exponer aquellos que nos han causado dolor en la historia personal.
- Breve invocación u oración según cada institución.
- Se abre el grupo nombrado: esta es una terapia de grupo. , luego el facilitador puede preguntar ¿Quién necesita del grupo?, ¿quién quiere hablar de sí mismo? Y se da la palabra en orden de prioridad terapéutica.

- El residente que toma la palabra debe disponer de un tiempo suficiente para verbalizar lo que le pasa sin que sea interrumpido, dejando claro al final de su exposición que le preocupa y que ayuda quiere recibir del grupo.
- Si la problemática no aparece suficientemente clara el facilitador puede dar la palabra al grupo para que haga pregunta de sondeo en torno al problema.
- El facilitador autoriza al grupo a dar alternativa sobre la situación expresada.
- El residente que expuso permanece en silencio en una actitud de apertura y de escucha atenta mirando a quien le habla.
- El facilitador interviene finalmente retomando las alternativas dadas por el grupo, precisando algunas de ellas o si lo considera necesario dando su propia alternativa, así mismo, el facilitador puede guardar silencio y cerrar preguntando al residente como se siente y con que se compromete en relación con su plan de trabajo.
- Los residentes que utilicen la terapia de grupo, deben pensar por escrito sus exposiciones para ser incluidos en su record.
- Por ultimo se evalúa al grupo preguntándole a sus miembros ¿Cómo salen del grupo?

Funciones del facilitador

- Crear un clima de tensión terapéutica en el grupo que muestre la dimensión de la seriedad de la terapia y que favorezca la apertura y exposición de los residentes.
- Introducir en la dinámica de la terapia.
- Invitar al exponente a que hable y al grupo a que sea receptivo a la situación que este requiere dar a conocer.
- Escuchar la problemática del exponente y dar la palabra permitiendo la participación activa de los integrantes.
- Controlar las situaciones grupales si es necesario el manejo de la palabra y el orden de las intervenciones.
- Verificar el registro escrito hecho por el residente una vez terminado el grupo.

Funciones del co-facilitador

- Servir de reserva al facilitador en caso de que este tenga alguna dificultad en el manejo de la terapia.
- Apoyar y enriquecer las intervenciones del facilitador en caso necesario.
- Asumir la dirección del grupo en casos extremos

- Cumplir las funciones de observador, teniendo en cuenta:
- La percepción y receptividad del grupo ante las situaciones planteadas y los exponentes y el juicio de realidad que hace de ellas.
- La capacidad del grupo para mantenerse atento, el sentido de compromiso y solidaridad con el exponente; elementos que nos permiten ver si los participantes se brindan seguridad y confianza y calidad del apoyo que el grupo proporciona al exponente.
- Como se dieron y operaron; la presión del grupo, los reforzamientos y las apreciaciones que el grupo hizo.

Pautas generales

- Número máximo de doce personas, en lo que posible deben ser los mismos en cada sesión.
- Composición del grupo: facilitador, co-facilitador, grupos bajos, grupos altos, y residentes de la tercera fase que conforman el equipo clínico de los hogares, también pueden participar profesionales o egresados del programa que laboren en ellos.
- Tiempo: si bien es cierto que hay un tiempo promedio de 20 y 40 mínimo por exposición, es importante reconocer que dichos tiempos varía de acuerdo con la dinámica particular de cada grupo y sesión.
- Selección de exponentes: para determinar la aptitud del residente el grupo clínico necesita recolectar previamente una gran cantidad de datos que solo puedan obtenerse mediante terapias individuales y entrevistas de indagación que proporcionan elementos que le sirven para hacer la selección entre ellos tenemos los siguientes:
 - Determinar la capacidad de tolerancia del expositor frente al grado de malestar que podrá producirle las situaciones expuestas e igualmente mirar el grado de ansiedad que le genera figuras de autoridad y el grupo en general.
 - Examinar las situaciones que viene reprimiendo el residente la conciencia que tiene de estos y la amenaza que puede representar para el en lo personal y grupal.
 - Evaluar el grado de depresión del residente que expondrá pues dicho estado puede agravarse e incidir de diferentes maneras en él mismo o en el grupo.
 - Analizar los mecanismos de defensas que utiliza el residente ya que pueden convertirse en un obstáculo para que el pueda ser receptivo a la valoración y percepción que el grupo hace de su situación.

- Tener en cuenta las relaciones de empatía y valoración que el residente tiene de los participantes del grupo en general, porque esto influye de manera directa en los efectos terapéuticos.
- El residente recurre a una terapia de grupo cuando tiene una situación que le perturba o le preocupa y que quiere comunicarla al grupo con el fin de recibir alternativas. La problemática a exponer debió haber sido reflexionada por el residente y opcionalmente clarificada con otros residentes o el tutor respetándosele el modo de expresarlos y el tema elegido por él.
- El tiempo con el que cuenta cada residente para exponer su problemática y recibir alternativas es de 30 a 40 minutos en este lapso, debe de privilegiarse la verbalización del expositor procurando no interrumpir su discurso, soportando y esperando en los momentos de silencio con el fin de que continúe hablando para que clarifique y profundice sobre aquello que quiere decir.
- El propósito de las alternativas no es necesariamente el de resolver o solucionar el problema del residente mas bien lo que se busca es mostrarle otros caminos de comprensión del problema para que los tenga en cuenta, los piense, analice y aborde desde otras perspectivas con el fin de encontrar posibilidades resolución distintos a las comúnmente adaptadas que le permiten tomar decisiones propias y autónomas de los que pueda responsabilizarse él mismo y evitar así responsabilizar al otro de sus problemas. Tanto en este como en otros grupos deberá haber confidencialidad absoluta.

Grupo aquí y ahora

Definición.

Se encuentra enmarcado dentro de lo que se conoce como terapia de realidad. Es un espacio terapéutico donde el residente puede hablar de cualquier situación que le genere conflicto o malestar y que tenga que ver con el momento presente.

Su diferencia con la terapia de grupo está en que si bien si situación actual está relacionada con su pasado, no se hace énfasis en el, sino que la intervención se centra en la realidad inmediata teniendo en cuenta como se encuentra la persona aquí y ahora, las alternativas que se dan debe también estar ajustadas a la realidad actual del residente y no remitirse a otra situaciones del pasado, deben además enfatizar en la responsabilidad individual.

Procedimientos

El grupo se divide en subgrupos de 8^a 1 residentes, incluidos el facilitador y el co-facilitador.

Disposición circular

- El facilitador abre el grupo nombrándole: Este es el grupo aquí y ahora seguidamente pregunta: Quien necesita el grupo. Y se da la palabra en orden de prioridad terapéutica.
- El grupo escucha sin intervenir. Antes de pasar a ofrecer alternativas, el facilitador debe aclarar que lo que el residente expone le preocupa y que ayuda quiere recibir del grupo.
- Quien expuso guarda silencio, debe adoptar una actitud de apertura y escucha frente a las alternativas que cada uno de los miembros del grupo le da mirándolo de frente.
- El facilitador puede hacer su intervención, retomando las ayudas del grupo, dando una ayuda diferente, o no agregando nada positivo finalmente, debe preguntarle al residente como se siente y a que se compromete en relación con su problema para articularlo posteriormente a su plan de trabajo.
- El facilitador continua dando la palabra a cada uno de los miembros del grupo para evaluar aquí ahora es decir su momento actual.
- Finalmente, el facilitador concede la palabra al cofacilitador quien hace además las veces de observador para que evalúe o resalte de manera sintética los elementos importantes que aparecieron en el grupo.

Anotaciones.

Este grupo terapéutico, si bien, todos deben evaluar su aquí y ahora, el facilitador solo autoriza al grupo para dar alternativas, en aquellos casos que lo ameriten, es por eso que la pregunta ¿Quién necesita el grupo? Determina la prioridad de las intervenciones.(3 a 5) limitándose en los demás casos a escuchar la evaluación del residente una vez terminando el grupo los residentes que expusieron problemáticas y recibieron alternativas deben pasarla y escritas para ser incluidas en el record.

Duración del grupo 40 minutos aproximadamente.

Grupo de liberación de sentimiento

Es un grupo terapéutico que opera bajo la modalidad de confrontación en el que se expresan las emociones y sentimientos agresivos hacia algún o algunos miembros de la comunidad.

Lo que se pretende en este espacio es que el residente desaloje el acumulo de sentimientos hostiles represados durante la convivencia cotidianas negativas que no son más que actualizaciones de sentimientos reprimidos en el pasado mediante una dinámica catártica luego de la cual sea posible pensar en las causas de su emoción de sus sentimientos que se encuentran

asociados con su historia de vida, Para que de esta manera amplíe el conocimiento de si mismo y pueda sobrevivir y sobrellevar mejor sus desniveles emocionales en su proceso terapéutico.

En este sentido la liberación de sentimientos se articula a otros grupos, en tanto puede promover al residente de material terapéutico susceptible de ser llevado a otros espacios comunitario como la terapia de grupo, el aquí y el ahora, la terapia individual y la consulta Psicológica.

Justificacion

Durante la vida del farmacodependiente se ha venido acumulando una serie de sentimientos negativos y de agresión que generalmente ha ignorado, ocultado o simplemente no ha sido capaz de expresar adecuadamente y cualquier limitante de su personalidad o del entorno en el que ha crecido o vivido.

Dichos sentimientos represados o enmascarados bajo mecanismos de defensa, se constituyen en uno de los mayores escollos de la dinámica emocional para desarrollar o expandir los verdaderos sentimientos del residente; en otras palabras, son una coraza que dificulta lo emocional y las relaciones interpersonales.

Se observa en la experiencia de la CT que a medida que el residente avanza y va despojándose de estos sentimientos negativos va encontrándose a si mismo y empiezan a emerger en el las cualidades y sentimientos que desconocía o que si alguna vez percibió fue incapaz de reconocerlo y sentirlos como suyos en toda su autenticidad, riqueza y potencialidad.

En este sentido, la convivencia y la interacción cotidiana en la CT va desencadenando situaciones que actualizan o activan estos núcleos de sentimientos, represados, los cuales van desmontándose y siendo liberados por el residente cada vez que participa activamente en este, o en otros espacios del engranaje terapéutico.

Objetivo general.

Liberar los sentimientos represados en la historia actual y pasada del residente, con el propósito de fomentar el autoconocimiento, el autoanálisis, el autocontrol y el despliegue de todo su potencial como ser humano.

Objetivos específicos

- Fomentar el desarrollo de la asertividad y el control de las emociones en el residente.
- Reducir el estrés y las diversas tensiones propias de la comunidad terapéutica, con el propósito de mantener la homeostasis emocional y afectiva tanto individual como grupal (válvula de seguridad de la comunidad terapéutica).
- Regular el ejercicio del poder y evitar el autoritarismo en la comunidad terapéutica.
- Abrir un espacio para el ejercicio de la tolerancia y reconciliación.

Reglas básicas

- Escuchar activamente al residente que dinamiza sus sentimientos.
- Confidencialidad estricta antes y después del grupo.
- Quien interviene y expresa sus sentimientos tiene siempre en cuenta su responsabilidad individual: Yo expreso, yo asumo, yo siento.
- Permanecer sentado durante el tiempo en el cual se desarrolle la terapia.
- No se permiten ataques a la dignidad personal (raza, género, religión, condición social, filiación, orientación sexual, hecho criminal)
- No se permite violencia física, ni amenazas de agresión física.
- No se permite portar objetos en las manos de los participantes.
- No interferir la expresión de sentimientos del residente al menos que incumpla las reglas de respeto y no agresión verbal o física.

Procedimiento

- Disposición circular, un banco o un tronco en el centro.
- Se abre el grupo nombrándolo: Este es el grupo de expresión de sentimientos.
- Se recuerda el propósito del grupo, haciendo énfasis en el respeto y la no agresión al otro.
- El facilitador pregunta al grupo ¿Quién tiene sentimientos para liberar? Dando la oportunidad a quienes hayan solicitado su participación a través de las quejas.
- El residente que va a liberar pasa al centro y desde ahí expresa sus sentimientos.
- El facilitador debe procurar que el residente exprese completamente el sentimiento, permitir que se tome su tiempo, con su actitud lo motiva a ello.
- Cuando el residente termina se le pregunta como se siente, si hay malestar se le reabre el espacio para que continúe liberando.
- El facilitador pregunta de nuevo al residente como se siente.
- El facilitador puede preguntarle al residente si quiere una respuesta de la o las personas que recibieron la liberación.
- Si acepta su respuesta, el facilitador debe advertirle a quien le va a dar que este sea concreta, referida a lo que reconoce de lo que le expresaron y teniendo en cuenta no expresarse de tal forma que cargue nuevamente al residente que liberó.

- Luego de la repuesta, el residente pasa al puesto y continúa el siguiente en la liberación de sentimientos.
- El facilitador evalúa el grupo preguntándole a sus miembros ¿Cómo salen del grupo?

Pautas generales

Aquí no existen jerarquías, todos los miembros de la familia se encuentran en un plano horizontal y se respetan los sentimientos del residente, al tiempo que le brinda un espacio seguro y se establecen límites para sentir y expresar su agresividad y emotividad, tan solo hay un facilitador y un co-facilitador.

El procedimiento debe ser dinámico y lo más importante en él es la efervescencia de los sentimientos su catarsis.

Se enfatiza en los sentimientos más intensos.

El grupo debe ser heterogéneo y estar conformado por no más de 15 integrantes previamente seleccionados y distribuidos de tal manera que quienes se vayan a confrontar se encuentren en el grupo.

Para la participación de este grupo los residentes utilizan pequeños formatos en los que solicitan su intervención en la dinámica y nombran a la persona frente a la cual desean expresar sus sentimientos, igualmente dan un nombre al sentimiento que experimentan y desean expresar. No participa quien no haya hecho la solicitud previamente.

Integrantes del equipo clínico diseñaron la configuración del grupo y lo menos con doce horas con anticipación y proporcionan conocimiento de la familia tal distribución antes de iniciar la terapia.

El grupo debe quedar abierto ya que en ocasiones un mismo residente puede ser solicitado en más de un grupo.

La actividad se cierra con una buena intervención de cada residente evaluando como sale del grupo.

Terminando el grupo el facilitador y el co-facilitador, se reúnen con los miembros del equipo clínico que asistieron a la sesión para evaluar lo ocurrido en ella.

Funciones del facilitador

- Abre y cierra la dinámica.
- Coordina la intervención de los residentes.
- Hace cumplir los lineamientos teóricos de la terapia.
- Fomenta la expresión intensa de los participantes.

Funciones del co-facilitador

- Apoya al facilitador en caso de necesidad.
- Asumir la coordinación del grupo en casos extremos.
- Registrar una vez terminada la sesión, los eventos más importantes ocurridos en el grupo.

TERAPIA DE CONFRONTACION

Confrontar es ponerse delante del otro y lanzarle una intervención de lo que se percibe de su realidad para que con ese saber y sus efectos decide qué hacer con su vida.

La confrontación es una técnica para el moldeamiento de comportamiento que caracteriza la forma intervención de la comunidad terapéutica con eso se hace en llamado de atención enérgico al residente señalando y rechazando sus actitudes y comportamientos irresponsables que atentan contra la estabilidad del grupo o contra el residente mismo, pues en la dinámica de CT los comportamientos del residentes repercuten socialmente en los otros quienes se convierten en espejos que lo posibilitan, entre otros aspectos, reconocer cuando los actos son inadecuados o irresponsables.

Objetivos

- Crear conciencia en el grupo la importancia que tiene la participación de toda la familia de la CT en el proceso de crecimiento de los compañeros confrontados.
- Lograr que el individuo adquiera control, serenidad, trascendencia y capacidad de enfrentar con responsabilidad las implicaciones de sus actos.
- Fortalecer el compromiso del residente en el proceso terapéutico y con su vida. Servir dos recursos educativos ya que constituye un espacio de trasmisión de normas, pautas y valores.
- Detectar y romper identificaciones negativas que entorpecen la dinámica grupal y el crecimiento personal.
- Servir de espacio de entretenimiento en el manejo de la técnica de los futuros facilitadores.
- Lograr que el individuo sienta y reconozca las implicaciones individuales y sociales de sus actuaciones irresponsables.

RONDA DE SAÑALAMIENTOS

Señalar es llamar la atención del grupo hacia y personas diciéndole de manera verbal que ha ocurrido en fallas dentro de la CT.

La ronda de señalamientos es un espacio terapéutico donde se reúnen la mayoría de los miembros de hogar quienes uno por uno enuncian dos o tres fallas (transgredir a la norma o atentados a valores de la comunidad) observadas en los residentes con el propósito de sondear el nivel de compromisos grupal en torno al acatamiento de la norma, el ejercicio de los valores comunitarios y el grado de correctividad reciproca entre sus miembros, esta actividad permite detectar lideres, identificaciones y alianzas negativas.

La ronda de señalamiento puede conducir, aunque no necesariamente, a una confrontación directa de uno o más residentes ya que ante todo busca recoger elementos para planear futuras estrategias terapéuticas.

Objetivo

Sondear y fomentar el compromiso grupal y el grado de correctividad entre los miembros de la comunidad terapéutica.

Procedimiento

- Disposición circular.
- El facilitador abre el grupo nombrándolo: Esta es una ronda de señalamientos, seguidamente puede enfatizar la importancia de ser objetivo en las intervenciones.
- Se inicia la ronda pidiendo a cada residente que participa en el grupo que enumere dos o tres fallas percibidas entre el grupo.
- El cofacilitador toma nota de los señalamientos Que le hacen a los residentes.
- El facilitador y el cofacilitador, seleccionan los residentes a ser confrontados al finalizar la ronda
- Cuando la ronda de señalamientos conduce a una o varias confrontaciones el procedimiento es el siguiente:
 1. Se coloca un banco en el centro.
 2. El residente seleccionado pasa al banco.
 3. El facilitador lee las fallas del residente y le pide al grupo que las complemente, mientras tanto el cofacilitador toma la nota de ellas.
 4. Tres o cuatro personas una a una confrontan al residente.

5. El facilitador puede cerrar la confrontación con una intervención corta, recopilando lo dicho o agregando algo que falta o simplemente haciendo pasar al puesto y otro ocupa el banco.
6. El grupo termina cuando los residentes confrontados le dan las manos a sus compañeros y estos lo alientan a continuar en el tratamiento.

Anotaciones

- El grupo solo debe iniciarse cuando el círculo está bien formado y las personas estén en silencio y en disposición de iniciar el trabajo terapéutico.
- Los señalamientos deben estar relacionados con rasgos negativos o fallas cometidas por los residentes de la primera y segunda fase durante los últimos días.
- Deben ser objeto de señalamiento todos los residentes matriculados en el hogar estén o no presentes durante la realización del grupo. Cuando un residente amerita ser confrontado y se encuentra ausente del grupo el facilitador puede autorizar para que se le llame de su puesto del trabajo y asista al grupo de confrontación.
- El criterio de selección de los residentes a ser confrontados estará determinado y el peso de las fallas, el número de señalamientos que se le hacen a una persona o como una estrategia terapéutica. Es importante tener en cuenta que la confrontación es la ronda de señalamientos corresponde a un segundo grado de importancia en la escala de intervención la primera la constituye el grupo especial, tanto en subgrupos como con toda la casa 1 y la 3ra, la confrontación de pares, de ahí que el facilitador deberá tener la suficiente habilidad para determinar la pertinencia de la intervención en este grupo a su derivación a otro.
- El facilitador debe procurar, mediante su autoridad, que el residente ha de ser confrontado mantenga una actitud receptiva, mire de frente a quien le habla y guarde silencio durante toda la intervención. El facilitador no debe dar la palabra al residente ni antes ni después de la intervención para mantener el efecto de cuestionamiento y evitar que utilice cualquier oportunidad para justificarse o racionalizar la confrontación.
- La confrontación debe ser ágil, vivas, en tono emotivo, fuerte, firme, directa su contenido debe apuntar a sendas de manera clara y concreta, las fallas en que incurrió el residente y su responsabilidad en ellas. Debe atacar el rasgo negativo no la persona, debe respetar la dignidad humana, mostrar la contradicción entre la recurrencia en las fallas y los propósitos por alcanzar en su tratamiento y especialmente abrir posibilidades de modificación.
- Quien confronta, recalca la falla, muestra la consecuencia e invita a un cambio de actitud.

- Duración aproximada hora y media

GRUPO DE CONFRONTACION ESPECIAL

Se utilizan cuando se presentan ciertos eventos o fallas graves dentro de la CT, como violencia verbal, entrada de droga, hurto.

Cuando esto ocurre el o los residentes involucrados en la situación deben ser enviados al espacio filosófico y un tiempo no mayor de dos horas durante el cual se planifica la intervención.

Esta medida le permite además al o a los residentes prepararse emocionalmente para el grupo, mejorando así su receptividad.

Dicha terapia debe ser autorizada y el director del hogar da a conocer en reunión a todos los miembros de la comunidad terapéutica.

Otra estrategia para no paralizar el funcionamiento de toda la casa consiste en realizar la intervención en un subgrupo diseñado pensando en las necesidades terapéuticas del residente (El grupo puede estar conformado por personas que influyan afectivamente en el confrontado o con las que se identifica de alguna manera)

La diferencia de esta Especial con respecto al procedimiento de las terapias de confrontación regulares radica en que se omite el paso de la ronda de señalamientos realizada en grupo.

Objetivo

- Facilitar el conocimiento grupal de la situación y la desaprobación explícita del comportamiento.
- Incrementar la conciencia terapéutica comunitaria.
- Realizar una intervención correctiva e imponer medidas disciplinarias con miras a la estabilización grupal (Control social).
- Ratificar el respeto a las normas.

Procedimiento

- El grupo especial tiene dos modalidades: con toda la casa reunida y en subgrupos.
- Como se realiza una terapia de confrontación con toda la casa el procedimiento puede ser como sigue:
 1. El equipo clínico selecciona previamente los residentes a confrontar, corrobora la veracidad de los hechos y planifica la intervención.
 2. Disposición circular.

3. Se invita a los residentes seleccionados a sentarse uno por uno en el banco ubicado en el centro del círculo para recibir la confrontación.
 4. El facilitador inicia la confrontación enfatizando brevemente la falla cuya veracidad ha sido previamente comprobada seguidamente solicita al grupo ayuda para los compañeros que están siendo confrontados y escoge a uno de ellos para que continúe la confrontación.
 5. El residente confrontado ubicado en el centro, debe mirar de frente a quien le habla y girar en su puesto cuando otra persona lo va a confrontar.
 6. El facilitador, si el grupo no lo hace, debe mostrarle al residente los recursos y posibilidades que tiene para modificar su conducta irresponsable, haciéndolo consciente de su responsabilidad individual y de su papel protagónico en su proceso de superación.
 7. Se le comunican al residente sus ayudas o experiencias educativas.
 8. Una vez confrontado el residente pasa en silencio a su puesto. Aquí hay que estar vigilante y no permitir la justicia de la falla por la cual se confronta.
 9. Se termina la terapia cuando el o los residentes confrontados le dan la mano a sus compañeros y estos lo animan a continuar adelante en su proceso terapéutico.
- Si la terapia de confrontación es en subgrupos. El procedimiento puede ser de la siguiente manera:
 1. Se comunica por tiempo no mayor de tres horas el residente de ser confrontado, en el espacio de reflexión.
 2. Se asigna a un miembro del staff para realizar la terapia. Este estudiará la situación, analizará el record clínico, el plan de tratamiento y diseñará la terapia (forma de llegar al residente, acompañantes en la sesión, experiencias educativas y ayudas a implementar, duración, hora, sitio de la casa, ritual, etc.).
 3. Se reúne el encargado de dirigir la sesión con sus acompañantes, dando las instrucciones necesarias para la confrontación.
 4. Disposición lineal del subgrupo.
 5. Se llama al residente y se le invita a sentarse frente al grupo que le confrontará.
 6. El facilitador cuestionara al residente acerca de su falla por ejemplo se le podría preguntar: Usted sabe por que esta aquí, cree que procedió correctamente, usted cree que su comportamiento es digno de su etapa, usted cree que así va a lograr ser un hombre nuevo.

7. Se comienza la confrontación formalmente en el tono y forma convenidos. En adelante el residente deberá guardar silencio.
8. Se le comunican sus ayudas o sus experiencias educativas.
9. Se cierra la sesión.

LINEAMIENTOS GENERALES EN LAS TERAPIAS DE CONFRONTACION

- Quien dirige la terapia de confrontación debe tener autoridad sobre el residente, además debe conocer suficientemente la historia de la persona confrontada, su plan de tratamiento y haber logrado el acercamiento afectivo necesario para que el residente asimile la confrontación.
- Es conveniente acentuar la seriedad y el carácter de ritual en este espacio.
- Según el perfil psicológico del residente se utiliza un tono enérgico normal o suave. No es necesario gritarle y mucho menos insultarlo o ultrajarlo verbalmente. (aquí todos deben respetarse sus derechos); hay que tener en cuenta que intervenciones inapropiadas pueden elevar sus resistencias y sus mecanismos de defensa, además en la historia de muchos adictos es común que en su infancia, sus padres fueron autoritarios, ultrajantes, ofensivos y rechazantes y en este sentido la estrategia debe cuidar entrar en el circuito de la repetición.
- Es conveniente durante la sesión enfatizar que la que se rechaza es el comportamiento irresponsable y no a la persona.
- El facilitador debe interrumpir a quien confronta si observa agresiones a la dignidad persona, o si percibe que el confrontado no está receptivo o asimilando la confrontación. En este caso analizara la situación y según su destreza y criterio decidirá si suspende la terapia o si cambia el estilo y la manera de llegar al residente.
- Siempre se debe tener en cuenta los objetivos de la terapia y toda la intervención debe articularse al plan del tratamiento terapéutico del residente.
- Debe haber confidencialidad estricta antes y después de la sesión. En este espacio no se ventilan problemáticas expuestas en terapias de grupos.
- Durante el discurso de la confrontación hay que hacer énfasis también en los recursos y fortalezas que posee el residente para superarse y modificar sus fallas.

CONFRONTACION DE PARES

Es un grupo terapéutico en el que se hace un llamado de atención de manera directa y en tono serio a uno o varios residentes que hayan incurrido repetidamente en fallas no graves dentro del hogar, a partir del establecimiento de una discusión que busca dejar sin soporte los argumentos y

justificaciones del confrontado con los que se encuentran en momentos cercanos del tratamiento con el fin de que reconozcan su error y asuman una actitud de cambio.

En esta dinámica se utiliza la presión de grupo para cuestionar y confrontar los comportamientos y actitudes negativas observadas por y en los residentes que se llevan no uno de dos o tres meses de diferencia en su permanencia en el proceso de tratamiento, en este grupo no se ventilan los sentimientos sino que se enfatiza en la responsabilidad individual del residente.

Objetivos

Confrontar la racionalizaciones y justificaciones que ha hecho el residente acerca de sus fallas (no graves) el la CT o fuera de ella.

Enseñar responsabilidad individual demostrando a través de la discusión los mecanismos de defensa del residente.

Procedimientos

- El staff se reúne y selecciona con anterioridad los residentes a ser confrontados (2 a 3 de acuerdo con la necesidad).
- Con una fila se reúne la comunidad y se conforman subgrupos de ocho a diez residentes, incluido el facilitador, pares del o los residentes a ser confrontados.
- Disposición circular.
- Se inicia el grupo nombrándolo: esta es una confrontación de pares. Seguidamente el facilitador puede resaltar la importancia de ser concretos, objetivos y veraces en la intervención también es útil recordar el objetivo del grupo.
- El residente seleccionado para la confrontación asume una actitud de apertura y escucha, no es necesario que se ubique en el centro del círculo, puede quedarse en el punto del círculo en el cual se encuentra la cual facilita la interlocución.
- El facilitador le aclara a la persona y el grupo por que esta siendo confrontado mediante la enunciación del repertorio conductual que constituyen las fallas y pidiéndole al grupo que la complemente y seleccionando una falla para iniciar la discusión.
- Al residente se le permite justificarse mientras le hace cualquier miembro del grupo puede rebatir sus excusas, generándose así una polémica que debe terminar con la aceptación de la falla por parte del confrontado.
- Una vez aceptada la falla y el confrontado expresa verbalmente su compromiso en la modificación de sus comportamientos, se pasa a confrontar e interpelar a otro de los residentes seleccionados.

- El grupo termina cuando los residentes confrontados le dan la mano a cada uno de los participantes y el grupo los alienta a seguir adelante en el tratamiento.

Pautas generales

Es el staff quien precisamente selecciona los residentes a ser confrontados de acuerdo con su funcionamiento en la CT. Esta selección puede ser producto de la ronda de señalamiento.

- Las fallas (faltas ala norma y valores de la CT) al intervenir deben ser reales,precisos y claros.
- Durante la discusión los miembros no tienen necesidad de pedir la palabra si no que la deben tomar de manera ordenada, hablando uno ala vez y respetando la intervención del otro, el facilitador por su parte debe estar atento y ejercer un control de situación cuando se requiera.
- El facilitador debe procurar que sea el mismo grupo quien cuestione, refute y confronte al residente, y no convertirse en el protagonista.
- En caso que el residente acepte su falla, inmediatamente se le deberá cuestionar su recurrencia en ella procurando que el confrontado hable del porqué de su transgresión continua a la norma.
- Lo que se busca en la discusión es desmontar la racionalización que utiliza el residente para excusar sus fallas ala norma hasta que quede sin recursos, argumentativos.
- En el caso de no aceptarse falla después que la discusión se haya extendido suficientemente, el residente pasa a su puesto y el facilitador le dice una vez terminado que se debe quedar en el espacio filosófico de reflexión y un tiempo no mayor de 1 hora para luego ser atendido en un espacio individual.
- Duración del grupo 40 a 60 min.

Función del facilitador

- Abre y cierra la dinámica
- Designa al residente a ser confrontado
- Modera el uso de la palabra. Si evalúa que es necesario
- Fomenta la presión y participación grupal
- Mantiene los lineamientos conceptuales de la terapia
- Interviene reforzando argumentos que confrontan y ubican al residente
- Funciones del cofacilitador
- Sirve de apoyo al facilitador

- Asumir la dirección del grupo en caso necesario
- Tomar nota de las fallas de los residentes confrontados y de los hechos relevantes durante la dinámica
- Observar los fenómenos grupales y participar en la evaluación, una vez finalizado el grupo.

GRUPO DE AUTO EVALUACIÓN Y FEEDBACK

Este grupo constituye en un espacio de retroalimentación personal en el cual, desde una visión objetiva y responsable el usuario reconoce sus logros y dificultades al mismo tiempo asume formalmente un compromiso concreto frente a su proceso de crecimiento personal. En este espacio además es posible que el grupo evalúe su participación y aportes a la comunidad.

Esta actividad se rige a los principios de autoayuda y ayuda mutua, en tanto los compañeros le devuelven a quien expone sus apreciaciones y juicios sobre su desempeño con el fin de motivarlo y comprometerlo con su trabajo.

Objetivos

1. Auto evaluar el trabajo personal en términos de logros, dificultades y compromisos con miras de determinar los aspectos a trabajar en los diferentes grupos terapéuticos.
2. Proporcionar retroalimentación personal que estimule el mejoramiento y sostenimiento de los logros y replanteamientos de las dificultades personales en los diversos ámbitos de desenvolvimiento humano.
3. Adquirir compromisos viables, verificables y concretos que le permitan al usuario responsabilizarse frente a su proceso.
4. Recibir por parte de los pares una visión honesta y responsable con respecto a los avances y desaciertos observados en el proceso.

Procedimiento

- Disposición circular
- Se nombra al grupo, este grupo es de auto evaluación y retroalimentación
- El facilitador introduce al grupo explicado la metodología y motivando en la -participación activa.
- En forma ordenada cada miembro evalúa logros y dificultades personales, observadas desde el último grupo de auto evaluación hasta la fecha. Finalizada su intervención, estableciendo un compromiso concreto para continuar su trabajo frente a lo expuesto

- Algunos miembros del grupo interviene frente al compañero que expuso señalándole logros y dificultades que este haya omitido o exhortándole para que fije su atención en determinado aspecto, puede felicitarlo y algún logro significativo o señalar algún elemento a mejorar o igualmente los residentes que retroalimenten al expositor terminan su aporte resaltando las cualidades y los atributos que ven en su compañero.
- Al finalizar la evaluación cada residente expresa como se siente y se cierra su intervención con un aplauso grupal.
- Dos miembros del grupo y el facilitador evalúan la terapia
- Se cierra el grupo agradeciendo la participación

Funciones del facilitador

- Abrir y cerrar el grupo
- Orientar el poder de la palabra
- Seleccionar los evaluadores del grupo
- Puntualizar y enfatizar cuando se requiere en algunos asuntos impedir de las -exposiciones individuales
- Seguir los lineamientos de la terapia e intervención cuando observe una desviación de su dinámica.

Funciones del cofacilitador

- Evaluar el grupo
- Servir de observador de la dinámica grupal y del facilitador
- Puntualizar y enfatizar cuando se requiere en algunos eventos importantes de la exposición individual
- Apoyar el facilitador del grupo
- Tomar la dirección del grupo en caso sea necesario
- Consignar por escrito lo expuesto por el residente y por el grupo

DINÁMICA DE AFIRMACIÓN

Esta consiste en la expresión afirmativa y reiterativa de serie de mensajes positivos, en un mismo espacio y en una misma hora, cada noche por parte de los residentes, su propósito es de mejorar la autoestima y la identidad mediante una auto programación antes del descanso nocturno.

Procedimiento

El grupo se subdivide en pequeños grupos, en círculo y empezando por los de mayor jerarquía, cada miembro del grupo, frente a un espejo grande mirándose a sus ojos rodeado de sus compañeros hará la siguiente afirmación.

FRENTE AL SUBGRUPO

Residente: buenas noches familia

Yo soy.....

Grupo: buenas noches (nombre)

Residente: mi aprendizaje hoy con respecto a mi diario vivir y al mensaje del día es el siguiente.....

Luego frente al espejo mirándose a los ojos

Yo soy valioso

Grupo: claro que si

Residente: yo soy inteligente

Grupo: claro que si

Residente: yo soy amoroso

Grupo: claro que si

Residente: yo soy valiente tengo fuerza poder y voluntad

Grupo: claro que si

Residente: con estas cualidades y muchas mássé que voy a salir adelante porque me merezco lo mejor

Grupo: seguro que si

Aplausos y en silencio el grupo se retira a descansar

Pautas generales

- El staff en acuerdo con el residente deberá determinar el texto de la afirmación diaria basándose en las necesidades terapéuticas detectadas en el diario vivir, del usuario puede establecer afirmaciones y subgrupos e inducir en ellos, residentes con problemas similares,
- Esta dinámica busca trabajar la autoestima y la identidad del residente seriamente afectada en el sus fundamentos teóricos se apoyan en la neurolingüística, para logra la

reprogramación es muy importante que el mensaje sea corto afirmativo y consistente, realizar diariamente durante al menos 3 meses.

- Es muy importante guardar silencio una vez terminada la dinámica pues las actividades y las conversaciones posterior a su practica disipan el ingreso de su información ala mente y por ende el efecto buscado.
- Es posible que algunos residentes especialmente los más nuevos no sean capaces de recitar la afirmación y mucho menos de mirarse a los ojos, pueden tener dificultades de sentirse confrontados a su imagen, esto puede movilizar algunos sentimientos y a veces llanto ante esta situación el grupo debe abrazar en silencio afectuosamente al compañero (colchón afectivo) y no lo presionara hasta cuando voluntariamente sea capaz de realizar esta dinámica.
- Algunas veces se requiere que un miembro antiguo tome de la mano al residente o lleve el abrazo sobre sus hombros lo apoye, que sea capaz de decir la afirmación.
- Cuando todos han participado se cierra la dinámica tomándose de las manos en circulo haciendo la oración de la serenidad
- Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar valor para cambiar aquellas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia

EL RELATO DE SALIDA EN LA TERAPIA DE REINSERCIÓN

El pase o la licencia para estar fuera de la institución se constituye en una de las más importantes estrategias para la reinserción en tanto ubica al usuario en la realidad exterior mostrándole situaciones conflictivas a trabajar, y facilitándole a la vez la puesta en marcha de los diversos instrumentos y mecanismos que ha aprendido para sortear los reveses de la comunidad de origen, usualmente los residentes de la CT regresan al proceso y no tiene su próxima salida en la terapia de reinserción hasta que el staff evalúe su conveniencia 3 a 12 semanas según el programa,

La primera salida se da de 10 horas continuas en un mismo día y el usuario debe salir y llegar al hogar acompañado de una persona responsable y familiarizada con el proceso de tratamiento, a medida que el proceso y crecimiento del residente avanza, el tiempo de permanencia afuera se va aumentando, cabe notar la importancia de su alargamiento progresivo tanto del tiempo de permanencia afuera, sin acompañante, pues todo este proceso produce un impacto emocional, cuyas implicaciones deben analizarse cuidadosamente de acuerdo con el aumento de la responsabilidad y la disminución de necesidad de monitoreo del residente.

El permanecer un tiempo definido fuera del grupo en la terapia de reinserción es además un excelente oportunidad para el trabajo practico de las diferentes problemáticas, relacionadas con el abuso de sustancia psicoactivas, es una forma de materializar por medio de las tareas específicas

el plan de tratamiento elemento primordial del proceso reeducativo y de la posterior reinserción social, cabe señalar que la terapia de reinserción tiene tres momentos a saber,

1. la solicitud de salida y el diligenciamiento del formato correspondiente al plan de trabajo
2. la salida propiamente dicha
3. la evaluación que hace el residente con el espacio en el relato de su experiencia.

En un marco estrictamente terapéutico, el relato de pase, siendo un dialogo con los usuarios, no pierde la esencia de ser un espacio de confrontación donde la realidad del sujeto aparece para ser puesta en interrogación por los pares del proceso.

El grupo de relato de la terapia de reinserción le permite al usuario mirar los logros y dificultades acontecidos en su salida ala comunidad externa y ala vez ser confrontado por sus compañeros, testigos y partícipes de su proceso quienes le señalan las fallas con respecto ala norma de la terapia, en relación con el manejo de diversas situaciones ocurridas en la interacción con su medio familiar y social.

De igual modo el grupo enriquece el relato de sus compañeros con preguntas para aclarar y descubrir problemáticas o conflictos específicos, los aspectos incluidos en el formato escrito de la terapia de reinserción fomentan la responsabilidad del residente frente alas diferentes áreas de su plan de tratamiento, con tareas concretas, cuyo cumplimiento será evaluado por el mismo y por el grupo y miembros del staff en el relato de pase , incluye dicho formato una evaluación por parte de la familia con respecto a los logros y dificultades en lo comportamental. Social y la familia, buscando por este medio vincular más activamente al grupo familiar en la dinámica del proceso al interior y al exterior de la CT.

Objetivo

- Ofrecer al residente un espacio que le permita identificar y manejar las dificultades, personales, familiares, y sociales que surgen en el procesos de integración sociocultural y en la construcción de una red de apoyo con miras al logro de una independencia total de la institución.
- Evaluar el cumplimiento de las tareas programadas para la terapia de reinserción.
- Confrontar la posición del usuario con respecto alas normas de la terapia y su responsabilidad frente a ella.
- Poner en práctica algunas estrategias formuladas en el plan de tratamiento en torno a la reinserción total.

Procedimiento.

1. Disposición circular
2. Se abre el grupo nombrando este es un grupo de relato de salita en la terapia de reinserción
3. El facilitador ofrece al grupo una breve inducción sobre la metodología a utilizar motivándolos a participar y enfatizando la importancia de la honestidad frente a las fallas alas dificultades vividas durante la experiencia,
4. En forma ordenada cada miembro que Salí el fin de semana relata como le fue, que logros y dificultades tuvo para cumplir las tareas por el programadas para cada área, además de los obstáculos identificados en la reinserción social y o familiar.
5. Varios miembros del grupo nuevamente formulan preguntas al usuario con el propósito de recordarle o hacer que reconozca sus errores
6. Los miembros del grupo le confrontan las fallas enfatizando en la posición que el usuario tiene frente ala norma y entorno a su responsabilidad individual.
7. El facilitador confronta verbalmente al usuario mostrándole las implicaciones de su conducta irresponsable , la incoherencia entre su pensar, sentir y activar además de informarle que por sus faltas recibirá ayuda terapéuticas las cuales se le darán a conocer posteriormente
8. En caso que el residente no haya violado ninguna norma la intervención se centrara en las dificultades que el residente haya tenido y ala forma como fueron superados por el sondeando y reconociendo los aprendizajes obtenidos.
9. El usuario una vez confrontado expresa su compromiso para la próxima salida,
10. Dos miembros del grupo y el facilitador evalúan la actividad
11. Se cierra el grupo agradeciendo la participación

Algunas recomendaciones

Los usuarios q van ala terapia de reinserción antes de salir del hogar diligencian el formato escrito con accesoria de los miembros del staff haciendo énfasis en el trabajo de problemáticas por medio de tareas especificas con base en las áreas del plan de tratamiento social, legal educación, laboral, salud. Familiar.

Se diligencia además el numeral perteneciente alas labores domesticas a realizar durante su permanencia fuera de la institución

Los primeros numerales serán evaluados por el usuario los numerales que competen a la evaluación familiar deben ser diligenciados exclusivamente por el grupo familiar enviado en sobre cerrado

Los puntos que competen a las fallas y el compromiso frente a la próxima salida no se escribanse relatan para ser confrontados por el grupo y diligenciados por el facilitador.

Funciones del facilitador

- abrir y cerrar el grupo
- seleccionar los evaluadores del grupo
- puntualizar y enfatizar cuando se requiere en algunos asuntos importantes de la exposición individual
- realizar la confrontación cuando esta sea necesaria
- seguir los lineamientos de la terapia
- diferenciar frente al grupo las fallas que atenten con la norma y valores de las problemáticas a trabajar en otro espacio terapéutico
- evaluar el grupo

Funciones del cofacilitador

- evaluar el grupo
- ser observador de la dinámica y del facilitador
- puntualizar y enfatizar cuando se requiere en algunos asuntos importantes de las exposiciones individuales teniendo siempre presente que su papel junto con el facilitador es el de favorecer el crecimiento personal y al mismo tiempo monitorear y enseñar
- estar atento para que los lineamientos de la terapia se cumplan cabalmente e intervenir cuando se desvíe su manejo
- tomar la coordinación del grupo en caso sea necesario
- consignar en escrito el relato del participante

RITUAL DE INGRESO

Es una dinámica diseñada por el equipo clínico e implementada el mismo día en que el nuevo usuario del programa ingresa al proceso de tratamiento. Es ejecutada por uno de los integrantes del staff y varios residentes avanzados, con el propósito de dar mayor significado e impacto emocional a la decisión de ingreso de la CT, además de este fin, la dinámica permite fomentar el compromiso tanto del nuevo ingreso como de quienes lo realizan.

Pasos a seguir.....

Al llegar el usuario es entrevistado por el director junto con sus familiares, se registran sus pertenencias, se ponen en regla sus documentos y se envía al espacio filosófico y de reflexión por un tiempo no mayor de 2 horas, en silencio debe responder por escrito:

Quien eres tú

Que quieres tú

Cuales serian los beneficios de vivir sin drogas

A que te comprometes

Mientras esto ocurre el director asigna un miembro del staff quien tiene la responsabilidad de planear el ritual y la entrevista formal de ingreso del nuevo residente para ello escoge en el punto algunos residentes que le sirvan de modelos de identificación y cambio.

Una vez conformado el grupo que realiza la entrevista de inducción y bienvenida, se ubican en disposición parabólica, cuyo punto focal corresponde al nuevo usuario

llaman al mismo en un marco de seriedad, se presenta brevemente cada uno de los presentes, empezando por quien lidere la entrevista, terminada la última presentación, se le pregunta al usuario, cuéntenos quien es usted , en que considera le podemos ayudar, que beneficios le representaría vivir sin drogas.

Aquí se le permite que haga un breve relato de su consumo describiendo las razones que lo han llevado a esa sitio, se sondean sus motivaciones, se le interpela por sus responsabilidad individual en relación a su experiencia con las sustancias, el consumo y consecuencias asociadas, se le cuestiona cuando quiere poner las cosas de su problema Fuera de el,se le interroga sobre su compromiso, se le pregunta que estaría dispuesto hacer por salir de su problema.

Seguidamente se le muestra acerca de la normatividad y se le dan algunas recomendaciones, se le informa los objetivos de esta etapa, se le explica claramente cada una de ellas, se le invita a cumplir los lineamientos que le trace el equipo clínico, y por último se le ilustra acerca de las ayudas y de las experiencias educativas, al finalizar se le entrega el siguiente texto con su nombre escrito en el el cual deberá recitar cada mañana durante 15 días en el encuentro de la mañana.

COMPROMISO EXISTENCIAL

Yo..... Me comprometo solemnemente hacer un hombre digno y sobrio, a optar por la vida y la esperanza, con firme decisión y decidida aspiración, solo yo puedo hacerlo pero no puedo hacerlo solo

Yo..... Acuerdo ser un hombre nuevo.

Nota se le pide realice varias veces en ensayo hasta que lo recite con fuerza y mostrando realmente lo que siente, después de la 3 vez el grupo se levanta lo abraza y le dice bienvenido al hogar..... al finalizar se envía con su hermano mayor y se le asigna su dormitorio y locker.

FILOSOFÍA

“Estamos aquí, porque no hay ningún refugio

Donde escondernos de nosotros mismos.

Hasta que una persona no se confronta en los ojos

Y en el corazón de los demás, escapa.

Hasta que no permite a los demás

Compartir sus secretos, no se libera de ellos.

Si tiene miedo de darse a conocer a los otros,

Al final, no podrá conocerse a sí mismo,

Ni a los demás, estará solo.

¿Dónde podremos conocernos mejor

Sino en nuestros puntos comunes?

Aquí juntos, una persona puede manifestarse claramente,

No como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos,

Sino como un hombre, parte de un todo,

Con su aportación a los demás.

Sobre esta base podemos enraizarnos y crecer,

No solos como en la muerte,

Sino vivos para nosotros mismos y para los demás.

EL OPERADOR O TERAPEUTA DE LA CT

Recomendaciones

1. tener en cuenta que su trabajo demanda objetividad por lo tanto debe saber poner límite a sus afectos y en sus decisiones debe predominar la razón sobre la emoción,(no los prejuicios, ni sus gustos personales) teniendo como base el amor responsable la honestidad y la responsabilidad, cualidades estas que debe tener abundantemente , pues nadie puede dar lo mejor que no tiene.
2. cuidarse de no establecer relaciones erótico afectivo ni comercial con los usuarios del programa. Estas situaciones socavan y contaminan la atmósfera emocional y las bases sobre las que se instala y se da una relación terapéutica.
3. es necesario dedicar tiempo para sí mismo a la reflexión, ala autocrítica, al trabajo de crecimiento personal, al descanso, a la recreación. a los otros frentes de su vida personal, pues comúnmente tiende dejarse absorber por su ambiente laboral, desviando aspectos vitales de su proyecto de vida, es frecuente encontrar operadores victimas de síndrome de agotamiento, lo cual pone en peligro su equilibrio y salud mental,
4. necesita retroalimentarse (autoevaluarse y evaluar su trabajo) mantener constante comunicación con los demás miembros del equipo clínico.
5. cuidarse del abuso de autoridad del fenómeno de culto ala personalidad
6. vigilar la tendencia marcada de dependencia ala CT
7. jamás realizar intervenciones terapéuticas o acciones correctivas fuertes si se siente emocionalmente fuera de sí mismo (incoherente, desestabilizado, atravesando momentos críticos)
8. Ser consciente de su papel como facilitador de procesos individuales y comunitarios, jamás convertirse en un obstáculo para el crecimiento personal o colectivo, ser autoritario, rechazarte, tiránico o ser sobre protector, permisivo, fomentando la dependencia.
9. recordar que padre es aquel quien enseña a su hijo y vivir bien sin su apoyo
10. seguir los lineamientos trazados por el equipo clínico
11. su discreción ,tacto y confidencialidad son indispensables
12. ser consecuente con su papel como modelo de cambio lo cual hace valido aquel adagio que dice "no solo hay que ser sino parecer"
13. ser cauteloso en su relación con los residentes y no asumir los papeles de juez, salvador, tirano, recordando siempre que es un servidor del grupo.

OBJETIVO GENERAL

Facilitar y promover el proceso personal de motivación para el cambio de los usuarios

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>1. Crear un ambiente en que el usuario se sienta acogido y favorezca su vinculación al programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un grupo social significativo con el que el usuario se identifique • Dar respuesta a las necesidades del usuario en los diferentes momentos de su evolución • Favorecer la valoración positiva del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han dado respuestas a sus necesidades inmediatas al inicio del programa: desintoxicación, eliminar malestar físico, atenuar o resolver conflictos familiares, jurídicos, etc; proporcionar comprensión, empatía y esperanza. • Se han proporcionado actividades y redes de apoyo social y afectivo alternativas e incompatibles con el consumo de drogas, y un grupo de referencia con el que el usuario se siente identificado • Terapeutas y compañeros se han convertido en sujetos de apoyo, que escuchan y son receptivos a sus demandas. • El programa es para el usuario un lugar donde plantear y resolver situaciones conflictivas, encontrar soporte. Valora el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso fácil y cercano al terapeuta • Entrevistas con la familia. • Entrevistas con el médico • Entrevistas con el responsable jurídico (si el caso lo amerita) • Acercamiento por parte del terapeuta (iniciar conversaciones, preocuparse por la integración del usuario, etc) • Actividades de tiempo libre dentro de la acogida • Participación de los terapeutas en las actividades. • Dinámicas de grupo que favorezcan la cohesión grupal y el buen clima de grupo • Grupos de autoayuda
<p>2.- Lograr el distanciamiento de la cultura de las drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la desintoxicación o superar el síndrome de abstinencia • Mantener la abstinencia • Reducir número de episodios de contacto con la cultura de las drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso – desintoxicación • No consumo de drogas ni alcohol • Rotos los vínculos con personas consumidoras • Reducidas las situaciones de riesgo en el ámbito sociofamiliar • No frecuencia de lugares de consumo • Cambios en los elementos de identificación (vestimenta, argot, música, etc.) • Desfocalizada la atención de las drogas • Paso a la siguiente fase de tratamiento en PH 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso hospitalario/ambulatorio • Controles médicos y analíticos • Recogida de datos personales • Seguimiento permanente de vida cotidiana • Normas preventivas: control externo de dinero y objetos de valor, control de teléfono, etc. • Intervenciones individuales • Comunicaciones del responsable • Grupos de Autoayuda • Seminario formativo/informativo

3.- Fomento de hábitos de vida saludables y socialmente responsables

- Ofrecer pautas de información y actuación sobre el autocuidado y prevención de enfermedades (alimentación, sueño, higiene personal, control médico, deporte)
 - Fomentar la responsabilización de problemas con la justicia.
 - Prevenir la realización de nuevos delitos
 - Ofrecer nuevas alternativas de ocio y tiempo libre
 - Promover la incorporación a actividades de formación reglada
 - Potenciar la participación en los ámbitos familiar y social
- Ofrecida y difundida la información sobre autocuidado y prevención de enfermedades
 - Realizado el historial médico
 - Controles médicos realizados
 - Adquiridos hábitos de higiene
 - Adquiridos hábitos de alimentación
 - Adquirido hábito de higiene del sueño.
 - Adquirido hábito de higiene del sueño
 - Actualizados y cursados los problemas jurídicos
 - No realización de nuevos delitos
 - Experimentadas nuevas pautas de ocio y tiempo libre
 - Actualizada la vida laboral
 - Matriculas y asistencia a formación reglada
 - Incrementada la participación en los ámbitos familiar y social
- Seguimiento permanente de vida cotidiana
 - Entrevista con el sector jurídico
 - Normas preventivas
 - Controles médicos y analíticos
 - Seguimiento jurídico
 - Seminario formativo/informativo
 - Intervenciones individuales
 - Grupos de A/A
 - Experiencia educativa
 - Comunicaciones de responsable
 - Actividades de ocio y TL/ Talleres
 - Cursos regulados (estudios básicos)
 - Programación de fin de semana
 - Grupos familiares
 - Tareas de colaboración en casa

4.- Toma de conciencia de la realidad personal

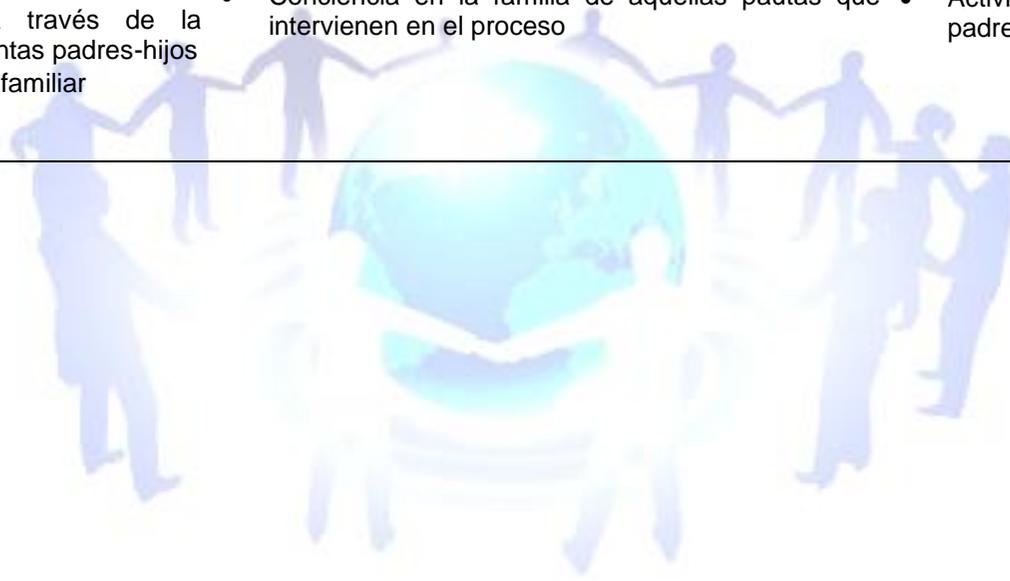
- Proporcionar un ambiente que posibilite la aparición, verbalización y análisis de la situación personal actual.
 - Concienciar al usuario de que el problema no es sólo la droga
 - Promover la responsabilización del proceso personal
- Proporcionado el ambiente favorecedor del proceso
 - Verbalizados los problemas surgidos
 - Analizadas las situaciones conflictivas aparecidas
 - Usuario concienciado de que el problema no es sólo la droga
 - Iniciada la responsabilización de su proceso personal
- Grupos de auto-ayuda
 - Intervenciones individuales
 - Seminarios formativos e informativos
 - Experiencias educativas
 - Convivencias
 - Grupos familiares
 - Anamnesis

5.-Desarrollo de capacidades personales

- Tomar conciencia de los recursos personales
 - Adquirir la dinámica de autoayuda
 - Refuerzo y aprendizaje de habilidades sociales
 - Refuerzo y aprendizaje de conductas adecuadas
 - Mejora de la comunicación interpersonal
- Aumentada la conciencia de autoeficacia
 - Adquirida la dinámica de la autoayuda
 - Adquiridas y reforzadas las habilidades sociales
 - Adquiridas y reforzadas las conductas adecuadas
 - Incorporados los cambios en la conducta
 - Mejorada la comunicación interpersonal
- Intervenciones individuales
 - Grupos de A/A
 - Seminarios formativos e informativos
 - Convivencias
 - Talleres y actividades culturales
 - Cursos reglados
 - Anamnesis

6.-Implicar al núcleo familiar como coterapeuta-usuario

- Ofrecer información sobre el programa y pautas de actuación que permita a las familias desarrollar el papel de co terapeutas en el proceso del usuario
- Crear cauces de participación y ambiente que permitan a la familia expresar voluntariamente sus vivencias y conflictos familiares
- Implicar a la familia en el proceso del usuario, facilitando el aprendizaje de nuevos recursos y habilidades socioeducativas
- Estimular la participación a través de la propuesta de actividades conjuntas padres-hijos
- Facilitar el reajuste del sistema familiar
- Ofrecida y difundida la información sobre el programa
- Establecidas las pautas de actuación
- Creados los cauces de participación
- Identificadas y expresadas las vivencias y conflictos familiares
- Estimulada la participación del sistema familiar
- Iniciado el reajuste en el sistema familiar
- Conciencia en la familia de aquellas pautas que intervienen en el proceso
- Contrato terapéutico
- Intervenciones con los terapeutas
- Grupos de seguimiento de proceso (comunicaciones)
- Seminarios formativos e informativos
- Grupos familiares (unifamiliares, mixtos)
- Historia familiar y genograma
- Grupos de autoayuda para padres
- Actividades de tiempo libre Dinámicas de padres-hijos



COMUNIDAD TERAPEUTICA

OBJETIVO GENERAL	Facilitar y promover el crecimiento personal	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES/ MEDIOS
1.- FAVORECER LA VINCULACIÓN E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA		
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar al usuario la información necesaria sobre el funcionamiento y sentido del proceso en CT 	<ul style="list-style-type: none"> El usuario entiende el proceso y funcionamiento de la CT 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de autoayuda Estructura de roles de gestión Estructura de sectores de trabajo Seminarios Intervenciones individuales Actividades de ocio y tiempo libre Tiempo libre autogestionado Instrumentos de intervención terapéutica
<ul style="list-style-type: none"> Motivar al usuario para participar activamente en las distintas actividades del centro 	<ul style="list-style-type: none"> El usuario desarrolla la conciencia y necesidad de pertenencia a un grupo 	
<ul style="list-style-type: none"> Promover un clima de autoayuda y proximidad afectiva 	<ul style="list-style-type: none"> El usuario ha experimentado el apoyo de los compañeros y el equipo terapéutico a lo largo de su proceso 	
<ul style="list-style-type: none"> Atender las necesidades del usuario en los diferentes momentos del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> El usuario finaliza la fase de comunidad terapéutica 	
2.- REFORZAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SOCIALMENTE RESPONSABLES		
<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizarse de los problemas judiciales pendientes 	<ul style="list-style-type: none"> Actualizados los problemas judiciales 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con el Servicio Jurídico Entrevistas con el Sector Médico Entrevistas con la Trabajadora Social Taller de prevención de recaídas Grupos de programación de fin de semana Grupos de verificación de fin de semana
<ul style="list-style-type: none"> Conseguir la no realización de nuevos delitos 	<ul style="list-style-type: none"> No realizados nuevos delitos durante la estancia en CT 	
<ul style="list-style-type: none"> Mantener la abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenida la abstinencia 	
<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizarse del autocuidado de la salud y prevención de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentado el nivel de responsabilidad personal en el autocuidado y prevención de enfermedades 	

<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a prevenir posibles recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibida información sobre prevención de recaídas y conocimiento de su aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de técnicas de estudio • Estructura de roles de gestión dentro de CT • Estructura de sectores de trabajo dentro de CT • Intervenciones individuales • Grupos de autoayuda • Instrumentos de intervención terapéutica
<ul style="list-style-type: none"> • Ser responsable en el sector de trabajo en función del rol que ostente el usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentado el nivel de responsabilidad en el trabajo en el marco de CT 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar adecuadamente el dinero 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada gestión del dinero y del tiempo 	

3.- LOGRAR QUE EL USUARIO TOME CONCIENCIA Y SE RESPONSABILICE DE SU COMPORTAMIENTO

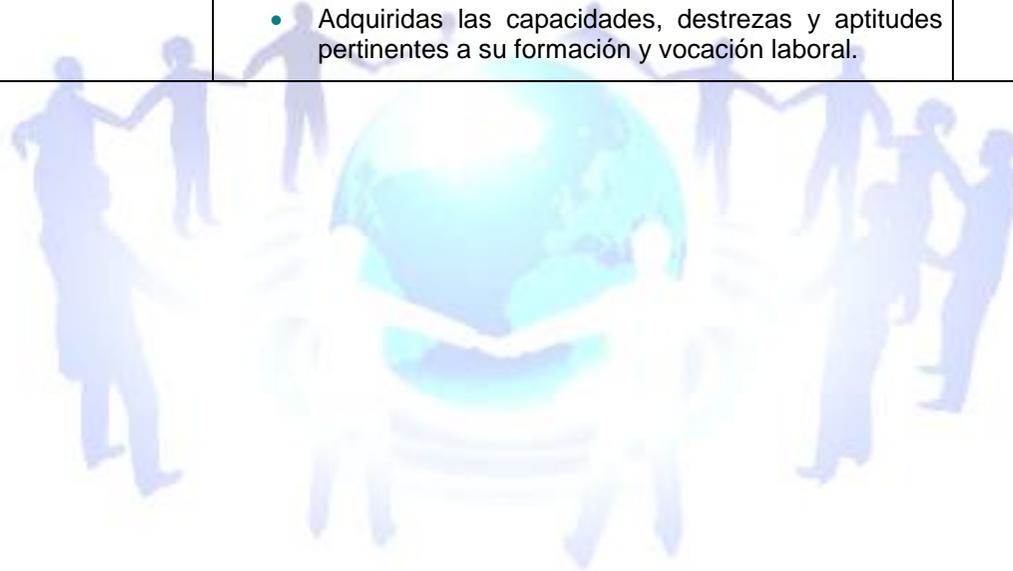
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir el análisis y la confrontación de la propia historia personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontada y asumida la propia historia • Mejorada la capacidad de introspección 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos familiares • Seminarios • Grupos de crecimiento • Intervenciones individuales • Grupos de programación de fin de semana • Grupos de verificación de fin de semana • Instrumentos de intervención terapéutica
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a que el usuario asuma las consecuencias de sus comportamientos en el pasado y en el presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asumida la responsabilidad de su proceso 	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, afrontar y dar respuesta a las diferentes situaciones familiares, sociales y de relación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontadas las diferentes situaciones familiares 	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y romper hábitos de comportamiento que impliquen una aproximación a la dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificados comportamientos adaptados e inadaptados 	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el proceso adecuado de toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirido adecuado proceso de toma de decisiones 	
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la adquisición de pautas de comportamiento ajustadas a los diferentes roles, dentro y fuera de CT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquiridos nuevos hábitos de comportamiento 	

4.- FOMENTAR LA EXPERIMENTACIÓN E INTERIORIZACIÓN DE VALORES

<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar los valores subyacentes a cada conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificados los valores asociados a cada conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en sectores • Proyecto de Vida • Estructura de roles de gestión • Estructura de tiempo • Responsabilidades • Taller de valores • Actividades de tiempo libre • Convivencia diaria en la CT • Modelaje • Taller de genero • Taller de orientación
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer por parte del Equipo Terapéutico-Educativo y Voluntariado modelos de referencia, coherentes a los valores propios de la C.T. (modelaje) 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenidos modelos de referencia del equipo terapéutico-formativo y voluntariado 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar, especialmente, la vivencia de los siguientes valores: esfuerzo, constancia, cooperación, solidaridad, humildad, tolerancia, respeto, honestidad, amistad-familia, responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentada la conducta en valores autónomos. • <u>Esfuerzo</u>: Empleados los recursos y energías personales para conseguir algo, venciendo dificultades. • <u>Constancia</u>: Adquirida firmeza y perseverancia en las resoluciones y propósitos. • <u>Cooperación</u>: Implicados activamente en acciones conjuntas • <u>Solidaridad</u>: Sentirse unido a sus semejantes y a la cooperación con ellos. • <u>Humildad</u>: Aceptada la propia realidad • <u>Tolerancia</u>: Respetadas las diferencias interpersonales • <u>Respeto</u>: Reconocidos los derechos y dignidad del otro. • <u>Honestidad</u>: Experimentada la integración personal de pensamientos y sentimientos y la capacidad de expresarlos de una forma directa y objetiva. • <u>Amistad- familia</u>: Reconocida la necesidad de apoyo recíproco • <u>Responsabilidad</u>: Realizadas las tareas 	

5.- FORMAR ACADÉMICA Y/O LABORALMENTE A LOS USUARIOS

<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la integración en un taller de capacitación profesional o cursos de formación reglada 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguidos los objetivos del itinerario formativo-laboral propio 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de HHSS • Taller de técnicas de estudio • Trabajo en sectores • Actividades culturales • Talleres de capacitación profesional dentro y/o fuera de CT • Cursos de formación reglada (Graduado escolar, FP,...)
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar orientación formativo-laboral, profesional y vocacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizado un seguimiento formativo-laboral individualizado • Conocidos los recursos de inserción laboral y formación de su entorno 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer los recursos necesarios para reforzar el proceso de aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar que el usuario aplique los conocimientos que va adquiriendo a su trabajo • Adquiridas las capacidades, destrezas y aptitudes pertinentes a su formación y vocación laboral. 	



RECURSOS

HUMANOS	MATERIALES INFRAESTRUCTURA	ECONÓMICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Propios de la Comunidad Terapéutica • Equipo Terapéutico – Educativo (Terapeutas, profesores y educadores de noche) • Usuarios • Familias • Servicios Centrales • Sector Médico - Jurídico • Sector Administrativo • Coordinador formativo-laboral • Coordinador de voluntariado • Informático • Centros externos con los que colabora • Centro Penitenciario • Centro de Salud • ONNUD • Gobernación • Centros de Salud Mental • Taller de Reinserción 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción • Salas de equipo terapéutico • Salas de reuniones • Despacho medico - jurídico • Despacho administrativo • Cocina - Despensas • Taller de mantenimiento, de huerta y jardín • Aulas de informática • Habitaciones para hombres • Habitaciones para mujeres • Habitación para el educador de noche • Cancha de baloncesto • Campo de fútbol • Parqueo - Medios de transporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Convenios • Donativos privados y de socios colaboradores.

REINSERCIÓN

OBJETIVO GENERAL	CONSEGUIR LA AUTORREALIZACIÓN PERSONAL Y LA INTEGRACIÓN AUTÓNOMA EN EL ÁMBITO FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL
-------------------------	---

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES/MEDIOS
<p>1. Conseguir la autonomía personal</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecto al programa (separación física y afectiva) Respecto a conductas adictivas¹ (consumo de sustancias, juego,...) Relaciones afectivas (familia, pareja, amigos...) Trabajar su posicionamiento personal con relación al consumo responsable de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> El usuario se va distanciando paulatinamente del programa El usuario no mantiene conductas adictivas El usuario mantiene relaciones afectivas satisfactorias no dependientes Tomada la decisión sobre el consumo de alcohol coherente a su realidad 	<p>En general los instrumentos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupos de autoayuda Intervenciones Individuales Seminarios Temáticos Grupos de comunicaciones de familias Grupos mixtos Programaciones Presupuestos Talleres (Ocio y tiempo libre, HHSS, orientación laboral) Intervenciones terapéuticas
<p>2. Consolidar las capacidades personales</p> <ul style="list-style-type: none"> Autocontrol emocional, y cognitivo-conductual Reforzar hábitos de vida saludable² Gestión económica Gestión del tiempo (ocio, trabajo, etc.) Adecuada satisfacción personal 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidada la capacidad de autocontrol Constancia en los hábitos de vida saludable Adecuada gestión económica Adecuada gestión del tiempo Alcanzado suficiente grado de satisfacción personal 	

¹ Definición de "Conductas Adictivas" en el anexo del glosario

² Autocuidado de la salud, prevención de enfermedades, prevención de recaídas, abstinencia, responsabilización de su situación judicial, no delincuencia

OBJETIVO GENERAL	CONSEGUIR LA AUTORREALIZACIÓN PERSONAL Y LA INTEGRACIÓN AUTÓNOMA EN EL ÁMBITO FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL
-------------------------	---

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES/MEDIOS
<p>3. Conseguir la autonomía personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto al programa (separación física y afectiva) • Respecto a conductas adictivas³ (consumo de sustancias, juego,...) • Relaciones afectivas (familia, pareja, amigos...) • Trabajar su posicionamiento personal con relación al consumo responsable de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • El usuario se va distanciando paulatinamente del programa • El usuario no mantiene conductas adictivas • El usuario mantiene relaciones afectivas satisfactorias no dependientes • Tomada la decisión sobre el consumo de alcohol coherente a su realidad 	<p>En general los instrumentos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda • Intervenciones individuales • Seminarios • Temáticos • Grupos de comunicaciones de familias • Grupos mixtos • Programaciones • Presupuestos • Talleres (Ocio y tiempo libre, HHSS, orientación laboral) • Intervenciones terapéuticas
<p>4. Consolidar las capacidades personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol emocional, y cognitivo-conductual • Reforzar hábitos de vida saludable⁴ • Gestión económica • Gestión del tiempo (ocio, trabajo, etc.) • Adecuada satisfacción personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidada la capacidad de autocontrol • Constancia en los hábitos de vida saludable • Adecuada gestión económica • Adecuada gestión del tiempo • Alcanzado suficiente grado de satisfacción personal 	

³ Definición de "Conductas Adictivas" en el anexo del glosario

⁴ Autocuidado de la salud, prevención de enfermedades, prevención de recaídas, abstinencia, responsabilización de su situación judicial, no delincuencia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES/MEDIOS
<p>5. Consolidar la integración responsable y realista, en el sistema familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afianzar los recursos necesarios para hacerse responsables en su realidad familiar • Negociar los propios límites y aceptar los de los restantes miembros del sistema familiar • Aceptar la realidad familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • El usuario es responsable en su realidad familiar • Han aprendido a negociar en el sistema familiar • Aceptada la realidad familiar 	<p>En general los instrumentos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda • Intervenciones Individuales • Seminarios • Temáticos • Grupos de comunicaciones de familias • Grupos mixtos • Programaciones • Presupuestos • Talleres (Ocio y tiempo libre, HHSS, orientación laboral) • Intervenciones terapéuticas
<p>6. Fomentar y mantener la red social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformar una adecuada vinculación a la red social como soporte preventivo • Fomentar la participación activa en movimientos sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguida una adecuada vinculación a la red social • Fomentada la participación en algún movimiento social • Toma de decisiones sobre las relaciones que quiere mantener 	
<p>7. Integrarse en el ámbito formativo-laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar orientación formativo-laboral a los usuarios • Adquirir una dinámica laboral según su perfil, necesidades, responsabilidades y derechos • Mantener relaciones laborales basadas en el respeto y la cooperación 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientado en lo relativo a lo formativo-laboral • Estabilizada su situación formativa y/o laboral • Mantenimiento de relaciones laborales respetuosas y cooperativas 	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES/MEDIOS
<p>8. Definir su estilo de vida de acuerdo a su escala de valores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la elaboración de una escala de valores ajustada a su nueva realidad • Afianzar la propia escala de valores • Lograr autoafirmación y confianza en sí mismo • Fomentar la búsqueda del equilibrio personal, coherente con su nuevo estilo de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborada y afianzada su escala de valores, ajustada a su nueva realidad • Mejora de la autoafirmación y confianza en sí mismo • Conductas coherentes con su nuevo estilo de vida 	<p>En general los instrumentos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda • Intervenciones Individuales • Seminarios • Temáticos • Grupos de comunicaciones de familias • Grupos mixtos • Programaciones • Presupuestos • Talleres (Ocio y tiempo libre, HHSS, orientación laboral) • Intervenciones terapéuticas
<p>9. Trabajar con la familia el proceso de autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar información a la familia para que sigan apoyando el proceso de rehabilitación del usuario, en esta fase • Acompañar el reajuste familiar • Favorecer el aprendizaje de pautas de negociación de cara a la autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> • La familia ha recibido la información • La familia ha sido acompañada en su proceso de reajuste • La familia ha favorecido el proceso de autonomía del usuario 	

RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES INFRAESTRUCTURA	ECONÓMICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Propios de la fase de Reinserción • Equipo terapéutico-educativo (terapeutas, profesores, voluntarios) • Usuarios • Familias <ul style="list-style-type: none"> • Servicios centrales • Sector Jurídico • Sector Administrativo • Contable • Coordinador formativo-laboral • Coordinador de voluntariado • Supervisores terapéuticos • Informático <ul style="list-style-type: none"> • Centro externos • Asociaciones • Recursos de la red sanitaria <p>Recursos formativos de la comunidad autónoma, ayuntamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Salas de equipo terapéutico • Salas de reuniones • Casa de residentes de reinserción propias de PH o de otras entidades colaboradoras • Medios audiovisuales • Material informativo • Material pedagógico • Material de papelería 	<ul style="list-style-type: none"> • Subvenciones-convenios • Aportaciones mensuales de los usuarios y/o sus familiares • Donativos privados y de socios colaboradores