

Manual de Apoyo para Actividades de la Comunidad Terapéutica



**Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos
Departamento de Hospitalización y Proyectos Clínicos**

2014

Directorio

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativo

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Coordinadora Técnica

Dra. Laura Margarita León León

Revisión:

Psic. Rocío Romero Reséndez

Actualización 2014

Psic. Silvia María Canul Sánchez

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL FUNCIONAMIENTO	3
1.1. ASEO PERSONAL Y DE LAS INSTALACIONES.....	3
2. ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS	4
2.1. ASAMBLEA COMUNITARIA: PRE-ASAMBLEA, ASAMBLEA Y POST ASAMBLEA.....	5
2.2. TEMA DE LA SEMANA.....	8
2.3. HABILIDADES PARA LA VIDA.....	10
2.4. CINEDEBATE.....	14
2.5. SOCIODRAMA.....	19
2.6. RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN.....	21
2.7. YOGA.....	24
2.8. ESPEJO DE VIDA.....	26
2.9. NUEVA RED.....	27
2.10. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.....	32
2.11. CUENTOTERAPIA.....	35
2.12. MUSICOTERAPIA.....	39
2.13. HISTORIA FAMILIAR.....	45
2.14. RELACIÓN DE PAREJA.....	47
2.15. SEXUALIDAD.....	48
3. ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS	51
3.1. JARDINERÍA.....	51
3.2. PROYECTO DE VIDA.....	52
3.3. PERIÓDICO MURAL.....	55
3.4. LABORTERAPIA.....	56
3.5. CÍRCULO DE LECTURA.....	59
3.6. EXPRESIÓN LITERARIA.....	61
3.7. LECTURA DEL DIARIO.....	63
3.8. DESTREZA MENTAL (JUEGOS DE DESTREZA).....	64
3.9. CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO.....	64
4. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS Y CULTURALES	67
5. ACTIVIDADES DEPORTIVAS	68
6. ACTIVIDADES LIBRES	70
7. ACTIVIDADES PROPIAS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	71
7.1. EQUINOTERAPIA.....	71
7.2. PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE CONDUCTA.....	74
7.3. REINSERCIÓN ESCOLAR.....	76
7.4. LABORTERAPIA.....	77

7.5. VÍNCULOS FAMILIARES (PAREJA).....	78
7.6. SEXUALIDAD.....	79
ANEXO 1 LLENADO Y ADMINISTRACIÓN DE CUADERNILLO DE ACTIVIDADES.....	81
ANEXO 2 HOJA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	83
ANEXO 3 HOJA DE RETROALIMENTACIÓN DE COMPAÑEROS PARA EGRESO DE PACIENTES.....	84
ANEXO 4 REGISTRO DE CONDUCTAS (UH NIÑOS Y ADOLESCENTES).....	85
ANEXO 5 REGISTRO SEMANAL DE CONDUCTAS UH NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

PRESENTACIÓN

Las actividades grupales llevadas a cabo dentro de la Comunidad Terapéutica, forman un conjunto de acciones que se encuadran bajo un mismo enfoque conceptual y metodológico, orientado a la rehabilitación y reinserción social de los/las pacientes, el cual tiene como objetivo programar una serie de actividades que lleven una lógica con el fin de obtener efectos terapéuticos, que coadyuven los tratamientos médicos y psicológicos.

El presente manual ha sido elaborado como apoyo al desarrollo de las diferentes actividades que forman parte del Tratamiento Residencial bajo el enfoque de Comunidad Terapéutica, en el cual se propone la conceptualización y desarrollo de cada una de ellas, en este sentido, es de suma importancia que el personal de Unidades de Hospitalización revisen los contenidos de este documento, de tal suerte que todas las Unidades manejen los mismos conceptos. Por lo tanto, una primera cuestión a tomar en consideración es la de homogenizar conceptos tales como: nominaciones, definiciones, justificaciones, objetivos, metodologías y contenidos de cada actividad, etc., objetivo fundamental del presente Manual de Apoyo.

INTRODUCCIÓN

Las actividades grupales de la Comunidad Terapéutica (CT) abre un espacio de lo posible y retoma la formación de todo individuo, en tanto que éste es el sujeto de lo colectivo, recordando que el ser humano no es aislado, sino es formado bajo el cobijo de personas significativas para él, como los padres, la familia, los abuelos y familiares cercanos, los cuales influyen inculcando valores, costumbres, actitudes, formas de pensamientos y de relación con su entorno, para posteriormente filtrarse a su medio social en el que intervienen escuela, amigos y/o pareja quienes como participantes en el proceso de integración al medio, en este sentido, las actividades residenciales, benefician a los/las pacientes, sobre todo aquellos que vienen de grupos familiares desadaptativos, dándole otro significado a vivir una experiencia grupal diferente a la de sus orígenes. En este sentido, se puede concebir a las actividades como una oportunidad de reactivar el sentido de contención del grupo para problemáticas individuales. Así, los grupos operan como un aparato de transformación que permite el reformular concepciones sobre el grupo de pares transformando en colectivo los pensamientos individuales relacionados con el uso de sustancias adictivas, es decir, un espacio donde pueden poner a prueba "*posibilidades inéditas de representaciones y de afectos*" (Käes, R.), lo que permite que dentro de las actividades grupales se identifiquen con los pares o con los miembros del Equipo Médico Técnico y cambien la percepción conceptual de su grupo primario.

Bajo estos preceptos, las actividades terapéuticas que se realizan en la Unidad, son un conjunto de acciones con objetivos específicos y estrategias, que operen bajo normas, reglas y horarios preestablecidos, diseñadas en estrecha relación con las capacidades de los/las pacientes y los objetivos de la psicoterapia, tratando de incidir en diferentes áreas y ámbitos de su personalidad con el fin último de mejorar su salud integral.

Las actividades aquí propuestas las agrupamos de acuerdo a las características que comparten en: Psicoterapéuticas, Psicoeducativas, Artísticas-Culturales y Deportivas, sin dejar de lado las actividades necesarias para el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, coordinadas éstas por el equipo clínico interdisciplinario.

Así mismo, se encuentra una división que permite identificar algunas de las actividades y temáticas distintas, propias que corresponden a la Unidad de Hospitalización para niños y adolescentes.

1. ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL FUNCIONAMIENTO

Estas actividades engloban el mantenimiento y conservación del espacio físico, la higiene y el cuidado personal, las cuales tienen una íntima interacción con el trabajo terapéutico puesto que la capacidad de trabajo, en forma adecuada y responsable, representa una expresión de maduración en los/las pacientes y permiten evaluar en forma experimental y real los conflictos que obstaculizan la capacidad de trabajo y ayudan a la rehabilitación, así como ayudan a que los/las pacientes, al salir de la UH, hayan aprendido el cuidado de sí y del respeto por los otros.

1.1 ASEO PERSONAL Y DE LAS INSTALACIONES

JUSTIFICACIÓN:

Las adicciones afectan el total de las esferas que componen y conforman al ser humano llevando, en algunos casos, a la pérdida del sentido del *cuidado de sí*, en este sentido, el aseo personal y de las instalaciones fungen como una actividad imprescindible para el tratamiento y egreso de los/las pacientes en tanto es una preparación para la vuelta al mundo de la vida cotidiana con habilidades aprendidas que acompañarán a los/las pacientes a su egreso.

OBJETIVO:

Desarrollar hábitos de higiene, organización, responsabilidad y autosuficiencia del cuidado personal y de su entorno.

METODOLOGÍA:

Programación semanal, en la que se les asigna a los/las pacientes en tratamiento, la limpieza de un área específica de la unidad de internamiento, así como dormitorio asignado durante su estancia y también se fomentan hábitos de aseo personal, lavado de su ropa y la ropa de cama a su cargo durante su estancia, siendo responsable del buen uso del mismo.

COORDINADOR: Enfermería y Trabajo Social.

2. ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS

En este tipo de actividades se trabaja con la esfera psíquica de los/las pacientes contando con una estructura y siguiendo una metodología específica enmarcada en el modelo cognitivo-conductual.

Las actividades son coordinadas por el equipo y/o los/las pacientes, y la función del (la) coordinador(a) es: establecer el orden de participaciones, favorecer la expresión de expectativas, inquietudes y propuestas, así como supervisar el desarrollo de la actividad y cuidado de instalaciones. Todas ellas, aunque tienen a la vez contenidos psicoeducativos, guardan como objetivo primordial el análisis personal dentro del trabajo grupal, favoreciendo la capacidad de los individuos para verse a sí mismos, entender las razones de sus diferentes comportamientos y la relación que éstos tienen con su ambiente contextual, a efecto de modificar los pensamientos, sentimientos y conductas, que le permitan, a cada uno, dirigirse a experiencias más constructivas y satisfactorias y puedan ser evaluables.

Dentro de estas actividades se producen procesos de identificación (entre pares y con los miembros del EMT), se establecen formas de acoplamiento a un nuevo grupo, se establecen diversos patrones de comportamiento y algunas dificultades para incluirse en el trabajo grupal que deberán ser tomadas en cuenta con fines de mejorar la dinámica del grupo.

Las actividades psicoterapéuticas dentro de la CT permiten que cada paciente pueda tener una percepción individualizada de los demás, y, recíprocamente, cada paciente es percibido por los otros. De este modo, la imagen que cada miembro tenía de sí mismo, puede ser reestructurada bajo nuevos modelos o figuras. El grupo dentro de las CT permite reformular una pregunta básica en todo tratamiento: ¿Quién soy? Así, la primera fase de toda actividad psicoterapéutica, es permitir que cada uno de sus miembros se formule esta pregunta con un “nuevo espejo”.

2.1. ASAMBLEA COMUNITARIA: PRE-ASAMBLEA, ASAMBLEA Y POST-ASAMBLEA.

JUSTIFICACIÓN:

La Asamblea Comunitaria (AC) es una de las actividades más importantes del modelo CT. Está es coordinada o dirigida tanto por un profesional como también algún residente elegido, las actividades serán previamente establecidas en un **orden del día** elaborado anteriormente a la sesión en la Pre-asamblea (definida posteriormente.) La asistencia a ésta guardará un carácter de obligatoriedad, dándole con esto la importancia que tiene en el tratamiento y la recuperación de los/las pacientes.

La AC tiene dos modalidades temporales: la ordinaria y la extraordinaria, también llamadas regular y/o esporádica: En el modo regular se establecen reuniones tres veces por semana con un horario preestablecido y tienen una duración de 90 minutos, precedidos por 30 minutos de Pre-Asamblea y 30 minutos de Post-asamblea. Por otra parte, el modo esporádico, tal como su nombre lo indica, son definidos según las necesidades del grupo.

La AC puede ser instrumentada como una herramienta para darle cabida a las situaciones conflictivas que se suscitan dentro de las UH, por tanto, cualquier miembro de la CT puede proponer temáticas a tratar dentro de ella, generando un papel activo de los/las pacientes en la solución de sus conflictos y cada decisión tomada dentro de la asamblea tendrá carácter de irrevocable, siempre y cuando no se vuelva a discutir la misma temática.

A diferencia de las asambleas regulares, las esporádicas pueden utilizarse cuando surgen conflictos graves no esperados dentro de la dinámica de la CT, como podrían ser una situación de conflicto grave, el rompimiento de alguna norma básica, o cuando se da la bienvenida, se anuncia el paso de una fase a la otra, o la culminación del tratamiento en la comunidad de algún paciente.

La AC tiene, si se lleva a cabo como su método lo indica, una finalidad terapéutica debido a que permite al paciente participar activamente en la toma de decisiones sobre su enfermedad, compromete y estimula sus aspectos normales, libres de conflicto que hasta entonces permanecían inútiles o generaban resistencias. Así como, participar en los problemas de su servicio lo cual genera un sentido de pertenencia y le permite involucrarse más en su proceso de tratamiento y el de sus compañeros. En este sentido, la AC guarda un efecto terapéutico y de escucha profundo en tanto le permite a los/las pacientes generar un espacio nuevo de escucha entre pares estableciendo un lugar en el que pueden ser escuchadas sus opiniones y experiencias, por aburridas o absurdas que parezcan, es un lugar donde el decir y el escuchar guardan siempre importancia. En este sentido, las Asambleas Comunitarias tienen tres alcances terapéuticos:

1. **Crean** un espacio donde el problema puede ser planteado abiertamente.
2. **Estimulan** la lógica del razonamiento: las cosas tienen una razón de ser, no dependen del deseo omnipotente, ni están estrictamente ligadas a la acción.
3. **Enseñan** que algo que se desea puede lograrse en colectivo.

La AC cuenta con las siguientes características generales: Funge como un grupo de pares en tanto se borra la diferencia aparente entre asistentes y asistidos, lo cual conlleva una subversión en donde los asistidos se convierten también en asistentes pues desempeñan un rol de importancia para la integración de los recién llegados a la CT, así al mismo tiempo consiguen tomar conciencia de los efectos que su propio comportamiento opera en otras personas y se les puede ayudar a comprender algunas de las motivaciones que están en la base de determinadas acciones u omisiones suyas, lo cual permite que vayan consolidando su propio tratamiento.

Cabe aclarar que la AC **no es un grupo de psicoterapia**, pero tampoco es un parlamento. Es más interactiva, en términos de situaciones reales, que un grupo terapéutico. Este espacio será utilizado para tratar temas como: Acontecimientos, dificultades y beneficios del proceso de rehabilitación y reinserción social, así como también ideas, sentimientos y pensamientos acerca de su tratamiento.

Algunos de los usos de la AC son:

- A) Facilitar la inducción a los miembros de nuevo ingreso.
- B) Revisar y aportar observaciones sobre el proceso terapéutico e interacción de cada paciente, por parte de los demás pacientes y del personal.
- C) Analizar y esclarecer el proceso grupal eliminando las distorsiones perceptuales y emocionales de comunicación en todos los niveles de la vida comunitaria.
- D) Explicitar la estructura normativa mediante la consideración de los reglamentos vigentes y la toma de acuerdos y decisiones que competen a la vida de la comunidad.
- E) Sensibilizar y orientar sobre la función y utilidad de cada uno de los espacios terapéuticos y ocupacionales de la comunidad.
- F) Discusiones de temas libres, vivencias de la última reunión, análisis de la asistencia, elaboración de las recaídas.
- G) Discusiones de permisos de salida, altas o derivaciones a otros servicios; si bien estos temas son iniciados por el EMT, pueden ser discutidos.
- H) Despedida de los/las pacientes que están próximos a su egreso donde se le da retroalimentación por parte de los pares y del EMT y tiene efectos de prevenir las recaídas en tanto motiva a mantener la abstinencia.

OBJETIVOS:

- Abrir de forma constante posibilidades de locución como forma de romper el monólogo narcisista del adicto.
- Establecer un diálogo eficaz en la resolución de los síntomas.
- Favorecer la expresión de deseo del residente e inducirlo a decir “yo”, para introducirlo en una relación verbalizada con el mundo.

METODOLOGÍA:

La asamblea comunitaria consta de tres partes:

- **Pre-Asamblea:** Antes de comenzar la AC propiamente dicha, se destinan **30 minutos** a lo que es llamado pre-asamblea. En este espacio, el EMT realiza una junta clínica previa a la AC, donde se da una revisión de casos, una supervisión y se analizan los puntos emergentes que requieren análisis, esta actividad se realiza antes de que entren los/las pacientes a la AC.
- **Asamblea comunitaria:** Es la actividad propiamente dicha, definida anteriormente, a esta actividad se le destina **90 minutos** y se realiza tres veces por semana.
- **Post-asamblea:** Al finalizar la AC, el EMT destina **30 minutos** para analizar los contenidos vertidos durante la AC, de este modo, se logra darle un seguimiento terapéutico.

Las AC son la parte medular del proceso terapéutico dentro de las UH por lo que tendrá un carácter de obligatoriedad para todos y cada uno de los/las pacientes.

COORDINADOR:

Durante la Asamblea es importante que designe un coordinador(a) no participante, que puede ser paciente o equipo técnico, el cual, hace la orden del día, sede la palabra y toma nota durante el desarrollo de la asamblea y al finalizar hace un recuento de lo comentado y de los acuerdos a los que se llegó. Cada Asamblea Comunitaria debe ser registrada en una libreta de campo, con el fin de acudir a ésta en caso de tener duda de lo sucedido ó acordado.

Los/las pacientes que podrán coordinar serán aquellos que lo hayan ganado según el seguimiento positivo que tengan en su tratamiento, así como, el respecto de las normas de convivencia de la CT.

2.2 TEMA DE LA SEMANA

JUSTIFICACIÓN:

El tratamiento residencial establecido dentro de las Unidades de Hospitalización (UH), tiene como modelo fundamental la Comunidad Terapéutica (CT), estableciendo una apuesta: el grupo, en condiciones generadas por el Equipo Médico Técnico, funge como agente de cambio. Desde este encuadre, se busca establecer una asistencia que aborde tres esferas principales: asistencia médica, asistencia psicológica y asistencia que aborde el campo social, es decir, la CT propicia un lazo social distinto con los otros, donde puedan servir de apoyo, y así, de agentes de cambio, de ahí la importancia de las actividades grupales que se proponen en el presente manual de apoyo, como un modo de resarcir el daño en las tres esferas anteriormente señaladas, así como la productividad de los sujetos por medio de actividades creativas que ayuden a generar un sentido de vida más allá de las adicciones.

En este sentido, la propuesta del “Tema de la Semana” consiste en que **cada una de las actividades de la CT se articule y vincule a partir de un tema que fungirá como eje rector de las mismas**. Al proponerse un tema de la semana, se garantiza que las actividades desplegadas en el presente manual, no sean simplemente la suma de las partes, portando el semblante de conjunto, sino que, por el contrario, **giren en torno a dicho tema garantizando su vinculación**, y así, favorecer el generar actividades que guarden relación con las características y necesidades de cada grupo, fomentando desde la reestructuración social favorecer la organización emocional, promoviendo los cambios deseados para lograr la abstinencia y la reintegración social a su medio, sin necesidad de recurrir al uso de sustancias adictivas.

Dicha organización del EMT, que regirá las actividades semanalmente, promueve la observación y asimilación de cambios paulatinos en los/las pacientes a través del reordenamiento y respeto de normas y funciones de aplicación general para todos los/las pacientes. Mediante estos procedimientos, se reorganiza la lógica interna del paciente, así, las actividades grupales amplían y completan la gama de acciones habituales para tratar el problema adictivo y sus consecuencias, al integrar los componentes básicos del trabajo individual-grupal, la intervención del equipo interdisciplinario y principios terapéuticos adaptados a las necesidades particulares de cada grupo al que trate, consolidará la mejoría y redefinición funcional de la dinámica relacional de sus participantes.

Dichos beneficios solo podrán ser alcanzados dentro de un espacio de atención planificado, donde las diferentes actividades que constituyen el programa conlleven fines estrictamente terapéuticos que coadyuven al logro de la abstinencia, el desarrollo de habilidades específicas para prevenir las recaídas, al crecimiento personal y al ejercicio de la independencia y autonomía.

Es indispensable la **adecuación de cada una de las actividades alrededor de una temática central** que sirva como eje rector de cada una de ellas, y así, responder a la demanda individual y grupal, lo cual permitirá alcanzar metas fundamentales relacionadas con la detención del consumo, prolongación de la abstinencia y también con la recuperación del patrón de funcionalidad plena a nivel personal, social y económico. En este sentido, una parte fundamental en la planeación de los dichos temas de cada semana será la valoración del EMT que realice del grupo de pacientes, pues es **durante una junta clínica donde se definirá el tema** que permitirá entender y abordar la problemática del consumo dentro del contexto grupal.

Es importante que los temas se adecuen al tipo de población que acude a nuestras Unidades de Hospitalización y no lo contrario, sin perder de vista que cada una de las actividades no están separadas la una de la otra, sino por el contrario, forman un engranaje que le da movimiento al sistema integral de rehabilitación.

OBJETIVO:

Que el Equipo médico técnico establezca como **eje rector un tema a la semana** que defina el modo de proceder del total de las actividades plasmadas en el cronograma.

METODOLOGÍA:

El EMT en junta clínica establecerá un listado anual de 12 temas y enviará al Departamento de Hospitalización y Proyectos Clínicos para su autorización. Mensualmente analizarán la pertinencia del tema a trabajar de acuerdo a las necesidades o características del grupo de pacientes de existir algún cambio notificará al Departamento para su seguimiento.

COORDINADOR: Director/a

2.3 HABILIDADES PARA LA VIDA

JUSTIFICACIÓN:

Una de las labores más desafiantes en el campo de las adicciones es la prevención, debido a que los factores que concurren para la aparición del trastorno adictivo son complejos y obedecen a múltiples causas. Lo que se sabe fehacientemente, es que si un niño nace en un medio donde se le ama y protege, de inicio tiene más posibilidades de una vida sana y productiva. Los últimos estudios sobre adicciones ponderan analizar los factores de riesgo y de protección que colocan al individuo en mayores posibilidades de entrar en contacto con drogas o bien que lo protejan a exponerse a las mismas.

Los factores protectores funcionan como un puerto seguro hacia el cual dirigir las conductas para evitar, posponer o reducir el impacto del consumo. Es desde este encuadre, que se propone elaborar un taller de habilidades para la vida siguiendo los ejercicios establecidos en el libro con ese nombre editado por CIJ.

La adquisición de habilidades para la vida es un método que se construye alrededor de la creación de oportunidades para que los jóvenes adquieran, entre otras, la capacidad de aplicar el juicio crítico que les evite ser manipulados por las influencias externas. Se trata de que los/las pacientes puedan reconocer y resistir las presiones sociales, así como habilidades sociales que les ayuden a establecer lazos sociales eficaces. El enfoque de este método intenta ayudarlos a mantener el control sobre su comportamiento y, al mismo tiempo, tomar decisiones con conocimiento de causa para adquirir patrones de conducta y valores positivos, así como modos de relacionarse con los otros.

Aunque la prevención es difícilmente cuantificable respecto de su impacto, se ha demostrado que el enfoque de adquisición de habilidades para una vida saludable empleado en la prevención del uso de sustancias psicoactivas, ha reducido la iniciación del consumo de las mismas entre 25 y 87 por ciento en periodos de seguimiento de uno a seis años (Botvin, Renic y Baker, 1983)

Diversos estudios en materia de adicciones coinciden en enfatizar que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas constituye en la actualidad uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al costo que representa en términos de daño social, físico y psicológico del usuario de drogas, así como del generado en el ámbito laboral y sanitario.

Asimismo, se ha documentado (Herrero, 2001) que el consumo de drogas afecta el funcionamiento de los individuos con respecto a los factores emocionales (imagen pobre de sí mismo, actitud pasiva ante la vida, baja tolerancia a la frustración, alto nivel de ansiedad o depresión), de personalidad (trastornos de conducta, comportamiento de rebeldía, impulsividad, agresividad, egocentrismo e inseguridad) y cognitivos (bajas aspiraciones educativas, escasa habilidad para la solución de problemas y la toma de decisiones, así como la baja capacidad de análisis y abstracción).

En esta misma línea, la evidencia científica muestra que algunas de las áreas más afectadas por el consumo de drogas en los/las pacientes son las siguientes: desempeño escolar y/o competencia

laboral, estado afectivo, social, uso del tiempo libre, redes sociales disfuncionales entre otras. Igualmente, se sabe que el bajo control de impulsos, la mayor tendencia al aislamiento, el deficiente manejo de los afectos y de las relaciones interpersonales, el empobrecimiento de las alternativas de disfrute del tiempo libre, así como la disfuncionalidad de las relaciones familiares, son factores de riesgo que conducen a las personas a vincularse con redes sociales disfuncionales incrementándose la probabilidad de incurrir en el uso de drogas, o bien a aislarse y utilizarlas como un elemento compensatorio.

De acuerdo con lo anterior, se ha sugerido que los programas de atención psicoterapéutica dirigidos a pacientes consumidores de drogas enfatizan entre otras cosas, el desarrollo de recursos para el control de impulsos, habilidades sociales para el establecimiento de relaciones interpersonales y de ajuste escolar, afrontamiento de riesgos inherentes a la ampliación de redes sociales y de presión para el consumo de sustancias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) interesada en proveer de recursos pragmáticos a las instancias mundiales que abordan la situación del consumo de drogas, ha avalado las siguientes diez habilidades para la vida como herramientas indispensables que deben promoverse en la población usuaria y no usuaria de sustancias (Mantilla, 1993):

- I. Toma de decisiones
- II. Resolución de problemas
- III. Pensamiento creativo
- IV. Pensamiento crítico
- V. Comunicación asertiva
- VI. Establecimiento de relaciones interpersonales
- VII. Autoconocimiento
- VIII. Empatía
- IX. Control de emociones
- X. Manejo del estrés

El enfoque basado en las habilidades para la vida, se relaciona directamente con el concepto de competencia psicosocial, el cual alude a la habilidad que tiene una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria. El rompimiento del lazo social es algo que sucede en la mayoría de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas. Una evidencia del notable desajuste social observado es el dato de que, la mayoría de los/las pacientes que ingresan a nuestras Unidades de Hospitalización han dejado la escuela y/o el trabajo principalmente por ser expulsados y/o despedidos por conductas antisociales diversas, o por no poderse adaptar a las demandas escolares y/o laborales relacionales, esto asociado a diversos trastornos de conducta y/o de aprendizaje, que en la mayoría de los casos no han podido ser debidamente atendidos por diversas carencias de recursos de las redes primarias de apoyo en algunos de los casos, ante ésta situación se ve la necesidad de que el paciente adquiera destrezas psicosociales que le permitan transformar conocimientos, actitudes y valores, mediante el desarrollo de habilidades, como “saber qué hacer y cómo hacerlo” fomentando la motivación y la capacidad

para asumir un comportamiento saludable, factores importantes que se vinculan a su vez, con el apoyo social, los factores ambientales y culturales (Mantilla, *op.cit.*).

OBJETIVOS:

- Aprender a establecer estilos de comunicación asertivos.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento para evitar la influencia del grupo de pares para el consumo de drogas.
- Conocer y practicar procedimientos para la toma de decisiones y la resolución de problemas.
- Promover el desarrollo de la capacidad analítica de hechos y situaciones cotidianas que afectan la salud física y mental.
- Identificar y fortalecer valores personales y sociales que ayuden a evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Ejercitar técnicas para el manejo del estrés.
- Reconocer las emociones personales y practicar técnicas para un adecuado manejo de las mismas.
- Ayudar a los/las pacientes a restablecer los lazos sociales.
- Mejorar habilidades para la adecuada comunicación interpersonal.
- Desarrollar habilidades para mejor manejo de estados emocionales disfuncionales y particularmente del enojo y la conducta agresiva.
- Favorecer las habilidades para la toma adecuada de decisiones.
- Reflexionar sobre el dialogo, la negociación y otras formas alternas de convivencia como parte de estilos de vida más saludables.
- Proporcionar un espacio para la práctica de conductas asertivas y la consolidación de habilidades de rechazo de consumo de drogas.

METODOLOGÍA:

Apoyarse en las técnicas establecidas en el libro “**Habilidades para la vida (Guía para educar con valores)**” de CIJ.

Temas:

Manejo de Emociones y Estrés. Que los/las pacientes consideren y aprendan a utilizar adecuadamente sus emociones y afrontar el estrés permitiendo darse la oportunidad de tener un estilo de vida más saludable en sí mismo y con sus relaciones interpersonales.

Autoestima. Mantener un equilibrio entre auto-imagen e ideal de sí mismo, que permita manifestar confianza individual, motivación intrínseca para resolver las situaciones de la vida con seguridad.

Creatividad y pensamiento crítico para la solución de problemas.

Que los participantes dirijan su pensamiento a la búsqueda de múltiples soluciones, no de una respuesta única o establecida, moviéndose en varias direcciones, a fin de lograr propuestas novedosas para la solución de problemas.

Aprender a tomar decisiones. Que el participante considere y aprenda a utilizar adecuadamente sus emociones y afrontar el estrés permitiendo darse la oportunidad de tener un estilo de vida más saludable en sí mismo y con sus relaciones interpersonales.

Contenidos:

Temas	Subtemas
Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación asertiva• Presión del grupo de pares• Cooperación y empatía
Habilidades cognitivas	<ul style="list-style-type: none">• Toma de decisiones y solución de problemas• Pensamiento crítico• Reconocimientos de valores
Habilidades para el manejo de emociones	<ul style="list-style-type: none">• Afrontamiento del estrés• Manejo de emociones

En el proyecto participan los/las pacientes y un representante del EMT.

Cada sesión tiene una duración de 60 minutos y se realiza una vez por semana. Para el óptimo desarrollo del proyecto es necesario que las actividades se realicen preferentemente en un salón de usos múltiples, que esté acondicionado con sillas, pizarrón, marcadores y bolígrafos, el coordinador elaborará las sesiones de acuerdo a las técnicas establecidas en el libro: “**Habilidades para la vida(Guía para educar con valores)**” (ver capítulos de técnicas)

COORDINADOR: Psicología o Trabajo Social.

2.4 CINEDEBATE

JUSTIFICACIÓN:

El cine como experiencia cultural permite que los individuos asimilen una cantidad de información mucho mayor a la que pueden asumir en otras situaciones de aprendizaje formal. Desde una óptica positiva, el cine contribuye a que el espectador comprenda situaciones complejas a las que solo tendría acceso por experiencias directas e intensas. La presentación de situaciones modeladas ha demostrado una utilidad importante para la adopción de estilos de comportamiento específicos en los individuos.

El debate como un recurso colectivo para el intercambio de opiniones entre los espectadores, facilita el desarrollo de una actitud crítica que ayuda a identificar la ideología que subyace en la cinta, así como a generar una postura hacia la realidad mostrada en ella.

Desde una perspectiva psicológica, el cine puede ser un vehículo que posibilite al espectador entender la problemática de una gran diversidad de fenómenos sociales que producen efectos en la conducta, particularmente de aquellos que son productos de diseños sociales poco saludables en términos comportamentales (por ejemplo, contenidos altamente violentos). La reflexión provocada ante la exposición de ciertos contenidos expuestos en la cinta, también logra una postura ideológica clara del espectador hacia ciertos eventos y el desarrollo de una cultura psicológica determinada.

El cine es considerado actualmente el medio de comunicación más integral, puesto que introduce sus mensajes mediante imágenes, palabras, música y silencios, aprovechando el especial estado psicofisiológico en que se encuentra el espectador (estado físico y fascinación sensorial) que lo hace más receptivo a sus mecanismos de comunicación. Así, con la comunicación establecida artísticamente se logra llegar con mayor facilidad al inconsciente de los individuos, lo que permite generar movilizaciones afectivas que se aprovechan terapéuticamente, con la finalidad es estimular la reflexión y lograr un autoconocimiento profundo.

Dice **Schrank**: *“Lo más probable es que los participantes en la discusión no hablen de la película, sino de sí mismos, haciendo declaraciones de ellos mismos, pero disfrazándolas como críticas a la película. En otras palabras, la mayoría de las personas no distinguen entre revelar sus reacciones personales a la película y criticar el filme mismo (...). Un error muy común al discutir sobre cine es confundir declaraciones acerca de la película con declaraciones personales”* (Schrank, 1986, p.78).

Croce (1980) por su parte, señala los efectos psicológicos que un filme puede tener en la audiencia: *“La resonancia entre el filme y el espectador produce a través de la proyección y la identificación que permiten la satisfacción de las tendencias eróticas y los impulsos agresivos que normalmente son reprimidos. Esto puede a su vez producir un efecto catártico y/o un efecto sugestivo. El primero se presenta cuando el espectador puede liberar lo reprimido, mientras que el segundo se da cuando la identificación se prolonga después del filme y el espectador adopta las actitudes y comportamientos de los personajes. Las personas que pueden diferenciar la realidad cinematográfica de la realidad efectiva pueden hacer catarsis; en cambio, aquellos a los cuales esto se les dificulta, probablemente presenten el*

estado sugestivo, entre estos últimos están los niños y los adolescentes ya que en ellos es menor su capacidad de distinguir la fantasía de la realidad” (Croce, 1980, p.245 - 246).

Los efectos anteriormente expuestos son los que han permitido que hasta el momento el empleo terapéutico del cine debate se haya ampliado, como una intervención que permite al paciente evaluar visualmente la interacción de los caracteres de un filme con otras personas, en sus ambientes y sus aspectos personales, envolviéndolo en un nivel emocional físico y cognitivo que le facilita el avance terapéutico.

OBJETIVOS:

- Generar un espacio de comunicación y expresión de emociones entre los/las pacientes.
- Apoyar la capacidad de reflexión y de análisis que permita afrontar las diferentes situaciones críticas que aparezcan en la vida cotidiana.
- Promover y fortalecer valores, actitudes y hábitos saludables como factores de protección ante el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Identificar factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas.

METODOLOGÍA:

Previo análisis de la película por parte del responsable (EMT), la temática seleccionada tendrá que ir acorde al tema de la semana. El cine debate se realiza una vez por semana y tiene una duración de 150 minutos (120 minutos para la proyección de la película y 30 minutos para el debate).

Para un óptimo desarrollo del proyecto se requiere contar con un salón o espacio donde se pueda modular o controlar la iluminación, sillas, reproductor de DVD, televisión, pizarrón, gises, hojas blancas, lápices o bolígrafos, así como el material audiovisual en formato DVD.

COORDINACIÓN: Psicología

PELÍCULAS SUGERIDAS:

28 días. (Dirección: Betty Thomas)

Adiós a las vegas. (Dirección: Mike Figgis)

Adiós pequeña adiós. (Dirección: Ben Affleck)

Alrededor de la medianoche. (Dirección: Bertrand Tavernier)

Amor a quemarropa. (Dirección: Tony Scott)

Ángeles sin brillo. (Dirección: Douglas Sirk)

Antes que el diablo sepa que has muerto. (Dirección: Sidney Lumet)

Asuntos privados en lugares públicos. (Dirección: Alain Resnais)

Atrapado sin salida. (Dirección: Miloš Forman)

Billy Elliot. (Dirección: Stephen Daldry)

Blow. (Dirección: Ted Demme)

Cadena de favores. (Dirección: Mimi Leder)

Camino hacia la gloria. (Dirección: Michael Corrente)

Candy. (Dirección: Christian Marquand)

Casi famosos. (Dirección: Cameron Crowe)

Casino. (Dirección: Martin Scorsese)

Ciudad de dios. (Dirección: Fernando Meirelles y Kátia Lund)

Contra la pared. (Dirección: Fatih Akin)

Corazón rebelde. (Dirección: Scott Cooper)

Cosas que perdimos en el fuego. (Dirección: Susanne Bier)

Cuando un hombre ama una mujer (Dirección: Luis Mandoki)

De la calle. (Dirección: Gerardo Tort)

Días de vino y rosas. (Dirección: Blake Edwards)

Días sin huella. (Dirección: Billy Wilder)

Drunks (Peter Cohn)

Easy rider. (Dirección: Dennis Hopper)

El ángel ebrio. (Dirección: Akira Kurosawa)

El borracho. (Dirección: Barbet Schroeder)

El callejón de los milagros. (Dirección: Jorge Fons)

El dorado (1966). (Dirección: Howard Hawks)

El fuego fatuo. (Dirección: Aldo Salvini)

El gran calavera. (Dirección: Luis Buñuel)

El hombre del brazo de oro. (Dirección: Otto Preminger)

El precio del poder. (Dirección: Brian De Palma)

El principito. (Dirección: Pierre-Alain Chartier)

El rey pescador. (Dirección: Terry Gilliam)

El truco del manco. (Dirección: Santiago A. Zannou)

En busca de la felicidad. (Dirección: Gabriel Muccino)

Expreso de medianoche. (Dirección: Alan Parker)

Factótum. (Dirección: Bent Hamer)

Filadelfia. (Dirección: Jonathan Demme)

Forajidos.(Dirección: Robert Siodmark)

Forrest Gump. (Dirección: John Carpenter)

French Connection.(contra el imperio de la droga). (Dirección: William Friedkin)

Gloria y hambre. (Dirección: William A. Wellman)

Gracias y favores. (Dirección: Bruce Beresford)

Heroína. (Dirección: Gerardo Herrero)

Jóvenes prodigiosos. (Dirección: Curtis Hanson)

La angustia de vivir. (Dirección: George Seaton)

La boda de Rachel. (Dirección: Jonathan Demme)

La decisión de Sofía. (Dirección: Alan J. Pakula)

La lengua de las mariposas. (Dirección: José Luis Cuerda)

La leyenda del santo bebedor. (Dirección: Ermanno Olmi)

La muerte del Sr. Lazarescu. (Dirección: Daniel & Diego Vega)

La vendedora de rosas. (Dirección: Víctor Gaviria)

Larga jornada hacia la noche. (Dirección: Sidney Lumet)

Las invasiones bárbaras. (Dirección: Denys Arcand)

Lenny. (Dirección: Bob Fosse)

Los mejores años de nuestra vida. (Dirección: William Wyler)

Los muchachos no lloran. (Dirección: Kimberly Peirce)

María llena eres de gracia. (Dirección: Joshua Marston)

Más allá del odio. (Dirección: Mike Binder)
Más fuerte que la vida. (Dirección: Martin Ritt)
Mi nombre es joe. (Dirección: Ken Loach)
Naranja mecánica. (Dirección: Stanley Kubrick)
Octavo día. (Dirección: Jaco Van Dormael)
Pánico en Needle Park. (Dirección: Jerry América)
París, Texas. (Dirección: Wim Wenders)
Puerta de las lilas. (Dirección: René Clair)
Ray. (Dirección: Taylor Hackford)
Remi la serie completa. (Dirección: Osamu Dezaki)
Réquiem por un sueño. (Dirección: Darren Aronofsky)
Sid y Nancy. (Dirección: Alex Cox)
Sombras en el paraíso. (Dirección: Aki Kaurismäki)
Somos guerreros. (Dirección: Lee Tamahori)
Stroszek. (Dirección: Werner Herzog)
Te doy mis ojos. (Dirección: Icíar Bollaín)
Trainspotting. (Dirección: Danny Boyle)
Un sombrero lleno de lluvia. (Dirección: Fred Zinnemann)
Una bala en la cabeza. (Dirección: John Woo)
Una mujer destruida. (Dirección: Stuart Heisler)
Una última copa. (Dirección: Steve Buscemi)
Veredicto final. (Dirección: Sidney Lumet)
Vuelve, pequeña sheba. (Dirección: Daniel Mann)
Yo, Cristina F. (Dirección: Uli Edel)
Metal y Hueso. Jacques Audiard

2.5 SOCIODRAMA

JUSTIFICACIÓN:

El sociodrama se refiere a la dramatización de una situación de la vida cotidiana, el actuar las escenas de vida permite al paciente colocarse en la situación, experimentar sentimientos, darse cuenta y comprender por un momento, la situación del otro, ver una situación conflictiva desde otro lugar. Al resto del grupo desde una participación pasiva le permite a través de la observación y el análisis dirigido, vivenciar y compartir situaciones y problemáticas comunes. Como técnica derivada del psicodrama permite a un individuo interpretar durante una representación teatral improvisada personajes o roles en circunstancias socio-familiares relacionadas con los problemas, conflictos, síntomas y fantasías asociadas a la adicción, llevando al grupo a la reflexión propiciando así, aprendizajes sobre el desarrollo de habilidades cognitivas, psicológicas-conductuales y sociales favoreciendo de esta forma su recuperación.

OBJETIVO:

Apoyar a los/las pacientes en el reconocimiento, desarrollo y/o restablecimiento de sus habilidades físicas, psicológicas y sociales que se encuentran disminuidas, carentes o alteradas por el consumo de sustancias.

METODOLOGÍA:

Con respecto al sociodrama, se siguen las siguientes reglas elementales para poder llevar a cabo el proceso: La participación de todos, el trabajo en equipo, establecer un encuadre de acuerdos y el respeto a la persona y a la experiencia. Además de esto, los miembros del grupo de sociodrama deberán intercambiar experiencias, seleccionar algún tema y planear su desarrollo, así como los ambientes o escenarios, la representación ante el resto del grupo y una reflexión final.

Tiempo aproximado: 90 minutos una vez por semana.

¿Qué se necesita?

- Una situación relativa al tema tratado de la semana
- Un escenario: el espacio en que se realizará la dramatización.
- Los personajes o actores: se pide voluntarios en el grupo para personificar los papeles.
- Un terapeuta-coordinador.

En el sociodrama se pide a los voluntarios alejarse del resto del grupo para entregarle los papeles, explicarles la situación y que dialoguen sobre cómo la pondrán en escena. A este fin, se le permiten unos minutos para que lleguen a los acuerdos.

Ésta actividad contempla tres momentos:

- 1) **Dinámica de Calentamiento:** actividades para que los miembros del grupo se conozcan entre sí.

2) Desarrollo de la problemática:

2.1.- **Temática:** Se debe tener muy claro cuál es el tema que se va a presentar, y por qué se va a hacer en ese momento, esto debe ser coordinado por un(a) psicólogo (a).

2.2- **Lluvia de ideas:** Las personas que van a llevar a cabo la representación deben dialogar previamente sobre lo que se conoce del tema: ¿Cómo lo vivimos?, ¿Cómo lo entendemos? ¿Qué tiene que ver la situación a representar con la problemática en común?

2.3- **Guión argumental:** Con la información recogida en la lluvia de ideas se elabora la historia o el argumento del sociodrama. Se ordenan los hechos y las situaciones que se han planteado en la conversación previa y se distribuyen los personajes necesarios para plantear el tema elegido, es de suma importancia el cierre que se le da a la historia, por ningún motivo las historias quedarán sin final.

Luego de estos tres pasos se realiza la representación propiamente. Esta técnica es dinámica y alegre, útil para empezar a estudiar un tema, como diagnóstico, o para explorar el nivel de conocimiento que el grupo tiene sobre de algún tema en particular. También es útil para finalizar el estudio de un tema como conclusión o síntesis de él.

Posibilita acercarse y conocer la realidad de los participantes, ya que en cierta medida esta técnica es una herramienta proyectiva.

3) **Reflexiones finales.** Una vez concluida la representación, el terapeuta propiciará la discusión sobre los contenidos de la misma, retroalimentando los comentarios y fomentando que el grupo llegue a conclusiones sobre el tema, dando así el cierre de la actividad.

COORDINADOR: Psicología.

2.6 RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN

JUSTIFICACIÓN:

Las técnicas de relajación son una herramienta muy demandada en la sociedad actual donde el estrés y la prisa son fuente de malestar psicológico para gran parte de la población, producto de los propios cambios sociales en la época contemporánea. La relajación, una técnica clásica en psicología, sigue siendo ampliamente utilizada como medio de complementación de otros tipos de intervención como lo es el tratamiento de las adicciones.

Con esta actividad se procura hacer que los/las pacientes reflexionen sobre la importancia de la relajación, conocer la base de la misma y su aplicación a través de la experimentación de diferentes técnicas y la reflexión personal. Los/las pacientes aprenderán a integrar, a su cotidianeidad y de forma natural, diferentes prácticas sencillas: respiraciones, ejercicios y relajación con música y visualización.

Al acabar las sesiones se creará un espacio de escucha, de compartir y de darse cuenta de las dificultades, de los puntos de tensión y de los beneficios que se sienten después de haber hecho la práctica. Dando especial importancia al contacto con uno mismo, con el propio cuerpo, las sensaciones y las emociones. A encontrar en actividades sanas formas de tranquilizarse y llegar a relajarse.

OBJETIVO:

Disminuir la ansiedad que produce el síndrome de abstinencia por medio de técnicas de relajación.

METODOLOGÍA:

Se anexan diversos ejercicios de relajación: respiración profunda y relajación progresiva. Aplicables de 2 a 3 veces por semana.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Un control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para el cerebro (el ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones).

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

Para realizar estos ejercicios los/las pacientes pueden estar sentados o tendidos, en la situación que les resulte más cómoda para percibir el movimiento de la respiración.

Ejercicio 1: Inspiración abdominal

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago. Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral

El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo, una vez llenada la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal

El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

Ejercicio 4: Espiración

Este ejercicio es continuación del ejercicio 3, se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración

Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estómago y pecho). La espiración se hace parecida al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silencioso.

Ejercicio 6: Sobre generalización

Este es el paso crucial. Aquí se debe ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, solo, etc.

LA RELAJACIÓN PROGRESIVA

Edmund Jacobson es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo.

"Jacobson...descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la **Relajación Progresiva** (1938). Cuatro años antes se había escrito "Tú debes relajarte" como una versión para no profesionales del mismo material. Desde 1936 hasta los años sesenta, Jacobson continuó sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología Clínica de Chicago. Desde 1962, el procedimiento básico de relajación incluyó quince grupos de músculos. Cada grupo era tratado en sesiones que iban de una a nueve hora diarias, antes de continuar con el grupo siguiente, con un total de 56 sesiones de entrenamiento sistemático." (Botvin, 1983)

La cantidad de horas propuestas por Jacobson para el entrenamiento de la relajación progresiva es una limitación seria para la posibilidad de aplicación de la técnica. Fue Josep Wolpe quien adaptó la técnica como elemento de contra condicionamiento y la redujo a **seis sesiones de veinte minutos**.

Recomendaciones prácticas

Las siguientes sugerencias, tomadas de Goldfried y Davidson (1976) han demostrado su utilidad en la práctica clínica:

- a) Decir al paciente que está aprendiendo una nueva habilidad, del mismo modo que podría aprender a conducir o a practicar algún deporte. Ha aprendido a estar ansioso y ahora va aprender a relajarse, aunque esto requiere tiempo.
- b) Podría tener sensaciones "extrañas", tales como hormigueo o sensación de flotar. Esto son señales positivas de que se está "soltando". De un modo similar, la ansiedad, por un incremento aparente de los síntomas, como la frecuencia cardíaca o la tensión muscular, indica simplemente una mayor conciencia física y no una disfunción física resultante.
- c) Recomendar que "deje que las cosas ocurran y "que se deje llevar por el proceso".
- d) No debe tener miedo de perder el control, pues es libre de dejarlo en cualquier momento. Es responsable de la situación. Indagar sobre su miedo de forma periódica. Utilizar la analogía, por ejemplo, de montar a caballo: el control y el equilibrio básicos se consiguen "soltando los músculos".
- e) El aprendizaje de la relajación no es un examen que implique aprobar o suspender. Ni se desea un esfuerzo enorme. Es muy posible que los efectos tarden en aparecer y esto es normal.
- f) Es libre de moverse en la silla para buscar una posición cómoda, aunque no debe hacer movimientos corporales innecesarios o bruscos, ni debe hablar con el terapeuta si no es preciso.
- g) Puede mantener abiertos los ojos inicialmente si se siente más cómodo así, aunque más adelante debe intentarlo con los ojos cerrados.
- h) Podría hacerse mucho más sensible a las sensaciones asociadas al inicio de la ansiedad y tensión. Estas pueden utilizarse como pautas para interceptar el inicio de las mismas en el futuro.

COORDINADOR: Psicología

2.7 YOGA

JUSTIFICACIÓN:

El Yoga es una disciplina psicofísica de desarrollo personal cuyo camino se inició miles de años atrás, buscando superar el sufrimiento humano. Desde aquel comienzo se han elaborado y probado una infinidad de técnicas que mejoran la salud física, proveen fortaleza, equilibrio y paz en el nivel psicológico, incrementan el auto conocimiento y aumentan el nivel de consciencia.

El yoga actualmente contiene diversas ramas y cientos de métodos distintos (especialmente en el yoga del cuerpo, el Hatha Yoga), entre los cuales se pueden apreciar grandes diferencias. Por ello, es preciso mencionar el método de yoga que se utilizará en las UH. Se trata del método Kundalini o también llamado Terapéutico. Es un yoga integral que involucra yoga del cuerpo (hatha yoga), yoga mental (raja yoga), yoga del conocimiento (gnana yoga), yoga emocional (bhakti yoga), yoga de la acción (karma yoga) y yoga de la liberación de la energía para la expansión de conciencia (tantra yoga). Dos aspectos de este método a destacar son la incorporación de la experimentación e investigación científica de las técnicas y que enfatiza el desarrollo de la facultad del darse cuenta, *la auto percepción, la auto observación y la introspección.*

La sesión de **Yoga** constituye un espacio amable y tranquilo, en el cual no hay exigencias de rendimiento, sino solamente la invitación a trabajar suavemente el cuerpo y la respiración de acuerdo a las capacidades de cada persona. Las indicaciones del coordinador van guiando a los/las pacientes a reconocer, aceptar y actuar suavemente en el propio límite corporal. La única exigencia es comportarse en una forma tal que permita el normal desarrollo de la sesión y no distraiga a los demás.

Para personas en procesos de rehabilitación de adicciones, la práctica de **Yoga** comienza con técnicas que los conectan con su cuerpo, moviéndolo suavemente, flexibilizándolo y coordinándolo; además, con prácticas muy simples de respiración y una profunda relajación.

Más adelante se busca incrementar y profundizar la toma de conciencia del cuerpo, volver más sutil la percepción de las sensaciones corporales, la suavidad de los movimientos y del proceso respiratorio; asimismo, que logren mantenerse quietos y con la mente introvertida. El yoga puede permitirles a las personas con algún tipo de adicción, enfrentar y mirar aquello de lo que se habían acostumbrado a huir.

No siempre es agradable para ellos este inusual contacto con la interioridad, generalmente en las primeras clases experimentan inquietud y rechazo. De hecho este tipo de personas presenta una especial dificultad para quedarse quieta y para volver la mente hacia dentro, buscando inconscientemente pretextos para mover el cuerpo y así evitar la novedosa interiorización. Por tanto, en las sesiones, se insistirá repetidamente en tomar consciencia de lo que se siente, en observarse y en dejar que salgan los contenidos que comienzan a aflorar, poniendo a los/las pacientes precisamente en la dirección de enfrentar las emociones, los recuerdos, los complejos y las

obsesiones guardados y reprimidos. Dado que la CT es un espacio protegido y terapéutico, siempre hay algún terapeuta con quien pueden los/las pacientes conversar y ser acogidos si su ansiedad llega a ser muy intensa.

Al final de cada sesión se hará una práctica de interiorización de la atención y relajación que les lleve a un estado de profundo descanso físico y mental, brindándoles un oasis de relajación y silencio en medio de la inquietud y angustia propias del proceso en que se encuentran. Este es un momento grato y placentero que disfrutan mucho (y es un estado al que pueden llegar sin necesidad de ingerir ninguna sustancia dañina).

OBJETIVOS:

- Que sientan su cuerpo, lo muevan, perciban su respiración y se relajen.
- Que estas prácticas les vayan relajando, equilibrando y armonizando interiormente.
- Que puedan observar la actividad de la propia mente (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones, deseos) como un observador atento pero imparcial.

METODOLOGÍA:

Se realizarán sesiones de Yoga de 60 minutos con una periodicidad semanal o bien varias sesiones a la semana.

COORDINADOR: Profesor externo, Psicología, Enfermería y/o Trabajo Social.

2.8 ESPEJO DE VIDA

JUSTIFICACIÓN:

Esta actividad está encaminada al análisis personal dentro del trabajo grupal, favorece la capacidad de los individuos para verse a sí mismos, entender las razones de sus diferentes comportamientos y la relación que estos tiene con su ambiente contextual, a efecto de modificar los pensamientos, sentimientos y conductas, que le permitan, a cada uno, dirigirse a experiencias más constructivas y satisfactorias.

Los seres humanos somos formados gracias a la identificación con los otros, tomando como modelos al grupo primario (la familia) y a los grupos sociales subsecuentes (maestros, compañeros de escuela, etc.) Así, en los grupos el individuo se identifica con los demás miembros y éstos con él en una relación de espejo, en este sentido, que la actividad de espejo de vida permite que los/las pacientes tengan varias miradas de su persona y en ese sentido, esto posibilitará cambios que ayuden al tratamiento.

OBJETIVO:

- Promover la verbalización de un proceso de introspección y el análisis del paciente en proceso de tratamiento y rehabilitación con el apoyo de sus pares al reflejarle las características de su persona que se relacionan con su adicción.

METODOLOGÍA:

Esta actividad se le destinará una sesión a la semana de 90 minutos.

Se trabajará con los/las pacientes 9 rubros:

- a) No reconoces tu enfermedad.
- b) Te justificas y culpas a otros.
- c) No compartes emociones.
- d) Te aíslas.
- e) Te haces la víctima
- f) Guardas resentimientos.
- g) Eres egoísta.
- h) Eres deshonesto.
- i) Eres dependiente.

COORDINADOR: Psicología.

2.9 NUEVA RED¹

ANTECEDENTES:

En un estudio realizado por la Asociación Médica Americana y la Academia Americana de Pediatras en el 2007, menciona que el 62.5% de adolescentes (DiClemente y Cols.) presentan una pobre monitorización de la educación por parte del padre, un 70% de estos chicos afirmaron que la madre era la que ejercía la autoridad familiar y 1.3% que era el padre. Los adolescentes que percibían una menor autoridad paterna eran más propensos a tener un historial de consumo de marihuana y alcohol.

En España la ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día) realizó otro estudio llamado "Intervención en familias desde los centros de día" con 145 familias atendidas en siete centros de día especializados en adicciones. Cuyos resultados revelan que en el 29% de los casos atendidos existen antecedentes familiares en el abuso de sustancias adictivas, y que el 31% de las familias de origen de los drogodependientes que acuden a tratamiento presentan trastornos tales como ansiedad o depresión. En el 88 % de los casos la pareja o los hijos del paciente no presentan trastornos adictivos. Los resultados obtenidos señalan que la rehabilitación de un adicto que carece de familia "resulta más difícil que la de aquellos que cuentan con una red familiar" que sirva de control en las primeras fases del tratamiento y de apoyo a lo largo de todo el proceso. Por ello, una de las principales dificultades detectadas radica en definir el papel de la familia. La información adecuada y objetiva sobre lo que es un problema de drogas y los tipos de tratamiento existentes facilitan que "la familia pueda implicarse en el proceso terapéutico con unas expectativas realistas".

En resumen el trabajo con la familia del paciente con problemas de adicción, ayuda a que esta sea capaz de provocar cambios en el consumidor de drogas, en la identificación de los roles familiares, retomando la autoridad paterna perdida, favorece la resolución de conflictos sin miedo al enfrentamiento, todo ello con apoyo en un dialogo fluido (ASECEDI).

Centros de Integración Juvenil propone el proyecto Nueva Red a partir de 1994 para promover el acercamiento familiar – paciente en un contexto de trabajo personal y familiar, buscando desarrollar herramientas, habilidades, estrategias de afrontamiento, comunicación asertiva, entre otras para el tratamiento y rehabilitación.

JUSTIFICACIÓN:

En lo que respecta al tratamiento y la rehabilitación de un paciente adicto en recuperación, es importante no perder de vista que en algún momento surgirá nuevamente la apetencia por la droga utilizada, sin importarle el costo de perder todo aquello que alguna vez fue importante en su vida,

¹ Agradecemos al Dr. José Héctor Acosta, ex director de la UH Tijuana, por su valiosa orientación en la elaboración de esta actividad.

como su empleo, su hogar, sus amigos, familia y los logros del tratamiento mismo, de ahí la importancia de la creación de redes de contención y apoyo.

La columna vertebral de este proyecto “Nueva Red” es el modelo de autoayuda y ayuda mutua. Teniendo como definición de grupo de autoayuda como un conjunto de personas que tienen un problema común y buscan mejores formas de manejar su situación, hablando entre sí y ofreciéndose apoyo. Con reglas claras que lo hace un lugar especialmente propicio para escuchar con toda atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de todo asunto personal que se comenta. El grupo se hace un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden al participar, es especialmente útil para personas que están pasando por un periodo de transición y requieren de un cambio con respecto a roles y colocaciones sociales, porque permite reconocer en cada uno de los otros distintos aspectos del proceso y situación, así como alternativas y estrategias que pueden llegar a ser útiles. A lo largo de la vida del grupo se genera una manera de pensar y una forma de hacerle frente a la problemática específica que se aborda, mediante ideas, formas de respuesta y todo lo que se ha ido encontrando en común (Montaño, 2008).

Se construye así un medio social especializado, para que cada uno pueda aprender, al compartir abierta y libremente todo lo relacionado con una misma situación de vida.

Saber que hay otras personas con el mismo problema hace desaparecer el sentimiento de soledad y desamparo. Se entra así en una comunidad de apoyo y comprensión. Los participantes son pares, personas que han vivido una misma situación. Se establece un acuerdo de cuidado mutuo, lo que se dice en el grupo, se queda en el grupo. Pero lo que se aprende, sin detalles personales, es necesario compartirlo y difundirlo. Este acuerdo de secreto y resguardo frecuentemente es nombrado anonimato, implica un pacto o contrato con el que cada nuevo integrante se compromete a reservarse todos los detalles personales de lo que los otros comparten. Es posible así generar una situación de respeto para que todos puedan hablar libremente. Es mediante este acuerdo que se hace posible la ayuda mutua en el grupo de autoayuda. Gracias a la disposición personal y forma de trabajo grupal que las premisas de la ayuda mutua que pretenden no generalizar el problema, no dar juicios de valor, lo cual generan, la posibilidad de hablar en primera persona de lo que se siente, piensa, quiere y vive. Cuando cada uno habla en primera persona, se responsabiliza porque comienza a hacerse cargo de lo que ha vivido. El compromiso con la propia palabra permite comprender mejor la situación que se vive y los sentimientos que originan, para poder aprender. Se trata del camino necesario para tomar decisiones y emprender las acciones que son realmente apropiadas y necesarias para uno mismo.

En un grupo de ayuda mutua se establece un mecanismo de “verse en el otro” para reconocerse en otros y así aprender del individuo mismo, como cualquier reunión de un grupo de autoayuda; es algo que sucede gradualmente, conforme se va generando un clima de confianza, y compromiso con uno mismo y con el otro.

Es por ello que se generan responsabilidades y compromisos que benefician al grupo, donde se establecen las siguientes condiciones:

- Los integrantes llevan a cabo todas las actividades necesarias para la operación del grupo.
- Las responsabilidades, funciones y roles son temporales y se asignan rotativamente o por votación.
- Cada participante eventualmente asumirá todos los roles y responsabilidades necesarios para el funcionamiento del grupo.
- Se establecen en forma temporal comités y oficiales elegidos.
- En el grupo se va formando una pequeña democracia.
- En acuerdos y votaciones, todos participan en su organización y operación.
- El grupo puede sugerir reglas para mantener la armonía, respeto y confianza entre los integrantes.
- Es más importante ser democráticos que eficientes.
- Se busca que ningún participante sea considerado más importante por tener títulos, dinero, posición social o más tiempo en el grupo.

Las condiciones anteriormente señaladas posibilitan hacerle frente a la problemática de las adicciones en colectivo, no solamente por la ayuda profesional, sino por el intercambio de experiencias, entre pares (pacientes) y familiares que lograron salir de la problemática y mantenerse en abstinencia, lo cual puede ser logrado y generado por el grupo de Nueva Red.

OBJETIVO:

Que tanto pacientes, ex pacientes y familiares fortalezcan los objetivos y logros del tratamiento, con su participación en redes sociales de contención y apoyo.

METODOLOGÍA:

El grupo de **Nueva Red** se conforma con pacientes y sus familiares que llevan más de 7 semanas en el tratamiento residencial, así como los ex pacientes y sus familias que están en seguimiento el cual debe ser por un año.

En los grupos de **Nueva Red** no hay orden del día, puesto que tiene una población y problemas dinámicos, sin embargo, el mismo día del grupo, se establecen los temas a tratar, temas emergentes que competan al grupo en cuestión.

Cada sesión es de 90 minutos una vez por semana.

- Bienvenida (5'),
- Presentaciones de los integrantes (10'),
- Cuerpo de la junta (50'),
- Aportes y conclusiones personales (10'),
- Cierre (5'),
- Asuntos pendientes y despedida (10').

Responsable de la actividad el EMT.

Desarrollo general de las sesiones:

- Registro de asistencia (representante EMT o por paciente egresado).
- Establecimiento de un(a) coordinador.
- Bienvenida y explicación de la finalidad de la Nueva Red.
- Presentación de nuevos integrantes y sus expectativas.
- Acuerdos compromisos y responsabilidades para llevar a cabo las actividades.
- Inicio de sesión: La reunión comienza con la llegada gradual de los asistentes. En este grupo, los integrantes se sientan en círculo, como es común en la mayoría de los grupos de autoayuda en el mundo.
- Desarrollo de la sesión o junta (círculo de estudio o lectura, junta libre, junta con tema, junta con plática profesional).
- Aportes y conclusiones personales.
- Asuntos pendientes a tratar en las próximas reuniones.
- Propuesta de actividades fuera de Nueva Red (Actividades de rehabilitación, reinserción y promoción para la mejoría en calidad de vida).
- Final de la sesión.

COORDINADOR: Responsable del EMT:

- Inicia y concluye la sesión o junta.
- Da la bienvenida a nuevos (as) integrantes.
- Invita a los integrantes a exponer la finalidad y funcionamiento de la nueva red.
- Afirma el tema que se verá en junta o preguntará el tema que deseen tratar por votación según las necesidades del grupo.
- Otorga la palabra a los miembros de la junta conforme levante la mano.
- Motiva a que los miembros de la junta expresen opiniones o conclusiones personales y su relación con el sostenimiento de la abstinencia (o actitudes y pensamientos codependientes por parte de la familia).
- Distribuye tiempo para exposición de sugerencias de actividades a realizar fuera de las juntas de Nueva Red.
- Recuerda a los integrantes los acuerdos y responsabilidades establecidas por el grupo con anterioridad.
- Supervisa la organización y la planeación, la ejecución de los procedimientos y las responsabilidades, las necesidades, realización de cada una de las acciones operativas del proyecto Nueva Red.
- Supervisa y coordina a los co-facilitadores en sus funciones.
- Orienta y autoriza las sugerencias sobre las actividades externas de Nueva Red.
- Detecta y promueve recursos y su aprovechamiento que puedan ofrecer las personas integrantes de la Nueva Red y los encauzará para alcanzar los objetivos planteados.

- Acerca recursos externos a la Nueva Red que den respuesta a las necesidades de sus integrantes y que respondan a los objetivos establecidos.

Co-facilitador (a): (Paciente egresado dado de alta, familiar de paciente egresado dado de alta, o voluntario técnico):

- Prepara el material para el desarrollo de la junta.
- Recoge el material utilizado al finalizar la junta.
- Vigila la asistencia.
- Registra a los nuevos integrantes en el libro para ello.
- Registra, temas y sugerencias y actividades que se realicen fuera de la Nueva red, en las hojas guía.
- Motiva a los miembros de la junta a participar con confianza y abiertamente.
- Apoya en coordinar dinámicas y actividades supervisadas y autorizadas por el responsable de la actividad.

2.10 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

JUSTIFICACIÓN:

Al finalizar el proceso de tratamiento y una vez que el paciente ha alcanzado la abstinencia, hemos de considerar que el intento de superación de la adicción es un proceso largo y complejo, en el que pronto surgirán las primeras crisis. Muchos pacientes sufren diversos obstáculos para superar estas crisis (o dificultades) y tendrán nuevos consumos. Es preciso que el EMT tenga en cuenta que las caídas y recaídas son parte del mismo proceso de rehabilitación, por tanto, las recaídas no deben considerarse, como una indicación de la motivación que uno tiene, sino más bien como una falta que puede corregirse y cambiando los factores de riesgo individuales, es imprescindible que se le den herramientas a los/las pacientes que tomen en cuenta dicha problemática por medio de un taller educativo formativo en estrategias para mantener la remisión y control de la adicción.

Para esto, hay que tomar en cuenta que hay varios tipos de recaída (Litman et al. 1983):

- Evento discreto que se inicia con la vuelta al consumo de drogas.
- Como un proceso que de forma insidiosa conduce de nuevo al consumo.
- Como el retorno al consumo de drogas con la misma intensidad.
- Como el uso diario durante un número específico de días.
- Como una consecuencia del uso de sustancias.

Seguindo a Marlatt (1993), se puede definir la prevención de recaídas como “*un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas.*”

Uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción al consumo de drogas es la alta tasa de recaídas en los/las pacientes. Más allá del concepto de recaída que alude a la recurrencia de los síntomas de una enfermedad tras un período de mejoría, y que se extrae del modelo de la adicción como enfermedad, existe un amplio consenso entre los investigadores dedicados al estudio de las adicciones de la aceptación del modelo transteórico explicativo de los procesos de cambio de conductas adictivas, desarrollado por Prochaska y Di Clemente (1983, 1993) y en el significado que adquiere el fenómeno de la recaída en el proceso global de recuperación de los trastornos adictivos.

Una importante característica de este modelo es que es un modelo circular de cambio y no uno lineal. Si la persona recae, puede reentrar en el ciclo e ir a través del proceso otra vez hasta que el resultado deseado sea alcanzado. La prevención de la recaída está dirigida a la fase de mantenimiento en el modelo. Un objetivo fundamental no es sólo tratar de evitar la ocurrencia de la recaída, sino además, ayudar a la persona a permanecer en el cielo tras este suceso, intentando convertir la experiencia de la recaída en una experiencia de aprendizaje.

A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la

probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt y Gordon, 1985). Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de auto eficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, el anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar, por el contrario, las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

El proceso de detener el consumo y de cambiar el estilo de vida suele ser paulatino. La recaída es una situación que puede ocurrir en el camino de lograr la abstinencia y que no necesariamente implica un abandono o un fracaso en ese proceso. La persona debe reponerse después de una recaída o “desliz”, reiniciar su camino y aprender de ella.

La recaída es un proceso, es decir, es una serie de situaciones en que la persona participa activa y voluntariamente. Los factores de riesgo y las señales de alerta siempre surgen antes de que la persona recaiga, como una serie de eventos que culminan finalmente en la recaída. Una posibilidad de explicar por qué ocurre esto es que la persona no sea capaz de reconocer la situación como de riesgo, porque se trata de una situación nueva o porque no está lo suficientemente atenta a la situación y la pasa por alto sin identificarla como de riesgo.

Posiblemente las personas no conozcan las respuestas adecuadas frente a situaciones de riesgo. Así como también que las personas no sean capaces de usar estrategias de protección aunque las conozcan, porque se encuentran en un estado emocional demasiado intenso. También puede ocurrir que no les interese detener el proceso de consumo, por los beneficios que esperan obtener de él.

Distintos autores han observado que entre la aparición del deseo por la sustancia y el consumo mismo, hay un espacio de tiempo propicio para actuar. Por otro lado es importante pensar que antes de que ese deseo aparezca algo ocurrió con el sujeto, su familia, o el contexto que lo rodea.

Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras. Beck (1999) señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, así como estímulos externos, como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída.

La recaída es por tanto un hecho esperable. Depende no solo del individuo sino de todo un sistema. La recaída es vista como un proceso que se puede detectar y por lo tanto prevenir. Si la persona cede ante el deseo y consume, puede considerarse un “desliz”. Se da un pensamiento de tipo dicotómico; en el polo opuesto suelen sentir que todo lo pueden controlar pero cuando el control se debilita aparecen sentimientos de indefensión y desesperanza. Son situaciones que ponen a la persona en alto riesgo de consumo, para que ante nuevos estímulos ambientales, individuales o familiares se produzca una recaída total caracterizada por una crisis en la motivación para el cambio.

Las recaídas se juegan fundamentalmente en lo que se denomina fase de reinserción o alta, luego de un tratamiento de rehabilitación, en el que el sujeto y su familia se comprometieron en un plan de abstinencia. La prevención de recaídas consiste en brindar las herramientas para que aquella persona que ha dejado de consumir sepa reconocer cuáles son las creencias, mitos, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden llevarlo a reiniciar su consumo. De esta manera se puede actuar antes de que se produzca una recaída para evitarla o, en su defecto, después de la misma para aprender de ella y evitar futuras reincidencias.

Contenidos

1. Explicación del modelo	7. Estrategias de afrontamiento
2. Proceso de recaída	8. Solución de problemas
3. Motivación para el mantenimiento de la abstinencia	9. Redes de apoyo
4. Autoestima y autoeficacia	10. Situaciones de alto riesgo
5. Manejo de los factores internos y externos	11. Mitos sobre la adicción y la recaída
6. Habilidades para el manejo de la abstinencia	12. Evaluación y cierre

OBJETIVO:

Que el paciente aprenda a identificar aquellos factores de riesgo y protección internos y externos que pueden favorecer la recaída en el consumo de la droga.

METODOLOGÍA:

Se ha planificado un programa para la prevención de recaídas que desde el comienzo del tratamiento:

- Contemple aspectos cognitivos, emocionales y sociales a tener en cuenta durante el proceso biopsicosocial que está atravesando el paciente.
- Se mantenga un monitoreo semanal de actividades y entrevistas individuales y familiares así como de aquellas personas que se encuentran en interacción con el paciente.
- Se refuerce el abordaje sobre técnicas de afrontamiento, destrezas, habilidades sociales y resolución de conflictos.

El desarrollo del proyecto Prevención de Recaídas comprende 11 sesiones temáticas y 1 sesión de cierre.

Cada sesión dura 90 minutos con 10 minutos de apoyo una vez por semana.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo Social.

2.11 CUENTOTERAPIA

*"¿Y si las historias para niños fueran de lectura obligatoria para los adultos?
¿Seríamos realmente capaces de aprender lo que, desde hace tanto tiempo, venimos enseñando?"*
José Saramago

ANTECEDENTES:

Los cuentos, los relatos y los mitos han acompañado a los seres humanos a lo largo de su existencia, antropólogos como Levi-Strauss señalan que dichos mitos e historias son los intentos del ser humano por dar cuenta de los orígenes. Si uno recurre a cualquier explicación de los orígenes, nos encontramos con cuentos, con mitos, en ese sentido, el cuento y el mito está en el origen, en el desarrollo y en la muerte de cada ser humano.

Los cuentos responden a dos necesidades humanas: contar y ser escuchados. Es en este deseo humano de contar y ser escuchados, en el cual la literatura tiene sus orígenes. El poeta y ensayista Hans Magnus Enzensberger señalaba un detalle con respecto al inicio de los cuentos, esto es que los analfabetas clásicos (pues la escritura y la lectura era solo de la nobleza) no sabían escribir ni leer, pero si sabían contar, en este sentido, eran los depositarios y transmisores de la tradición oral, y por tanto, inventores de los cuentos, a ellos se les conocía como juglares o trovadores.

Los juglares eran artistas en la Europa medieval quienes contaban historias o leyendas, cantaban y tocaban instrumentos musicales. Se llamaba juglares a quienes hacían este papel en espacios nobles y trovadores a nivel popular, ambos jugaban un papel primordial en la transmisión cultural, a saber, eran los transmisores de tradiciones entre generaciones, así, los personajes narrados eran reflejo de pensamientos e imaginarios colectivos. Es ahí donde podemos ubicar, en la antigüedad, cuentos que narran el temor frente a fenómenos desconocidos de la naturaleza (mitos en torno a ellos que encontramos desde los griegos), dichos relatos (los orales) fueron siendo modificados de uno a otro narrador, siendo cuentos que tenían la característica de no tener una forma única, sino fluctuante, como la humanidad misma. Por tanto, los cuentos, a nivel histórico han sido modificados con respecto a los imaginarios sociales propios de cada época.

Según Varela: "*El cuento -en general- es una narración de lo sucedido o de lo que se supone sucedido*", en este sentido, nos percatamos que se acentúa lo narrado, es decir, cuento sería la narración de algo que sucedió, se imaginó que sucedió o que podría suceder, si cuento es lo que se narra, entonces hay una relación entre contar y hablar, el cual, es el instrumento mismo de cualquier proceso terapéutico: la palabra. Ubicando al cuento, como se decía al comienzo, en esa necesidad humana de contar y ser escuchado. Es en estas dos necesidades que se comenzó a utilizar los cuentos con fines terapéuticos dando origen a la cuento terapia, estableciendo una disciplina que, a partir de la importación de diversos conceptos y ramas del saber, comienza a utilizar los cuentos con fines terapéuticos.

JUSTIFICACIÓN:

Los cuentos son productos sociales, por tanto, en ellos se encuentra, de forma metafórica, imaginarios colectivos. En este sentido, los cuentos y sus fantasías, son producto de las fantasías de las personas y por tanto, pueden servir como una herramienta para adentrarse en su mundo psicológico, e incluso en utilizarlos con fines de trabajar sobre las fantasías de los sujetos, o tomarlos como metáforas de la vida cotidiana para conseguir efectos terapéuticos.

Los cuentos permiten que los/las pacientes se adentren en su mundo psíquico por medio de la identificación con los personajes, las situaciones, el contexto, así como en sus problemáticas y soluciones de un modo metafórico, no intrusivo y por tanto, permite adentrarse a situaciones y problemáticas que, de otro modo generarían resistencias para abordarlas.

Al mismo tiempo que divierte, el cuento ayuda a comprenderse y alienta el desarrollo de la personalidad, incluso, los cambios en la misma, en tanto la personalidad nunca es acabada, sino es un permanente “siendo”. Brinda significados a diferentes niveles y enriquece la existencia.

Cabe señalar que los cuentos tendrán distintos significados para cada persona, e incluso para la misma persona en diferentes momentos de su vida. Asimismo, los/las pacientes obtendrán un significado distinto de la misma historia según sus intereses y necesidades del momento. Si se les ofrece la oportunidad, recurrirán a la misma historia cuando estén preparados para ampliar los viejos significados o para sustituirlos por otros nuevos.

El cuento funge como una herramienta terapéutica, en tanto permite que los/las pacientes encuentren sus propias soluciones mediante la contemplación de lo que la historia parece aludir sobre ellos mismos y sobre sus conflictos internos, en el momento de su vida que están cursando. Normalmente el contenido de la historia elegida no tiene nada que ver con la vida externa del paciente, pero sí con sus problemas internos, que parecen incomprensibles y, por lo tanto, insolubles. El cuento no se refiere de modo total al mundo externo, aunque empiece de manera realista e invente personajes cotidianos, sino que evoca a conflictos interiores y en ocasiones, sugieren algunas posibles soluciones. Por su sencillez y fácil acceso, permite que los sujetos se vean identificados sin sentirse inferiores, cosa que puede suceder a los/las pacientes frente al saber científico.

OBJETIVOS:

- Utilizar a los cuentos como herramientas complementarias de un modo terapéutico para la rehabilitación de los/las pacientes por medio de la escucha de comentarios grupales.
- Utilizar los cuentos como metáforas para generar reflexiones y favorecer cambios.

METODOLOGÍA:

1. Narración de cuento seleccionado.

Objetivo: trabajar situaciones de conflicto para los/las pacientes que participan en el taller a través de la narración del cuento elegido para esa sesión.

Los cuentos serán previamente seleccionados por los terapeutas conteniendo temáticas diversas relacionadas con el "Tema de la Semana" y se eligen atendiendo a que su contenido guarde relación con las dificultades de cada uno de los/las pacientes, además de esto, deberá tomarse en cuenta que los cuentos deberán ser cortos que se puedan analizar en una sesión de acuerdo al tiempo propuesto. La elección del cuento además va a estar determinada por la valoración del terapeuta del momento adecuado para trabajar un conflicto que permita tanto elaboraciones individuales, como también grupales.

2. Debate

Esta segunda parte tiene la función de fomentar la reflexión de los/las pacientes a partir de lo expuesto en el cuento anteriormente narrado buscando generar un espacio propicio para hablar sobre la identificación con los personajes, la expresión de emociones que les ha suscitado, que le ha sugerido a cada uno, decir lo que sienten, por qué les ha gustado más o por qué no, escuchar opiniones de los demás, e incluso analizar que hubieran hecho ellos en lugar del personaje frente a determinada situación.

3. Cada sesión finalizará con el resumen de lo hablado en sesión y una retroalimentación guiada por el terapeuta de todas las aportaciones de los/las pacientes que han sido recogidas durante la fase del debate.

Duración sesiones: 1 hora y media.

20 minutos de narración 40 minutos de debate y 30 minutos de conclusiones.

Periodicidad: Semanal

COORDINADOR: Psicología.

TEXTOS SUGERIDOS:

- 1) Robert Fischer: "El caballero de la armadura oxidada"
- 2) Miguel Ruiz: "La maestría del amor"
- 3) Yohana García: "Francesco: una vida entre el cielo y la tierra" (Audio Libro en 25 caps. Narrado por Mariano Osorio)
- 4) Yohana García: "Francesco: Decide Volver a nacer"
- 5) Yohana García: "Salvemos el amor"
- 4) Jorge Bucay: 26 Cuentos para pensar
<http://miportalespiritual.com/cuentos/bucay26.htm>
- 5) Cuentos sugeridos por la Asociación "Cuentoterapia":
http://www.cuentoterapia.com/#option=com_content|view=cuentos

Nota: Si bien se sugieren estos cuentos, no son limitativos, es decir, se pueden utilizar cuentos que el EMT crea son importantes para el desarrollo del tratamiento y rehabilitación de los/las pacientes.

2.12 MUSICOTERAPIA

ANTECEDENTES:

La música ha sido una práctica artística que ha acompañado al ser humano a lo largo de nuestra existencia. La música nos remonta a la prehistoria, es decir, antes de la escritura ya había música. Se puede señalar que el origen de la música con fines terapéuticos da inicio en los ritos prehistóricos, donde la música acompañaba a la magia de los ritos, y las ceremonias de “curación”, más allá de su carácter científico, podríamos decir que instrumentaban lo que el antropólogo Levi-Strauss llamaba “eficacia simbólica”, que es algo que funciona más allá de lo científicamente aceptado.

El uso de la música con efectos terapéuticos tiene sus antecedentes, en el viejo Egipto, en 1889, en la ciudad de Kahum, se encontraron unos papiros que datan del año 1500 A.C. en donde se establece una relación entre el uso de la música y su capacidad de curar mente, cuerpo y alma. También encontramos este tipo de referencias en el pueblo hebreo, donde se utilizaba la música con fines terapéuticos a partir de problemas mentales y físicos.

Los filósofos griegos como Pitágoras, Platón y Aristóteles entre otros, sientan fundamentos filosóficos sobre lo que hoy en día llamamos musicoterapia. Según **Pitágoras**, las enfermedades del alma se debían a un desorden armónico (musical) en el alma humana, y así, la música era el instrumento que permitía lograr de nuevo la armonía perdida. Por otra parte, **Platón** le adjudicaba un valor divino a la música, señalando que podía dar placer o aletargar. En su obra “La república” señala la importancia de la música como factor educativo en los jóvenes. **Aristóteles**, por su parte, dedico parte de su obra a teorizar sobre la influencia que tenía la música sobre los seres humanos, específicamente su teoría del Ethos, palabra griega que tiene diversas traducciones, una de ellas sería lo que influye en los estados del ánimo humano, así como en el carácter, por lo que éste filósofo señalaba que cada melodía era creada para generar un estado de ánimo distinto.

Más tarde, en la Edad Media hay dos autores que resaltan los caracteres terapéuticos de la música, a saber: **San Basilio y Severino Boecio**; el primero de estos, en su obra “Homilía” señalaba que la música podía generar tranquilidad y “calmar las pasiones del espíritu”, por otra parte, el segundo, en su obra “De instituciones música” retoma lo señalado por Platón, estableciendo que “por su naturaleza la música es consustancial a nosotros, de tal modo que o bien ennoblece nuestras costumbres o bien los envilecen”. Boecio categorizó la música en tres partes:

- I. Música mundana: está presente entre los elementos del universo.
- II. Música instrumental: la que es producida por instrumentos musicales.
- III. Música humana: la música que tenemos dentro de nosotros.

En el renacimiento hubo un sinnúmero de autores que abordaron la relación de la música con respecto a la salud física y mental, entre estos, al flamenco **Joannes Tinctoris** y su obra “Efectum Musicae”, donde aborda los efectos tranquilizadores de la música en el ser humano. Más tarde, en el

Barroco se da el surgimiento de “la teoría de los afectos”, la cual podríamos ubicar como una continuación de la teoría anteriormente señalada, la teoría griega del Ethos, lo cual genera un estilo musical: la ópera.

Todos estos antecedentes desembocan en el siglo XVIII, dando paso al estudio en forma científica sobre los efectos que la música tiene sobre el organismo y la mente, varios médicos comienzan a interesarse por este fenómeno como son: el francés **Louis Roger** o los ingleses **Richard Brocklesby y Richard Brown**, este último dedico un libro que lo intitulo “medicina musical”, claro antecedente de la musicoterapia, en el desarrollo del libro intensiona analizar en qué medida repercute la música en las enfermedades respiratorias, obteniendo resultados en dos sentidos: por una parte, se percató que cantar afectaba a los casos de neumonía o algún trastorno inflamatorio de los pulmones, sin embargo, se percató de un hecho: a los enfermos de asma crónica, al cantar, se espaciaba el tiempo de tener ataques.

En el Siglo XIX se continuó con estudios científicos sobre el uso de la música en procesos terapéuticos, en este siglo, el médico **Héctor Chomet** escribió un libro titulado “La influencia de la música en la salud y la vida” (1846), donde se interesa por el carácter preventivo de la música en el desarrollo de ciertas enfermedades.

En el Siglo XX, a partir de la primera guerra mundial, se inicia la contratación de músicos para que toquen en hospitales donde se recuperan combatientes estadounidenses. Por su parte, **Karl Orff**, compositor alemán, a quién se le conoce por haber diseñado un método exitoso para la enseñanza musical en niños, dice que desde un enfoque social, la música en tanto creatividad unida al placer, fomentaba una mejor socialización de los individuos, así como aumento en la confianza y la autoestima.

En el siglo pasado sucede algo trascendental, en 1950 se inaugura la “*National association for music therapy*” (Asociación nacional para la musicoterapia) la cual empieza a encargarse de estudiar científicamente los efectos de la música en procesos terapéuticos y promover la carrera de musicoterapia en las universidades.

En 1968 Latinoamérica, principalmente en América del Sur (Argentina, Brasil, Uruguay y Perú) comienza a fundar escuelas dedicadas al estudio de la musicoterapia, se llevan a cabo las “Primeras Jornadas latinoamericanas de musicoterapia”. Como movimiento mundial se da el primer congreso de carácter internacional en la Ciudad de París en 1974.

En el mismo año se conforman diversas academias: en Inglaterra se funda la “*British Society for music therapy*”, en Italia la “*Asociación Italiana de Estudios de la Musicoterapia*”, en España la “*Asociación Española de Musicoterapia*”.

En esta época el médico inglés Robert Burton escribió una obra titulada “La anatomía de la melancolía” (1962), en donde comenta que la música guarda caracteres curativos.

Actualmente la musicoterapia como disciplina de Salud se ha extendido alrededor del mundo, en la actualidad se han desarrollado carreras de grado y posgrado para impartir la musicoterapia.

MARCO CONCEPTUAL:

¿Qué se entiende por musicoterapia? Según la Asociación Internacional de Musicoterapia, la musicoterapia es: *“la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.”*, en este sentido, el uso que se propone de la musicoterapia en las Unidades de Hospitalización será, precisamente, un apoyo que intente restituir, o incluso descubrir potenciales y funciones del individuo para que lo ayude en su reestructuración corporal, psíquica y social. Así, la musicoterapia ofrece una aplicación científica de la música con finalidades preventivas, terapéuticas y rehabilitatorias.

La musicoterapeuta Gabriela Guaglione, por su parte, comenta que la musicoterapia no es una terapia que utilice el registro de lo verbal (aunque se puede introducir el análisis de letras de canciones relacionadas con las problemáticas de los/las pacientes), sino la base *“corpóreo sonoro musical como medio o elemento clave en su abordaje...el cual favorece la adaptación social y optimiza la calidad de vida”* Si bien, en un primero momento la musicoterapia, tal como Guaglione señala no pasa por el registro verbal, es preciso comentar que, por medio de la musicoterapia se generan afectos que, en un segundo momento, es preciso expresarlos.

De K. Bruscia, 1997, señala que la musicoterapia ayuda en la regulación del estado de ánimo.

Según Mendoza (2007), la aplicación de la musicoterapia se divide en dos: la musicoterapia clínica y la musicoterapia preventiva y comunitaria. La primera hace referencia a la musicoterapia orientada, con un enfoque clínico y a una persona, la cual tiene un contexto en un ámbito hospitalario en donde el musicoterapeuta es solo un miembro de un equipo multidisciplinar, en la cual lo que se busca es un cambio o progreso en la cura de los/las pacientes, por otra parte, en la musicoterapia preventiva y comunitaria se trata, como su nombre lo indica, de promover y prevenir problemas de salud. Por lo que, habría que señalar que hay diversos ámbitos de aplicación para la musicoterapia. Ya sea a nivel preventivo, como también en tratamiento.

Científicos del Instituto Neurológico de Montreal y de la Universidad McGill de Canadá han descubierto que un neurotransmisor (dopamina), situado en el cerebro, es el responsable de generar sensaciones placenteras, "incluso escalofríos", cuando se escucha determinada música, agradable al oído. (Nota publicada el 11 de enero, 2011)

JUSTIFICACIÓN:

¿En qué sentido puede ayudar la musicoterapia y sus avances en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones? Una primera aproximación aportando una relajación natural con respecto a la ansiedad/angustia despertada por el síndrome de abstinencia e intoxicación, por otra parte, según

Lopera (2005) por medio de ejercicios rítmicos para mejorar la coordinación y la resistencia física, en tanto puede facilitar el contacto con bloqueos emocionales concretos y servir de causa de poder expresar emociones, y por tanto, tener efectos terapéuticos.

De acuerdo a Mendoza, la musicoterapia clínica será aplicada a pacientes en ámbitos hospitalarios, es decir en el contexto de las Unidades de Hospitalización, como una parte del tratamiento residencial pero centrado en un problema colectivo, no individual.

OBJETIVO:

- Descubrir potenciales o restaurar las funciones del paciente de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través del tratamiento y rehabilitación.

METODOLOGÍA:

Con el fin de apoyar esta actividad psicoterapéutica, al final del presente documento, se les recomienda algunas referencias bibliográficas para lograr esta tarea. Se sugiere buscar la sala más silenciosa de la Unidad, con fin de que no se escuchen sonidos que generen ansiedad. Se deberá contar con instrumentos musicales que sean de fácil manejo, o bien utilizar equipos reproductores de sonido. La música o la música con letra que se utilice deben responder a los gustos del paciente, los familiares y de personas importantes para el mismo ("la historia sonora de los/las pacientes"), sin olvidar que responda a la historia compartida con respecto al grupo, dice la musicoterapeuta Ofelia Herrendorf *"El profesional debe estar siempre dispuesto a usar el lenguaje sonoro del paciente"*

El psicólogo deberá tener claro con qué tipo de pacientes estará trabajando terapéuticamente dentro de las Unidades de Hospitalización, específicamente respecto de ciertos aspectos éticos. Por ejemplo: la marginalidad que roza a este tipo de pacientes, en este sentido, el objetivo terapéutico será la pronta recuperación de los/las pacientes y un apoyo al conjunto del tratamiento residencial, intentando no establecer juicios morales con respecto a su enfermedad, sino tener como horizonte la rehabilitación. Por otra parte, es importante dejar en claro que la musicoterapia es un engranaje del sistema del tratamiento residencial, por lo que, habrá que buscar incluir dicha actividad en un trabajo verdaderamente interdisciplinario y en conexión con las otras actividades de la CT, así como su articulación con el Tema de la Semana.

El terapeuta trabajará sobre dos ejes sugeridos (se pueden idear más según las características particulares del grupo):

A) Límites del cuerpo y sociales:

Escuchando música, al igual que la risa, el ejercicio físico, la comida y el sexo, se logra penetrar en una experiencia sensorial tan grande, que ésta influye enormemente en nuestro estado de ánimo por la producción de neurotransmisores cerebrales y neurolépticos como las endorfinas, con una disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como, una importante relajación muscular.

El filósofo francés, Merlau-Ponty, señalaba que el cuerpo es: “...*el espacio expresivo y es el origen de todos los espacios*”, en este sentido, el cuerpo no es solamente un conjunto de órganos fragmentados, sino un producto también de vivencias sociales y psicológicas.

Reconocer los límites del cuerpo propio, por medio de la música, genera un autocuidado del mismo. Además del carácter biológico del cuerpo, con la musicoterapia se intenta generar en los/las pacientes una pregunta: ¿Por qué estoy auto-dañando mi cuerpo? Pues, en el uso de sustancias adictivas existe una autoagresión con respecto al cuerpo. El generar, por medio de la música, sentir los límites del cuerpo, permitirá y favorecerá que los/las pacientes se den cuenta de un hecho: ¿hasta dónde exponerlo?, lo cual generará el inicio del autocuidado.

Un tema sumamente importante a trabajar con los/las pacientes desde la musicoterapia son los límites, debido a que el problema de la adicción tiene una relación directa con la incorporación o asimilación de límites y normas. En el apartado anterior ya se mencionó que lo primero a trabajar será los límites corporales, después de este momento, se propiciará extender los límites a un nivel social. En este punto, es preciso que el psicólogo tenga claro el objetivo. ¿Cómo lograr esto? respetando un encuadre como en cualquier terapia: sesiones realizadas en el mismo lugar, puntualidad, respeto del horario, respeto de la frecuencia, etc., es decir, generar constantes en la vida de los/las pacientes dentro de la Unidad.

B) Análisis de Letras de canciones

Se busca que el psicólogo establezca un espacio para la reflexión a partir de letras de temas musicales, por medio del análisis de las mismas con el fin de reflexionar su contenido y semejanza con la vida cotidiana. En esta modalidad, el terapeuta utilizará una canción semanal escogida en conjunto con los/las pacientes que tenga relación con el Tema de la Semana. Llevando a la reflexión y discusión la letra propiciando conclusiones alrededor del tema.

Cada sesión dura 60 minutos una vez por semana.

COORDINADOR: Psicología.

PROPUESTAS MUSICALES:

1. Heroína-vico C
2. Después de la caída- funky
3. Anoche llegaste tarde-funky
4. Ayúdame-funky
5. El camino-funky

6. Todo a pulmón (Miguel Ríos)
7. Niño sin amor: El Tri.
8. Gracias en 45 idiomas – Guillermo Echavarría
9. Sí, sí, sí puedo – Victor Giordani
10. Mi éxito – Mario Pintor
11. Es tiempo de cambiar – Juanes
12. Color esperanza – Diego Torres
13. Sueña – Luis Miguel
14. La canción del éxito – Autor desconocido
15. Gracias a la vida – Mercedes Sosa
16. El desempleado – Fernando Marín
17. Lo mejor empieza aquí – Jairo Guerrero
18. Nada es imposible – Ricky Martin
19. En nuestras manos – Gian Marco
20. Piedra - Caifanes
21. El no lo mató - Haragán
22. Risas de colores - Gusana Ciega
23. Maldito alcohol – PITBULL
24. Muñequita sintética - Haragán
25. Amnesia - El Tri
26. Exiliado en el lavabo -Estopa
27. Veneno en la piel letra – Radio Futura
28. Laura Pausini: escucha a tu corazón y el valor que no se ve
29. No basta - Franco de vita
30. Pégale a la pared -Reyli
31. Necesito amarme - Alejandra Guzmán
32. Hoy es un buen día para empezar - Arjona

Nota: Si bien se sugieren las canciones anteriormente citadas, se resalta la importancia de establecer un “diagnóstico musical” de acuerdo con el grupo que están trabajando y utilizar canciones que tengan relación directa con ellos en función del objetivo primordial que es el tratamiento y rehabilitación de los/las pacientes.

2.13 HISTORIA FAMILIAR

JUSTIFICACIÓN:

La familia ha sufrido cambios importantes a través del tiempo sin embargo se le sigue considerando como el agente primario en el proceso de socialización, toda vez que es el espacio donde justamente se sientan las bases sobre las creencias, los valores, los límites y los estilos de comunicación además de otros aspectos que construyen y dan forma al entorno familiar y que más adelante darán pauta a la interacción del individuo en ámbitos más extensos (amistad, escuela, trabajo y sociedad).

Así, es bien sabido que en los años 40's predominaban las familias constituidas por padre, madre e hijo o hijos (también llamadas familias nucleares tradicionales) sin embargo a través del tiempo las circunstancias familiares han tenido cambios importantes por lo que a la fecha en México los hogares familiares encuentran su fundamento en las relaciones de parentesco que existen entre sus miembros; hay casos donde el padre o madre, convive sólo con sus hijos (hogar monoparental) o bien convive con los menores hijos y su cónyuge (biparental); en conjunto, a estos hogares se les denomina nucleares y representan el 70.9% del total. Aun ante la creciente dificultad económica de iniciar o mantener constituida una familia, se observa un aumento paulatino en el número de hogares con estructura extensa (hogares ampliados y compuestos); de acuerdo con datos de la muestra censal de INEGI (2012b), en 62.7% de los hogares extensos convive la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar, sin importar la convivencia con otros parientes. No obstante, las relaciones familiares mexicanas se han visto notoriamente afectadas por una serie de cambios debido, entre otros elementos, al incremento en el índice de divorcios y la proliferación de familias reconstruidas, el incremento de relaciones extramaritales y la cohabitación, así como por el aumento del nivel educativo de las personas y las uniones en los distintos tipos de familias (Montalvo, Espinosa y Pérez, 2013).

Tal circunstancia permite vislumbrar que esta diversidad en la constitución de las familias conlleva para cada diferentes estilos de relación, en la que se puede detectar que si bien es cierto la familia juega un papel importante como factor primario para la protección, también suele convertirse en un elemento perpetrador de actos de violencia en la que los malos tratos, los abusos sexuales, el consumo alcohol o de sustancias, adicional a las condiciones de violencia en el país, delincuencia, extrema pobreza; dan forma a estilos de relación en las que se el deterioro de los vínculos deriva en condiciones de salud deficiente, depresión, suicidio, violencia en la pareja, maltrato infanto-juvenil o bien la expulsión del niño o adolescente de casa.

El debilitamiento de las relaciones en la familia se puede ver reflejado en bajos niveles escolares o incremento en el abandono escolar, intentos o actos de suicidio, depresión, presencia importante de niños y niñas o adolescentes arrojados del núcleo familiar y que pasan a vivir en la calle, consumo

de sustancias, delincuencia y otras situaciones que, de acuerdo a sus propias características dan forma y reflejan el resultado de interacción dentro del ámbito familiar.

En lo que se refiere a pacientes con problemas en el consumo de sustancias, se ha detectado que se caracterizan por ser familias en las que la adicción cumple una función que a su vez la da estabilidad a la familia, existen dificultades en las fronteras generacionales, ocultando dificultades más allá del paciente identificado, o bien puede ser una forma en que la familia se reúna, ésta y otras circunstancias evidencian la adicción como una dificultad familiar. Es decir, su ocurrencia en gran medida es parte del proceso de interacción que los involucra, en donde el cambio en uno de sus integrantes es parte del cambio que ocurrirá a nivel familiar.

Finalmente es importante considerar que si bien es cierto existen circunstancias en las que la familia juega un papel importante en el impacto y características propias de cada individuo, también es la familia un espacio en el que se brindan las acciones y necesidades propias para facilitar la recuperación del paciente.

Considerando lo anterior y que la familia de los/las pacientes tiene un espacio en la Unidad de Hospitalización en la que realizar el análisis y revisión de los diversos aspectos que les involucran, la propuesta gira en torno a la modificación necesaria del lugar que el paciente tiene en el vínculo con sus familiares.

OBJETIVO:

- Brindar un espacio de reflexión y análisis en el que los/las pacientes logren identificar la importancia de la dinámica familiar en la que se encuentran inmersos, la influencia (emocional, relacional) del consumo de sustancias en sus relaciones dentro del núcleo familiar, de tal forma que se favorezca la generación de nuevos estilos de relación del paciente.

METODOLOGÍA:

La actividad se realiza una vez a la semana vinculada con el tema de la semana, la duración corresponde a 60 minutos, en la que se especifique la influencia del consumo de sustancias en la vida de los/las pacientes y la dinámica familiar, para lo anterior se abordaran los siguientes temas.

1. Familia de origen.
2. Valores y límites.
3. Comunicación.
4. Historia de consumo en la familia.
5. Violencia familiar.
6. Paternidad
7. Maternidad

COORDINADOR: Psicología, Trabajo Social

2.14 RELACIÓN DE PAREJA

JUSTIFICACIÓN:

La pareja tiene varias dimensiones: es una relación, es una institución, es una porción sustancial del imaginario cultural y es también, un ámbito de vivencias personales y de modo de vida a los que se arriba con la edad. Las razones por las que dos personas se unen, de igual manera es diversa, sin embargo, en términos generales se unen porque en el momento en que toman tal decisión tienen la impresión – a menudo correcta- de que la compañía y la presencia del (a) otro (a) les complementa (Döring, 2000). Puede ser a través de un contrato explícito (legal) o implícito (social), en la que la presencia de una pareja abre la posibilidad de disfrutar la compañía, compartir gustos y disgustos, construir una relación de apoyo y crecimiento, siempre y cuando se cumplan determinadas condiciones. Lo anterior, no significa que en lo general cada persona considere la vivencia en pareja como un proyecto de vida hay quienes, aunque son minoría, dentro de su proceso no contemplan esta experiencia como parte de sí.

Es importante precisar que no hay un modelo de pareja en virtud que a través del tiempo, la conformación de ésta se ha visto influida por los procesos sociales, económicos, políticos y culturales, no es lo mismo hablar de una pareja de los años cincuenta a aquella que se aprecia en la época actual. De igual forma, para considerar su estudio y comprensión, es importante atender que cuando se haga referencia a ésta, es necesario entender que tiene implicaciones en lo personal y en lo subjetivo, que para su abordaje existen distintas aproximaciones teóricas y metodológicas, que en su conformación cada pareja posee sus propias características e intereses, que es distinta a un matrimonio y la familia, todas cambiantes, que toda pareja hace referencia al amor, antes y más allá de la ley y el orden. Es también fundamental considerar que para su comprensión y estudio, la etnicidad es un punto a tomar en cuenta, así como considerar que ha estado y está en crisis, entendiéndose como una realización difícil en continuo equilibrio entre el amor y odio.

La vivencia de la pareja, es parte de los procesos de pasaje de la infancia a la adolescencia o a la edad adulta. Permite también, empoderarse o perder poderes. Es concebida para mujeres y hombres de distinta manera, por lo que es necesario considerar que a través de su proceso de transformación existen elementos que pueden preservar su constitución o bien llevar a la conclusión de ella. En muy pocas ocasiones las parejas se constituyen sobre la base de un proyecto común, circunstancia que a través del proceso vivencial da la pauta para evidenciar diferencias que aumentan la complejidad en el vínculo. Nos referimos a los actos de violencia en la relación y el consumo de sustancias, que en gran medida permean los diferentes estados por los que atraviesa la pareja y que tienen un impacto importante en sus integrantes. Por lo anterior, la inclusión del tema de pareja en el tratamiento de los/las pacientes en las Unidades de Hospitalización atiende la necesidad de abordar el tema e intervenir en este ámbito.

OBJETIVO:

Brindar elementos que permitan al paciente, atender su concepción de la pareja, su participación en la conformación y transformación de ésta, así como la influencia que el consumo de sustancias y la violencia han tenido en su relación.

METODOLOGÍA:

A través de las sesiones, en el transcurso de 60 minutos se brindarán elementos que permitan el análisis y reflexión en torno a los siguientes temas:

1. Concepción de la pareja.
2. Patrones y tipos de relaciones afectivas.
3. Mitos en torno a la relación de pareja.
4. Experiencia emocional en la vida en pareja.
5. Violencia en/hacia la pareja.
6. Pareja y adicciones.

COORDINADOR: Psicología, Trabajo Social

2.15 SEXUALIDAD**JUSTIFICACIÓN:**

Ha sido ampliamente comentada la dificultad y sentimientos encontrados que han enmarcado el abordaje de la sexualidad al ser considerado a través del tiempo como un tabú, sin embargo y considerando que los cambios culturales y las necesidades fundamentales para el abordaje del tema, han permitido a través de diferentes vertientes y posturas ser más abierto y tener mayor libertad para abordar el tema, sobre todo para traspasar el que su omisión ha favorecido que se atienda o entienda como algo prohibido. Por ello, en primera instancia se realizará una definición diferencial acerca de la terminología con la que comúnmente suele describirse a la sexualidad.

De acuerdo a la OMS, el sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. Para el caso de la sexualidad, esta es definida como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades, roles de género, orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos,

sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, de acuerdo a la edad y contexto desde el que se aborda.

Lo fundamental en el momento en que se atiende en sus diferentes contextos es considerar que se pretende que su abordaje e intervención se encamine hacia la salud sexual, entendida como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, que además requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la propia sexualidad y las relaciones sexuales, que permita la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. A través del tener acceso a los derechos sexuales de todas las personas, que deben ser protegidos, respetados y cumplidos.

Para lo anterior, es importante considerar que como parte del desarrollo psicosexual suele entenderse que las tareas relacionadas con esta salud sexual varían de acuerdo a la edad, así en la infancia se identifica la importancia de la conformación de la identidad sexual, pretende el aprendizaje del rol social o cómo actúa la identidad sexual, en la pubertad se establece el reconocimiento del propio cuerpo frente a las sensaciones, la normatividad afectiva se enriquece, en cuanto, comienza a incorporar las pautas que regulan los comportamientos sexuales, en una sociedad en particular, respecto de situaciones sexuales, ligadas al placer, excitación y orgasmo. Para el caso de la adolescencia, se produce el aprendizaje de sexual general, formas de seducción y cortejo, consolidándose, al mismo tiempo, una normatividad afectiva anterior (Ikastola, 2012).

Es importante considerar que para el estudio y comprensión de la sexualidad se han dividido en holones de la sexualidad (Rubio, 1994), los cuales hacen referencia a:

Reproductividad: La posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjo, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

Género: La serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

Erotismo: son los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de sus vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

Vinculación socio-afectiva: Se entiende como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan (Citado en Contreras, De Keizjer y Ayala, 2010).

Considerando lo anterior y atendiendo a la importancia que tiene la relación entre el consumo de alcohol y otras sustancias y el ejercicio de la sexualidad, existen diferentes estudios que hacen referir la relación o no entre éstas, sin embargo y atendiendo a la importancia para abordar el

tema, es necesario considerar que cualquier elemento hostil que interfiera entre la naturaleza y dos personas que deseen compartir su sexualidad puede diferir y distorsionar su óptima vivencia; es decir considerar que el consumo de sustancias supone “un cristal opaco entre la persona, la percepción y la sensación que nos trasmite la sexualidad (Fago y Saez, 2014).

OBJETIVO:

Desarrollar habilidades que permitan resaltar la importancia del ejercicio de la sexualidad de forma segura, asertiva y responsable.

METODOLOGÍA:

A través del desarrollo de diversas actividades de apoyo se abordaran temas relacionados con la sexualidad, en un horario de 60 minutos, una vez a la semana.

1. Percepción acerca de la sexualidad
2. Mitos en torno a la sexualidad y el consumo de sustancias.
3. Diversidad y orientación sexual.
4. Autoestima y asertividad en el ejercicio de la sexualidad.
5. Elementos que promueven el ejercicio de la sexualidad responsable y segura.
6. Prácticas de riesgo.
7. ITS, VIH, Hepatitis C.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo social.

3. ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS

Las **actividades psicoeducativas** trabajan con las capacidades cognitivas y habilidades mentales por medio de seminarios que toquen temas diversos extraídos de libros y expuestos por los miembros o temas propuestos y/o expuestos por el EMT, círculo de lectura, redacción y periódico mural. Estas actividades son dinámicas intelectuales que ejercitan el pensamiento, implican un desafío para el miembro que presenta, porque se expone a la opinión y crítica de sus compañeros, implican un espacio en el que se puede ser oído e intercambiar opiniones acerca de algo que representa interés y ayudan a hacer *insight* cuando están bien dirigidas. Estas pláticas tocan temas diversos, como son: pláticas de enfermería; de información sobre las drogas y sus efectos; círculo de lectura, lectura del periódico, higiene y cuidado de las instalaciones, higiene personal, etc. Todas ellas ponen en juego las capacidades cognitivas, las habilidades manuales y promueven el aprendizaje, la asunción de las responsabilidades y la formación de hábitos a partir del conocimiento y la experiencia cotidiana. Una parte imprescindible e importante de estas actividades confluye en lo que es el Proyecto de Vida, en éste, se integrarán el total de las actividades.

3.1 JARDINERÍA

JUSTIFICACIÓN:

En la misma línea se encuentra el cuidado del medio ambiente y específicamente, de las áreas verdes de las UH, es decir la jardinería, vista como una rica metáfora del proceso de rehabilitación: el cuidado que necesita una planta para crecer, el apoyo, el alimento (agua), dan cuenta del restablecimiento del lazo social y del “cuidado de sí”. Esta actividad permite fincar responsabilidad hacia las plantas que cada quien cultiva, transformando el medio en un lugar más agradable. Esta actividad permite a los sujetos reducir la ansiedad que les produce el no tener la droga, ocupándose del cuidado del “otro”.

OBJETIVO

Disminuir la ansiedad y practicar el “cuidado de sí” por medio de la jardinería.

METODOLOGÍA

Al grupo de pacientes se les brindará las técnicas para el cultivo de hortalizas y plantas, se les proporcionará las herramientas que se utilizan: palas, picos, tijeras, machetes, carretillas, rastrillos, actividad que deberá ser supervisada por el personal técnico. Se llevará a cabo, por lo menos, una hora de una a dos veces por semana.

COORDINADOR: Enfermería.

3.2 PROYECTO DE VIDA

JUSTIFICACIÓN:

Diversas organizaciones, dependencias e instituciones valoran la importancia significativa de trabajar con la elaboración de un **Proyecto de Vida** libre de adicciones que sea realista, congruente con las circunstancias particulares de cada persona. Acorde o coherente con los deseos de quien enfrenta un proceso de tratamiento y rehabilitación y que cursa por diferentes etapas de comprensión o de desarrollo de un trastorno que lo daña no solo en su salud física sino también en su salud psicológica-emocional y en su desempeño o funcionalidad socio-familiar. Así pues, contemplamos como relevante el poder llevar a cabo una actividad grupal que se integre al Cuadro de Actividades del Programa de Tratamiento Residencial que respete la filosofía del modelo de Comunidad Terapéutica y que articule la totalidad de las actividades grupales dentro de esta, junto con los Temas de la Semana, estableciendo un verdadero programa integral en donde se privilegia el compartir y aprender de las experiencias de todos los participantes del Programa, donde se retroalimente a los usuarios próximos al egreso con relación a intereses y planes a desarrollar en su vida al reintegrarse a su ambiente familiar y social.

El término “proyecto” se refiere a un planeamiento en perspectiva, sinónimo de asunto, apunte, esbozo, bosquejo, esquema. Es la antelación de las opciones que se tendrán y corresponde a un plan que dirige la acción continua.

El proyecto de vida es un esquema que facilita el logro de las metas, ya que en él se describe lo que se quiere llegar a ser y los resultados que se desean obtener. Es necesario contar con una alternativa de acción orientadora que apoye a los individuos a enfrentarse a diversas situaciones educativas y laborales, ayudarlos a tener una visión clara de su postura ante la vida y el trabajo y de apoyarlos para clarificar objetivos

La rehabilitación está vinculada estrechamente con la noción de reinserción social, entendida como un conjunto de acciones encaminadas a promover la resocialización; es decir, la incorporación social. Los individuos con problemas de dependencia a alguna sustancia presentan una serie de carencias en diversas áreas de su vida debido a su consumo por lo que cuando entran a algún tipo de tratamiento uno de los objetivos primordiales debe ser la elaboración de un “**Proyecto de vida**” ya que es parte importante de su recuperación, la reactivación de esas áreas que quedaron olvidadas durante el consumo de la sustancia, o incluso desde antes.

Como resultado del consumo se acarrearán serias consecuencias al individuo y su entorno, hablese de pérdida de empleo, abandono de la familia y amigos, pérdida de casa, deterioro físico, quiebra económica entre otros. Al ingresar a tratamiento puede que los/las pacientes tengan un tanto claro el objetivo de dicho tratamiento, si bien, no saben cómo lo lograrán, saben que uno de los principales objetivos es conseguir la sobriedad, no sucede así con el proyecto de vida, se oye hablar de éste pero no se sabe bien a bien ¿Qué es? ¿En qué consiste? ¿Cómo se elabora?

Es así como podemos decir que la concepción del mundo contribuye a la formación del sentido de vida, a que el individuo forme su marco general valorativo y cognoscitivo, que le permitirá estructurar o no, su proyecto de vida. Esta concepción se encuentra determinada por el momento histórico y por la ideología imperante, siendo dicha concepción la imagen o representación que cada individuo hace acerca de la realidad, de cómo es y la idea de cómo debe ser, respecto a su experiencia y a las relaciones que establece con el mundo (Palomino, Ríos y Samudio, 1991).

Palomino, Ríos y Samudio (1991) afirman que para que el sentido de vida oriente el proyecto de vida, requiere darse correspondencia entre lo que el individuo considera que es y las acciones que realiza para alcanzar lo que se propone, debiendo plantear objetivos y medios acordes a sus condiciones internas (intereses, necesidades, cualidades) y externas (vínculos laborales, afectivos y sociales) los cuales deben estar respondiendo constantemente al porqué desea alcanzar lo que se propone, las acciones que se han ejecutado y sus consecuencias; también las cualidades con que cuenta y las que debe desarrollar. Es de suma importancia que el individuo encuentre sentido en todas las actividades que realiza sin perder de vista la totalidad ni la finalidad, para de esta forma poder formular “planes y proyectos más generales que abarquen sus objetivos y las vías posibles de su logro, en el concierto de su actividad total”. Esto vendría a ser el proyecto de vida; es decir, lo que el individuo quiere ser y lo que va a hacer. Para la estructuración del proyecto de vida interactúan los procesos motivacionales, la autoconciencia y la actividad, teniendo en cuenta que es en ésta donde se van dando los otros dos procesos.

El proyecto de vida es lo que una persona se propone hacer en distintas áreas a través del tiempo con la intención de desarrollarse. Es una construcción permanente que se nutre de las decisiones que se toman día a día, las que van abriendo o cerrando posibilidades para lograr la meta propuesta. El camino para poder materializar el proyecto de vida en la adultez comienza en la etapa de la adolescencia, dado que los jóvenes están formando su identidad y pensando en quiénes son y qué quieren hacer. La toma de decisiones que se hacen respecto a lo que quiere ser a futuro, va a estar modulada por factores personales, tales como el auto concepto y también por factores sociales, tales como el apoyo de la familia, de la pareja, la escuela, entre otros (Salvatierra, L. y cols. 2005).

Una buena alternativa a una adicción es siempre un deseo de conformar y desarrollar un proyecto de vida, donde la persona se plantee y se esfuerce por conseguir metas en diferentes áreas de su vida que lo coloquen en un lugar y en una posición de valía y de significación en cuanto a identidad y vínculos más profundos y reales con un mundo o con otro que no sea el otro-objeto-droga; encontrando no solo la distracción o disipación del deseo de consumir droga, sino, un ser diferente que se integra por elementos significativos de su vida psíquica, y en base a la comunicación consigo mismo y con los demás.

OBJETIVOS:

Dar elementos y herramientas al paciente con el fin de elaborar su proyecto de vida a partir de sus expectativas, realidad actual y realidad deseada retomando las motivaciones e intereses anteriores al consumo y generar nuevos intereses.

METODOLOGÍA:

Trabajo Previo:

- Cuadernillo.
- Autobiografía.
- Test.
- Lectura de Reflexión.
- Actividades grupales
- Tema de la Semana.

ÁREAS A TOMAR EN CUENTA EN UN PROYECTO DE VIDA

- Familiar.
- Económico/Laboral.
- Educativo/Profesional.
- Trascendencia en el mundo o sentido de la vida.
- Autorrealización y realización colectiva.
- Emocional.
- De tratamiento.
- Social.
- Tiempo libre, recreación, entretenimiento, descanso y diversión.
- Otras.

SIETE PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROYECTO DE VIDA

1. Que los/las pacientes elijan una meta que sea prioritaria o urgente en su vida.
2. Que establezcan los objetivos o pasos necesarios para lograr su meta. haciendo una lista en orden progresivo y desarrollándola según el Temas de la Semana y las actividades grupales.
3. Que pongan tiempos de realización a cada objetivo o paso.
4. Que hagan una lista de las herramientas con las que cuentan y de las circunstancias que viven a favor y en contra.
5. Que tomen en cuenta los obstáculos o problemas que se pueden presentar para que lleven a cabo la realización de su(s) meta y los separen en dos: lo que puedes prever y lo que es imprevisible.
6. Que razonen en las posibles soluciones que pueden dar a los obstáculos o problemas que se puedan presentar.
7. Que separen las soluciones que dependen de ellos, las soluciones que dependen de otros y las soluciones que dependen del azar o de las circunstancias que no pueden controlar.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo Social.

3.3 PERIÓDICO MURAL

JUSTIFICACIÓN:

El periódico mural es un recurso que integra información importante, relacionada con los intereses y necesidades de los/las pacientes de la CT. Esta actividad favorece un aprendizaje activo y creativo, a través de la participación en su elaboración como de la lectura del mismo, dando a este material un mayor valor educativo el hecho de que conjunte la creatividad y conocimientos de sus participantes.

OBJETIVO:

Fomentar el interés en temas científicos y filosóficos relacionados con el problema de las adicciones en relación al Tema de la Semana.

METODOLOGÍA:

¿Qué se requiere?

- **Información:** Trípticos, recortes de periódico y/o revistas, dibujos, testimonios.
- **Base para el periódico:** Marcos de madera, de unicel, de manta, cartulina, cartoncillo.
- **Lugar de colocación:** tendrá que ser un sitio amplio, donde haya una circulación constante de personas para lograr una difusión lo más relevante posible.

A continuación se proponen algunas actividades que pueden ser útiles para llevar a cabo esta tarea:

- Seleccionar al equipo que se va hacer cargo de esta tarea.
- Comentar el propósito entre los integrantes del equipo responsable de crear el periódico mural, para acordar la forma de organizarse para esta tarea, el tipo de información que van a conseguir, las secciones que les gustaría que tuviera el periódico, la forma de presentar la información (el diseño), etcétera.
- Acopio de información para el periódico mural. La información se puede fotocopiar o transcribir a partir de los contenidos de los Temas de la Semana.
- Seleccionar información. Es importante que entre todas las personas se pongan de acuerdo, para analizar la información que hayan obtenido y decidir cuál es la que consideran más adecuada para incluir en el periódico.

Algunas recomendaciones:

- Tener presente que el objetivo es prevenir y desestimular las adicciones, por lo cual la información debe dirigirse a este propósito, haciendo énfasis en las ventajas de no consumir.
- Evitar en lo posible un lenguaje agresivo o imágenes amenazadoras que hagan que la gente rechace el mensaje.
- Cuidar que la presentación resulte atractiva para que llame la atención.

- Organizar la información de forma que facilite su lectura, dejando suficiente espacio entre cada elemento.
- Utilizar un lenguaje comprensible, sencillo y evitar que el tamaño de la letra sea muy pequeño.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo Social.

3.4 LABORTERAPIA

JUSTIFICACIÓN:

Las personas que están en tratamiento por algún tipo de adicción generalmente presentan trayectorias laborales irregulares, debido a que el proceso de dependencia interfiere y dificulta su desarrollo personal y/o laboral. Por esto, usualmente, éstas pierden la capacidad de reconocer cuáles son sus áreas de interés en los diferentes ámbitos, principalmente en el laboral. Una vez terminado el tratamiento, desconocen cómo volver a integrarse aprovechando sus habilidades de una forma socialmente constructiva. Los factores del contexto en ocasiones dificultan la tarea de estas personas para integrarse a la sociedad y al mundo laboral. En el mundo moderno las formas de buscar y encontrar trabajo se han diversificado, y los grupos de personas excluidas tienden a no manejarlas o desconocerlas y es preciso habilitarlas en la solución de estas dificultades, haciéndolas protagonistas de su propia experiencia de integración o inserción socio laboral.

La inserción socio laboral puede definirse como el proceso a través del cual una persona desempleada, de manera permanente o circunstancial, accede a un puesto de trabajo desarrollando una serie de competencias cuya finalidad es el mantenimiento del mismo. Acceder al mercado de trabajo constituye una pieza clave para garantizar una adecuada integración de la persona en la sociedad actual, dado que la obtención de un puesto de trabajo y su mantenimiento permite a la persona ejercer sus derechos y obligaciones para desarrollarse plenamente como ciudadano activo. (Asecedi, 2007).

Hasta ahora, la integración se planteaba, en las ofertas terapéuticas, como la última fase de la intervención, cuando el problema ya está vencido. Aunque tampoco entonces el objetivo era la vuelta al mercado laboral y completar el proceso de integración socio laboral mediante la consecución de un empleo. El empleo no era un objetivo prioritario, mantener la abstinencia era el único fin, y las actividades planificadas durante y después del tratamiento eran de carácter ocupacional. Su finalidad era contribuir a llenar la distribución de tiempos diarios con rutinas. No había un objetivo real, a medio plazo, de volver al mundo laboral, pues no se esperaba del usuario rehabilitado la capacidad de aguantar la presión de un puesto de trabajo. Sin embargo, la inserción social deja de ser una etapa innecesaria y complementaria para pasar a concebirse como un proceso gradual, con avances y retrocesos, que se inicia y avanza simultáneamente con las intervenciones rehabilitadoras. En una sociedad como la actual se convierte en insostenible un concepto de integración que no contemple la adquisición, por parte de la persona, de la capacidad

de consumir bienes y servicios. El empleo es un elemento integrador y la incorporación al mercado laboral es una de las vías para salir de procesos de exclusión, si bien no la única, y en las personas en tratamiento por adicciones se convierte en un elemento más dentro del proceso terapéutico (Asecedi, 2007).

CONTENIDOS:

Temas	Subtemas
Autoevaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de historia laboral • Mi proyecto laboral • Eficacia en la búsqueda de empleo • Adaptación a las exigencias del trabajo
Búsqueda de empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Mi currículum • Iniciar la búsqueda • Planificar el itinerario • La entrevista de trabajo
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del Taller

OBJETIVO:

A través de una intervención integral aumentar las capacidades de conseguir empleo del individuo de modo que pueda desenvolverse eficazmente en el mundo social y laboral.

METODOLOGÍA:

La actividad comprende 8 sesiones, con duración de 60 minutos de actividad

1 4 veces por semana.

Entre las actividades más significativas para lograr este objetivo podemos destacar las siguientes:

- Actividades formativas para la búsqueda de empleo y también como recurso que favorece la relación con otras personas, el sentimiento de pertenencia a un grupo, la adopción de compromisos, el esfuerzo personal, etc.
- Fomento de la utilización del tiempo libre para favorecer un tipo de relaciones y actividades que permitan pasarlo bien, sin estar vinculadas directamente con el abuso del consumo de drogas.
- El apoyo al paciente en la búsqueda de empleo poniéndole en contacto con otros recursos especializados en este campo.

La actividad está organizada en torno a 3 ejes temáticos básicos: autoevaluación, búsqueda de empleo y evaluación. Cada uno de estos ejes temáticos se desarrolla en sesiones en que el grupo de participantes va vivenciando cada una de las actividades propuestas.

De igual forma como parte de este proceso cuando los/las pacientes realizan actividades artísticas, se fomenta la creatividad. El arte es importante en el proceso mental de los sujetos, para su desarrollo perceptivo y creador, y su progresiva toma de consciencia social.

Las manualidades son un método de expresión, por medio del cual se tornan más decididos e independientes, y además se convierte en una herramienta, para recuperar su motricidad fina, así como la coordinación.

Al crear manualidades, ingresan a una actividad de concentración y reposo total, eliminando así sensaciones amenazantes como la inseguridad, los temores y la obsesión, estimula el desarrollo de los procesos mentales, pues identifica las abstracciones, diferencia las formas y generaliza conceptos para crear algo nuevo. Además desarrolla su pensamiento, educa su memoria y estimula su imaginación, ayuda al desarrollo de la creatividad, favorece la imaginación a través del desarrollo del arte manual, libera el estrés, ayuda a la concentración y a desarrollar la capacidad creadora, mejora la capacidad de razonamiento en los/las pacientes, lo que les puede ayudar en su proceso de aprendizaje.

Los/las pacientes que han sufrido algún problema de adicción han visto disminuidas sus habilidades viso-espaciales, su capacidad de motricidad fina, imaginación, motivación, cálculo, tolerancia al estrés, conclusión de tareas entre otros, por tanto, la generación de un espacio que tome en cuenta el dibujo técnico, la papiroflexia, la realización de dibujos geométricos, la elaboración de diferentes productos (hamacas, alebrijes, entre otros), permitirá a los/las pacientes crear figuras, elaborar productos y recuperar o volver a entrenar habilidades perdidas.

Así, la elaboración de papiroflexia, alebrijes, hamacas y aquellos productos elaborados, son parte de las actividades que favorecen este momento, toda vez que el producto final se ha identificado que proporciona beneficios a la economía familiar ya que el trabajo elaborado por el propio paciente se pueden entregar como presente a una amistad o familiar, o incluso, al término de su tratamiento conformarse como una actividad económica, al poder vender piezas o adornos.

COORDINADOR: Trabajo Social

3.5 CÍRCULO DE LECTURA

JUSTIFICACIÓN:

Los círculos de lectura funcionan como una herramienta o técnica para tonificar no meramente en exclusiva el acto de los hábitos de la lectura y los embates que acompañan en consecuencia la destreza de la discusión, el análisis, la observación, la libertad de expresión, el cooperativismo entre iguales (personas). Además de esto, los círculos de lectura permiten que fluya el dinamismo en la ampliación entre la dualidad sobre la adquisición que engloba una destreza para expandir la comunicación (externar a través del lenguaje oral: pensamientos, raciocinios, sentimientos) de un individuo y además poseer la característica de la tolerancia para escuchar las deducciones que compartan los demás. En este sentido, guarda importancia básica la temática a leer, en donde se tocarán temas relacionados con las adicciones y el Tema de la Semana, las cuales, por medio de este ejercicio, serán reflexionadas, analizadas y puestas en práctica.

La importancia del círculo de lectura dentro del programa establecido para las UH es una organización no formal de personas que comparten intereses afines sobre una actividad en común que se realiza por necesidad o gusto con fines informativos y formativos, y que consideran que bajo esta forma de organización pueden lograr beneficios individuales y grupales que permitan desarrollar sus capacidades lectoras con base en el intercambio de conocimientos y experiencias.

OBJETIVO:

Analizar y reflexionar por medio de textos literarios la problemática compartida en común (las adicciones) así como el modo de vivirla singularmente.

METODOLOGÍA:

Para llevar a cabo un círculo de lectura con efectos terapéuticos, es necesario tomar en cuenta las siguientes reglas:

1. Los círculos de lectura constan de una reunión semanal de hora y media, una hora destinada a la lectura y media a la reflexión de lo leído con fines terapéuticos.
2. Es recomendable que el grupo se componga de 10 a 12 personas, sin embargo puede integrarse con menos o más participantes.
3. Cada integrante del grupo deberá tener un libro, que devolverá al coordinador al final de cada sesión, el cual se les obsequiará si asisten a todas las reuniones programadas, si es que esto es posible.
4. Los integrantes del grupo deben sentarse uno junto al otro formando un círculo.
5. Una persona lee en voz alta y los demás siguen la lectura, evitando interrupciones.
6. Relacionar la lectura con el Tema de la Semana.
7. Es importante no permitir discusiones y preguntas que no estén relacionadas con la lectura, para evitar divagaciones.

8. Cuando se agote el tiempo antes de que haya concluido la lectura planeada, el grupo debe considerar alguna de las siguientes posibilidades:
 - Continuar la sesión hasta que se traten todos los puntos programados.
 - Terminará a los 90 minutos programados para esa ocasión. En estos casos se les permitirá llevar el libro a para que revisen los temas pendientes.
9. Es importante motivar el interés de los asistentes por seguir revisando el libro una vez que terminen las sesiones, así como la importancia de la lectura en el proceso de rehabilitación.

COORDINADOR: Medicina, Psicología y/o Trabajo Social.

3.6 EXPRESIÓN LITERARIA

ANTECEDENTES:

La historia del ser humano, según los estudiosos, comienza con el ingreso de la escritura, así, el relato oral de los tiempos prehistóricos adquiere una consistencia a partir de la invención de la escritura, dicho cambio (el cambio del relato oral al relato escrito) tienen sus consecuencias sociales y subjetivas. En este taller, se tomará en cuenta la historia de la escritura y sus sucesiones para dar cuenta del uso de su uso con fines psicoterapéuticos y psicoeducativos. Sostenemos que todo proceso terapéutico debe estar acorde con la época que lo cobija, es decir, en tanto los seres humanos somos resultado de lo biopsicosocial, los cambios sociales repercuten en la subjetividad, y por tanto, deben ser tomados en cuenta para un proceso terapéutico realmente eficaz.

¿Qué tipo de escritura encontramos en nuestra época? Conviene revisar la historia de los modos de escritura en relación con los modos de producción y de la vida económica, social y política de la única especie que las tiene, la nuestra, sapiens. Estableciendo tres modos de escritura que se sucedieron históricamente:

a) La palabra escrita sobre superficies que perduran (piedra, arcilla, papel, pergamino) Dicha escritura tiene sus antecedentes en Egipto y China, en donde se comenzó el prelude a la escritura alfabética. La cual es una escritura concreta y se ve materializada en objetos (hoy en día libros) comenzando por papiros, rollos, etc. En esta época estaban los escribas y copistas, los cuales, en algunos casos, no sabían ni leer ni escribir, simplemente se dedicaban a dibujar signos. Era una escritura lenta, minuciosa. Por ejemplo, hacer una copia de la biblia tomaba alrededor de diez años, y no había una sola copia que fuera igual a la otra, ninguno de los evangelios manuscritos tienen el mismo texto que otro. ¿Qué consecuencias psíquicas tenía esto? El libro de esta época era un libro artesanal, el cual correspondía directamente a los modos esclavistas y feudales de producción, la posesión de estos libros, cuentos y escrituras era solamente para una clase privilegiada (nobles, comunidades eclesiásticas, eruditos de las primeras universidades medievales) en sociedades que, en su mayoría, eran analfabetas, es decir, en esa época, los cuentos para la mayoría de la población eran simplemente relatos orales, no tenían acceso a su estado físico y la elaboración de los libros seguía un proceso artesanal, no industrial. No se producían sujetos en masa, en escuelas donde se educaba de igual modo a todos los niños, sino por el contrario, se educaba y se forjaban personalidades de modo artesanal.

b) A diferencia de lo que sostienen algunos historiadores, la revolución industrial no comenzó con los ingleses y sus telares para el algodón del S. XVII, sino, precisamente con el libro. Podemos fechar el primer libro impreso a partir de 1449 por Gutenberg (misal de Constanza) y la biblia de Maguncia en el año 1452. Dicho invento reemplazo la palabra escrita artesanalmente por la palabra impresa, una palabra no única sino múltiple, repetible (pensar sus consecuencias a nivel social y psicológico, es decir, la producción de subjetividades en masa...uniformadas), las cuales eran publicadas en copias incontables, todas iguales, idénticas entre sí. Dicho tipo de escritura permitió cambios sociales importantes, así como subjetivos, un ejemplo de esto fue que, gracias a la imprenta se pudieron

publicar 95 tesis de Lutero (1517), las cuales circularon por toda Europa por centenares de miles de copias. Dicha producción en masa es un preámbulo para el discurso capitalista, en tanto su modo de producción (en masa) y el uso de las primeras máquinas (la imprenta) son consustanciales al surgimiento de dicha concepción y sistema económico.

c) ¿Y la época actual? ¿Con que tipo de escritura/cuentos nos encontramos hoy en día? ¿Qué consecuencias tiene esto a nivel social y subjetivo? ¿Qué tipo de expresión literaria establecer a partir de estos antecedentes y la época contemporánea con la aparición de escrituras virtuales?

JUSTIFICACIÓN:

El advenimiento del sujeto está mediado y posibilitado por el lenguaje, la transmisión de la lengua materna posibilita que los seres humanos ingresen a la cultura, en este sentido, el lenguaje es lo que permite la interacción entre los seres humanos y por tanto permite que los/las pacientes nombren, por medio de la escritura, sufrimientos, y así, ver plasmado en papel el modo en que afrontan las adicciones. La palabra es maravillosa, tiene la facultad de abrirnos a nuevos e insospechados paisajes en un mundo en permanente cambio, que por momentos nos deja perplejos. Una idea plasmada en un papel, permite reconstruir nuestras historias personales, sanar nuestras heridas e inventarnos un futuro.

Una de las causas de las adicciones es precisamente que algunas personas no cuentan con la contención social (sea familiar, sea escolar o laboral), no cuentan con un espacio donde puedan verbalizar sus sentimientos, lo que no se habla se actúa. Por tanto, el construir un espacio donde los/las pacientes puedan escribir, plasmar en papel problemas autobiográficos, permite su reflexión y darle palabras a sufrimientos, así como, compartirlo, sentirse leídos y escuchados, y por tanto, encarar el sufrimiento subjetivo que los llevo a consumir drogas.

OBJETIVO:

Fomentar en los/las pacientes la escritura como modo de plasmar en palabras sus dolencias subjetivas con respecto a las adicciones para su reflexión.

METODOLOGÍA:

Se realizará la actividad de expresión literaria que contará con una duración de 90 minutos semanales. En las primeras sesiones, se abordará los objetivos, se establecerá el encuadre y se invitará a los/las pacientes a que por medio de la asociación libre expresen su sentir con respecto a la temática a escribir.

Dicha temática se escogerá semanalmente en concordancia con el tema de la semana. Cada sesión dura 60 minutos para la escritura y 30 minutos para que los/las pacientes compartan lo que escribieron y se analice con el apoyo del coordinador.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo Social.

3.7 LECTURA DEL DIARIO

JUSTIFICACIÓN:

El Tratamiento residencial en las diversas UH rompe el vínculo que tienen los/las pacientes con el exterior, con el mundo externo, esto debido a que los/las pacientes que ya rebasaron la etapa del uso de sustancias adictivas y se encuentran en un abuso requieren de estas medidas en un primer momento que les sirvan de contención, después del tratamiento integral, la meta a alcanzar señala que después de 30 días (corta) o 90 días (mediana estancia) los/las pacientes están listos de reingresar al tejido social, sin embargo, para que esto se logre, es necesario ir posibilitando esto paulatinamente, reconstruyendo el lazo social resquebrajado por el aislamiento como efecto del abuso de sustancias adictivas. Una de las formas de ir reconstruyendo ese lazo social se consigue con la lectura del diario dentro de las UH en tanto permite que los/las pacientes no se separen del tejido social o de los cambios sociales que surgen en el mundo exterior a las UH, y por tanto, haya una “ventana” al exterior que sirva de mantener el lazo social en su conjunto, así como a su restablecimiento.

OBJETIVO:

Mantener el lazo social con el mundo externo por medio de la lectura del diario y el análisis de las noticias.

METODOLOGÍA:

El coordinador de la actividad le destinará una hora a la propia selección de las noticias que los/las pacientes leerán, es importante hacer una adecuada selección de las noticias que tome en cuenta el estado psíquico en el cual se encuentran, en este sentido, se cuidará de utilizar noticias contraproducentes para el proceso de rehabilitación.

Después de la selección de las noticias que los/las pacientes leerán, se destinarán 30 minutos para la lectura del mismo después de la hora de desayunar.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo Social

3.8 DESTREZA MENTAL (JUEGOS DE DESTREZA)

JUSTIFICACIÓN:

Desarrollo de habilidades de pensamiento, a través de juegos, sopas de letras, acertijos, crucigramas, rompecabezas y laberintos. Los juegos de mesa fomentan el desarrollo de habilidades de pensamiento, trabajo en equipo, competitividad sana, apego a reglas de juego, respeto de turnos, anticipación y diversión.

OBJETIVOS:

- Desarrollar el pensamiento en la resolución de problemas, generando conocimiento de cultura general, desarrollo de habilidades de afrontamiento ante el estrés, frustración e ira.
- Crear la conciencia de ley, reglas y turnos, la anticipación del pensamiento, paciencia, aceptación de derrotas y manejo de ansiedad, así como restablecer el lazo social quebrado por las adicciones.

METODOLOGÍA:

Cada sesión dura 60 minutos, 1 - 2 veces por semana.

Se utilizarán impresiones con sopas de letra, acertijos, crucigramas, rompe cabezas y laberintos. Que fomenten el desarrollo de habilidades mentales como: atención, retención, memoria y percepción.

Formación de equipos, establecimiento de reglas, reforzadores positivos. Esta actividad fomentará el desarrollo de habilidades de pensamiento superiores, desarrollo de habilidades de pensamiento y comunicación y respeto de reglas y turnos.

COORDINADOR: Enfermería.

3.9 CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO

JUSTIFICACIÓN:

La inclusión de la perspectiva de género en los servicios que Centros de Integración Juvenil A.C. ha realizado, es un elemento fundamental en la sensibilización y proyección que el tema requiere, permite permear las intervenciones desde sus diferentes ámbitos (prevención, tratamiento y rehabilitación) con una visión incluyente en la que se consideran las diferencias socialmente construidas entre las mujeres y los hombres; la influencia de las relaciones de poder entre los vínculos además de atender las diferencias que se aprecian en los modos de consumo entre mujeres y hombres y causas diversas por las que cada uno llega a tratamiento. Al ser un proceso complejo, requiere que las acciones que realizadas se fortalezcan a través de la amplia participación y compromiso del EMT, de tal forma que a través del análisis y reflexión constante de su actuar

dentro de la Comunidad Terapéutica, el profesional es considerado como un agente facilitador del cambio.

Así, la inclusión de diversos temas y la precisión de algunos conceptos pueden facilitar que en gran medida las acciones sean permeadas por constructos teóricos que permitan en la práctica diaria la generación de acciones sensibles a las particularidades de las mujeres y los hombres que ingresan a tratamiento.

En un primer momento y para comprender la importancia de la inclusión de la perspectiva de género es importante atender dos conceptos: sexo (lo biológicamente dado) y género (lo culturalmente construido) que permiten revelar cómo la sociedad atribuye consecuencias y acciones a partir del cuerpo de las personas.

En otro sentido también es relevante considerar que los estereotipos (aquellas características, actitudes y roles que estructuralmente en una sociedad son atribuidas a las personas en razón de las condiciones enumeradas como “categorías sospechosas”), están profundamente arraigados y aceptados por la sociedad que los crea, reproduce y trasmite. Afectan tanto a hombres como a mujeres aunque éstos pueden tener efectos mayores para éstas últimas devaluándolas o asignándoles roles serviles en la sociedad, en los hombres los efectos restrictivos y nocivos se reflejan en el bienestar personal, provocando incapacidad emocional; en muchos casos dolor y aislamiento; llevando a la sobreexplotación y a comportamientos arriesgados (como ejemplo el consumo de sustancias) y violentos (EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer, 2008).

De esta manera, al hacer referencia al género, la historiadora Joan Scott propone una definición compleja y multidimensional que se apoya en dos enunciados relacionados entre sí: 1) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y 2) también es una forma primaria de relaciones significantes de poder, lo anterior suele manifestarse en diferentes espacios, expresiones y vínculos que cada uno posee.

Uno de ellos es el que se refiere a los vínculos familiares y en las relaciones de pareja, sitios en los que es más evidente la diferencia en el ejercicio del poder y en la que se manifiestan los actos de violencia (emocional, económica, sexual y/o física), sea hacia la pareja, los hijos (as) o algún otro integrante de la familia (Scott, 2011).

Al incluir la perspectiva de género se pretende deconstruir la dicotomía basada en los cuerpos de las personas y las consecuencias que se le han atribuido, permitiendo:

- Visibilizar la asignación social diferenciada de roles y tareas en virtud del sexo, género o preferencia u orientación sexual.
- Revelar las diferencias en oportunidades y derechos que siguen a esta asignación.
- Evidenciar las relaciones de poder originadas en esta diferencia,
- Se hace cargo de la vinculación que existe entre las cuestiones de género, raza, religión, la edad, las creencias, etc.

- Cuestiona los impactos diferenciados de los servicios, políticas públicas y leyes basadas en estas asignaciones, relaciones de poder y
- Determina en qué casos un trato diferenciado es arbitrario y en qué casos necesarios (Citado en SCJN, 2013).

Por ello en el tratamiento del consumo problemático de sustancias y considerando que la población atendida involucra a hombres y mujeres, se considera fundamental incluir e intervenir en el tema (construcción del género) de tal manera que se logren atender y detectar con oportunidad en la experiencia de vida de los/las pacientes la forma en la que se han construido.

Considerando que la atención de las múltiples combinaciones en cuanto al consumo de las personas y aquellos casos en los que la violencia de género está presente: agresores o víctimas pueden consumir o no drogas, víctimas que antes de sufrir violencia de pareja ya consumían abusivamente drogas, víctimas que consumen drogas como estrategia de afrontamiento ante el sufrimiento de una violencia que se prolonga en el tiempo, agresores consumidores y con perfiles psicopáticos, parejas que se agreden mutuamente, etc. (Amor, P.J., et al.).

OBJETIVO:

Construir un espacio de análisis en que los/las pacientes de las Unidades de Hospitalización, reflexionen en torno a su condición de ser hombre o mujer, el ejercicio abusivo del poder en sus vínculos y la influencia del consumo de sustancias en su experiencia de vida.

METODOLOGÍA:

A través de diversas sesiones reflexivas y de apoyo con actividades, el EMT acompañara al paciente en el proceso de reflexión sobre la condición de género, el abuso del poder y la influencia del consumo de sustancias de acuerdo a su experiencia individual. Para lo anterior se abordaran los siguientes temas, en sesiones de 60 minutos, una vez a la semana:

1. Construcción familiar, escolar y social del género.
2. Estereotipos de género.
3. Identidad.
4. Masculinidades/feminidad.
5. Relaciones de poder.
6. Percepción diferenciada acerca del amor y la pareja.
7. Violencia familiar y de pareja.
8. Ejercicio de la paternidad/maternidad.

COORDINADOR: EMT

4. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS Y CULTURALES

Las actividades artísticas y culturales tienen un impacto en el establecimiento del lazo social de los/las pacientes por medio del dibujo, paseos culturales y algunas visitas institucionales, así como: canto, análisis musical. Estas actividades favorecen el acervo cultural; desarrollan la capacidad crítica, reflexiva y creativa; facilitan y estimulan la expresión simbólica de sentimientos y fantasías propias para el auto conocimiento.

La terapia del arte, se reconoció como una profesión hasta 1930. Margaret Naumberg, es considerada la "madre de la terapia del arte", posteriormente la Clínica psiquiátrica Menninger en Kansas comenzó a utilizar el arte como terapia.

Actualmente se ha profesionalizado la aplicación del arte con fines terapéuticos, en diversos países europeos, Gran Bretaña, Francia, Estados Unidos, y se concibe como un gran apoyo al tratamiento diagnóstico e investigación en la salud mental teniendo un claro reconocimiento profesional, consolidándose cada vez más por investigaciones

Las actividades artísticas, música, pintura, danza, escultura, literatura y teatro, favorecen y estimulan, el desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa, así como de la coordinación; ayuda a mantener y mejorar la atención, la concentración, las operaciones mentales (la reversibilidad), la memoria, la observación, la iniciativa, la voluntad y la autoconfianza. En el área socioemocional favorece la autonomía, la aceptación de sí mismo con sus posibilidades y límites, mejora la capacidad de comunicar, potencia la autonomía, propicia la cohesión grupal, ayuda a interactuar y a facilitar la inclusión social. En el desarrollo perceptivo se cultivan y ejercitan los cinco sentidos, además favorece el desarrollo estético y el desarrollo creativo, estimulando la imaginación y creatividad (Martín del C. R (2009)).

OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES ARTÍSTICAS:

- Favorecer la aceptación de sí mismo, mejorando la capacidad de comunicación, cohesión grupal, así como, su inclusión del paciente al medio social.
- Facilitar el desarrollo de una fuente de ingreso económico una vez que el paciente y/o familia, considera la viabilidad de integrar sus productos en este medio.
- Ayudar a la recuperación de funciones neuropsicológicas, como son las áreas cognitivas, de coordinación y psicomotricidad fina.

5. ACTIVIDADES DEPORTIVAS

JUSTIFICACIÓN:

A partir de la evidencia científica se ha determinado que el deporte es una actividad que proporciona equilibrio mental y salud física, es por ello que puede ser utilizado como una actividad que complementa el tratamiento residencial de los/las pacientes en tanto tiene beneficios físicos, psicológicos y sociales.

Para Ureña (2005) existen una serie de conceptos que normalmente se relacionan con la sensación de bienestar, entre ellos: alegría, satisfacción, tranquilidad, relajación; aunque es bien sabido que la sensación de bienestar no es un estado constante, sino que, más bien, depende de la situación de vida particular. Es importante señalar que las sensaciones tienen tanto una dimensión positiva como negativa. De tal forma, el estado de bienestar puede alcanzarse de dos maneras, ya sea por la vivencia de experiencias positivas, o por la evitación de acontecimientos negativos, uno de los modos de acceder a esta sensación sin el uso de sustancias son precisamente los deportes.

Entre los posibles mecanismos explicativos relacionados con los efectos del ejercicio sobre la salud psicológica Weyerer & Kupfer (1994; en Ureña, 2004) señalan aspectos tanto de naturaleza fisiológica como psicológica. En el orden de lo fisiológico se mencionan:

- *El efecto tranquilizante a corto plazo asociado con el incremento de la temperatura corporal inducida por el ejercicio físico.*
- *El incremento de la actividad adrenal, lo que facilita la adaptación al estrés.*
- *La reducción del potencial nervioso del músculo, producto del ejercicio físico, lo que ocasiona una liberación de la tensión.*
- *La secreción de sustancias neurotransmisoras como noradrenalina, serotonina y la dopamina inducida por el ejercicio, lo que provoca una mejora del estado anímico.*
- *La liberación de endorfinas como consecuencia del ejercicio físico, lo que induce la sensación de bienestar.*
- Y en lo referente a los mecanismos de carácter psicológico se mencionan los siguientes:
- *El ejercicio físico favorece a las personas que lo practican de una mayor sensación de competencia, control y autosuficiencia.*
- *Es una forma de meditación equivalente a un estado de conciencia alterado más relajado.*
- *Enseña a las personas a regular su propia activación.*
- *Proporciona distracción, diversión, emociones y evita conductas desagradables.*
- *Compite con estados negativos como la ansiedad y la depresión, en los sistemas cognitivo y somático.*

La práctica periódica de ejercicio físico durante largo tiempo, aumenta la seguridad y convicción, dándole a la persona mayores posibilidades subjetivas de acción y una mejor calidad de vida.

El solo hecho de practicar un deporte resulta en muchos casos, gratificante en sí mismo. Ayuda a relajar las tensiones, a descargar las energías, a mantener una adecuada forma física y por lo tanto encontrarse mejor. Es importante aprender a buscar éxitos, incluso en pequeños logros.

Utilizar la actividad deportiva como factor de protección es una herramienta útil, que tiene un costo muy bajo desde lo presupuestario y produce un efecto muy alto desde lo social. A través del deporte los/las pacientes crean su propio espacio de identidad para que con su energía puedan llevar un proyecto propio adelante procurando canalizar la energía positivamente, en propuestas de mejoramiento personal y de su entorno. Encontrar en el deporte una salida terapéutica eficaz tiene un valor de integración. Diferenciamos el deporte de alta competencia, donde los atletas tienen una gran presión por el nivel de profesionalismo, con el deporte amateur donde los jóvenes se vinculan para divertirse.

El hábito del deporte es una actividad que mejora la estima y educa disciplinariamente, promueve el respeto a las normas y a las personas.

OBJETIVOS:

Proporcionar el equilibrio físico, psicológico y mental a partir de la adquisición de hábitos deportivos que deberá continuar aún después del tratamiento.

METODOLOGÍA:

La sesión dura 60 minutos 2 – 4 veces por semana. Se elegirá la actividad de acuerdo a los recursos existentes, personal e infraestructura del centro.

COORDINADOR: Enfermería o cualquier otro perfil.

6. ACTIVIDADES LIBRES

JUSTIFICACIÓN:

Este tipo de actividades son propicias para explayarse libremente en interrelación con el grupo que integra, estableciendo espacios destinados a la recreación dentro de un horario que contemplan actividades tales como Música, baile, cine, juegos diversos, paseos o excursiones.

En cuanto a la recreación hace referencia a las actividades que se realizan para relajarse, divertirse y ocupar el tiempo libre de una manera sana.

En base a esto se propone la realización de paseos culturales-recreativos en donde se invierte de una manera sana el tiempo libre o de ocio de los/las pacientes. El ocio encuentra sus funciones en el descanso, en la diversión y en el desarrollo. El ocio es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente, sea para descansar o divertirse, o para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntad de participación social o su libre capacidad creadora, cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales, familiares, sociales.

Para que el tiempo libre sea ocio exige un sentido, valores que lo orienten y sustenten: alegría, bienestar interior, disfrutar de las pequeñas cosas de la vida. Frente al aburrimiento y la manipulación de nuestro tiempo libre, el ocio servirá como compensación y equilibrio frente a las limitaciones, fracasos e insuficiencias de la vida ordinaria (Vega, 1999).

Bejos (1995) menciona que aquel que no disfruta su ocio se paraliza, no propone, no se gratifica y, por lo tanto, impide la posibilidad a la creatividad y encuentra una solución que es la droga, ya sea para movilizarse (cocaína, anfetamina) o para contemplar (marihuana). El Tiempo Libre, entonces, acaba convirtiéndose en un tiempo de auto explotación y tensión. Por tanto, el acompañar a los/las pacientes en actividades placenteras permite convertir el tiempo de ocio en nuevas formas de disfrutar sin el uso de sustancias adictivas.

OBJETIVOS

Que los/las pacientes tengan como motivación, opción, y privilegio, la posibilidad de pasar algunas horas de determinados días fuera de la UH, realizando actividades semi-estructuradas y en convivencia con la sociedad, apoyando labores de modelamiento y preparándolos como un ensayo de reinserción social.

METODOLOGÍA:

Esta actividad dura 3 – 5 horas 1 -2 veces por semana.

COORDINADOR: Médico, Psicología, Trabajo Social y/o Enfermería.

7. ACTIVIDADES PROPIAS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (UH ZAPOTLAN EL GRANDE)².

La infancia al igual que la adolescencia son parte del proceso de desarrollo que de manera inherente se considera que requieren de una especial atención, sobre todo considerando que en la actualidad son foco de alerta en lo que se refiere al consumo de sustancias, considerando que en la ENA 2011 se hace referencia que el 16% de la población adolescente ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año, 1.5% ha consumido cualquier droga ilegal en los últimos 12 meses (2.2 % hombres y 0.9 % mujeres), 1.6 % ha consumido marihuana, 0.5 % cocaína y 0.4 % inhalables), resulta entonces necesario concretar acciones que en diferente medida permitan intervenir en la respectiva atención. Todas ellas se han de estructurar alrededor del interés de salvaguardar su integridad, reestructurar las áreas que han sido impactadas (física, afectiva, conductual, psicológica, familiar, social, por citar algunas) y disminuir en el corto plazo los efectos identificados.

Por ello, el presente apartado presenta actividades que propiamente se realizan en el tratamiento residencial para niños y adolescentes enfocadas al abordaje de temas que se relacionan a la etapa del desarrollo y construcción familiar, las cuales al contar con una estructura definida y delimitada favorecerán el alcance de los objetivos que se persiguen durante su estancia.

La particularidad de estas actividades radica en la población objetivo y acción-compromiso que cada niño alcance, de tal forma que éstas les facilitarán durante el proceso de atención identificar los diferentes estilos individuales, familiares y sociales de relación que a lo largo de su estancia y fuera de ella establecen, les permitirán identificar los factores de riesgo para el consumo y la renuncia asertiva a ellos, en el interés de alcanzar un vida libre de drogas.

7.1. EQUINOTERAPIA

JUSTIFICACIÓN:

Si bien es cierto, la equinoterapia no es nueva, su característica permanente es que se le ha utilizado con fines de mejora y/o recuperación de la salud, en el año 1901 se funda el primer hospital ortopédico del mundo en Inglaterra, donde se evalúa la importancia del trabajo con caballos aplicada a los/las pacientes como medio de terapia. Tal hecho permite que a través del tiempo se desarrolle y perfeccione en sus funciones, a la fecha se le puede considerarse como la alternativa terapéutica que utiliza al caballo como instrumento terapéutico y a las técnicas ecuestres para lograr la rehabilitación física, mental, social y temperamental de algunas personas con deficiencias en estas áreas. (Citado en García, S., 2010).

² Un agradecimiento especial a la Dra. Norma Leticia Corona Castellanos, directora de la Unidad de Hospitalización, por la aportación de la información para la realización del presente Manual.

Se dice que sus efectos se relacionan con la trasmisión corporal del caballo, del impulso rítmico y del patrón de locomoción tridimensional, equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana, es decir durante la interacción y con el apoyo de personal capacitado en el área, las acciones que se realizan favorecen en los/las pacientes cambios importantes. Se desarrolla en tres áreas de acuerdo al cuadro clínico del paciente: hipoterapia, monta terapéutica y equitación. Para el caso de pacientes con problemas en el consumo de sustancias se señala que la hipoterapia es el método sugerido, toda vez que montar el caballo trasmite al paciente un sentido de balance, coordinación, orientación y ritmo. El movimiento del lomo del caballo es el instrumento terapéutico y la posición del paciente, sentado o acostado y la guía de un profesional, encaminarán hacia los objetivos del paciente.

Es importante considerar que su utilización de la equinoterapia ha fortalecido distintas áreas y problemáticas relacionadas con la salud, por lo que la justificación pertinente para su desarrollo se relaciona con la capacidad para estimular respuestas fisiológicas y psicológicas, mejorando además los reflejos corporales, o la postura, se le considera entonces como una terapia integral ya que no solo cumple funciones fisioterapéuticas, sino también ofrece beneficios a nivel psicológico, social y educativo.

Para el caso de pacientes con problemas en el consumo de sustancias, se ha detectado que favorecen ampliamente el proceso de tratamiento y rehabilitación, así en muchos centros de tratamiento residencial a nivel internacional se está utilizando las metodologías equinoterapéuticas las cuales en el caso de usuarios infantojuveniles, por el nivel de implicación en la actividad generalmente de naturaleza lúdica, favorecen un contexto ampliamente estimulante para el trabajo de las conflictivas emocionales y comportamentales.

Para su realización es necesario que se realice una valoración médica con la finalidad de que se detecten aquellas condiciones de salud que pueden dificultar la participación en la actividad o bien detectar aquellas que imposibiliten la participación del paciente, ya que su realización derivaría en un incremento de los problemas de salud.

Al ser objeto de una primera evaluación detallada y minuciosa que precise sus habilidades y dificultades, se permite establecer un "Plan individual de tratamiento", que describa claramente los beneficios que se esperan obtener en cada caso particular y el tiempo aproximado para realizar una reevaluación del paciente, evaluar la presencia de contraindicaciones para emplear este procedimiento alternativo, garantizar que existan los recursos materiales y humanos para desarrollar la actividad de forma eficiente y segura.

Así mismo, para el caso de los menores de edad, se requiere la existencia de la autorización previa del padre, madre o tutor del menor, a través de un documento que avale la aceptación para la participación en la actividad, con la finalidad de contar con un documento que respalde el conocimiento de los beneficios e implicaciones de la actividad.

Finalmente, es importante entender que aquellos/las pacientes que se integran a la actividad requieren tener conocimiento acerca de los objetivos que se plantean así como de las condiciones y

reglas que estarán presentes durante el tiempo de la actividad, con la finalidad de se desarrolle de manera benéfica y segura para el paciente y el equipo terapéutico.

OBJETIVO:

Favorecer el manejo de los diferentes estados emocionales y conductuales en el tratamiento de pacientes con problemas en el consumo de sustancias a fin de favorecer la generación de alternativas para recuperación de la salud.

METODOLOGÍA.

La estructuración de las sesiones de terapia psicológica asistida con caballos se dividirá en tres etapas.

- 1.- Planeación de actividad, en la cual se prepara la pista y se dan indicaciones sobre cuál es el reto o actividad a realizar así como las reglas a seguir durante la actividad.
- 2.- Se desarrolla la actividad por parte de los participantes mientras los profesionales recaban información que se utilizara en la siguiente etapa.
- 3.-Se realiza conclusión donde se procesan sentimientos, pensamientos y patrones de comportamiento, mediante preguntas y otras intervenciones verbales que buscan provocar reflexiones en los participantes.

Para la estructuración de las actividades se cuenta con dos grandes modalidades de trabajo equinoterapéutico:

1.-Hipoterapia: Se refiere a actividades que se realizan al montar a caballo sin silla. En rehabilitación física se ha encontrado que la monta sin silla tiene efectos relajantes en función de que la temperatura corporal del caballo es mayor que la humana, la trasmisión de impulsos rítmicos oscilantes y rotativos en el andar del caballo que originan un efecto tipo “mecedora” que favorece la estimulación neuromotora. En personas con discapacidades neuromotoras favorece la generación o regeneración de redes neuronales además de estimular concentración, autoestima, seguridad, responsabilidad, limites, mejora de relaciones interpersonales.

2.- Interacción personas caballos con enfoque de piso. Las actividades buscan fomentar el aprendizaje experiencial (aprender haciendo) lográndose la identificación, comprensión de conflictos emocionales y patrones de conducta problemáticos. Se pueden trabajar técnicas de forma individual y grupal es más indicado en proceso inicial de desensibilización para trabajar aspectos de confianza, seguridad e interacción.

COORDINADOR: Psicología.

7.2. PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE CONDUCTA

JUSTIFICACIÓN:

Derivado de la importancia de generar nuevos comportamientos a los menores que se encuentran en tratamiento en la UH Zapotlán, es fundamental generar estrategias que a través de los días y las diferentes acciones, permitan en ellos construir nuevas relaciones (consigo mismo principalmente y con los otros (su entorno); por ello y atendiendo a la necesidad de que sus conductas se encuentren permeadas por acciones que favorezcan su desarrollo, en la CT se establecerá una estrategia que permita desarrollar conductas favorables y disminuir aquellas que sean reflejo de las conductas problemáticas que atraviesan.

Por lo anterior, se establecerá un programa de Modificación de conducta que permite introducir soluciones inmediatas para el control y/o modificación de conductas que provocan malestar o desadaptación en el entorno del menor. Para el logro de lo anterior se han identificado diversas técnicas, entre las que destacan:

1. **Economía de fichas:** Técnica que facilita el desarrollo de conductas propiamente aceptables, en las que el reforzamiento positivo (las fichas que el paciente logrará por la realización de las respuestas deseadas) y el reforzamiento negativo (las fichas que perderá por hacer conductas no deseadas), derivaran en la generación de nuevas conductas.
Es importante considerar que para su realización se debe clarificar la conducta que se desea lograr en el menor o adolescente (Puntualidad, respeto a los compañeros, respeto al personal, higiene personal, por ejemplo) de tal manera que se establezca un sistema de refuerzo mediante la utilización de fichas (puntos) en las ocasiones en que la conducta deseada se realice, que posteriormente serán intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales, que estarán previamente acordados.
Una vez que se ha puesto en marcha esta técnica es importante reforzar la conducta cada vez que ocurre, para motivar al paciente y lograr establecerla. Una vez adquirida y mantenida, se deberá reforzar de manera intermitente. En un inicio los intercambios deben ser frecuentes, para posteriormente realizar de forma gradual y progresiva el intercambio. Una vez que las conductas se vayan estableciendo y consolidando es importante espacial los intervalos de intercambio, de tal manera que se retiren paulatinamente las fichas y los reforzadores, para finalmente remplazar los reforzadores materiales por reforzadores sociales.
2. **Retirada de atención.** Para la realización de esta técnica es necesario que ante las manifestaciones de conductas no deseables dejemos automáticamente de prestar atención al menor. Lo anterior en base a la idea de que el niño efectúa tales manifestaciones para reivindicar ciertas demandas o llamar la atención del adulto/profesional. El niño puede estar acostumbrado a conseguir lo que desea mediante este comportamiento (refuerzo positivo). Así, puede haber aprendido que si efectúa cualquier petición acompañada de conductas problemática, la atención es mucho mayor y es atendido antes en sus peticiones.

3. **Tiempo fuera.** Al niño se le retira físicamente del espacio para actual para trasladarlo a su habitación u otro lugar, por un espacio breve de tiempo. Entablando dialogo con el menor a fin de que se le especifique la conducta no adecuada que realizo.

Las anteriores técnicas se encuentran relacionadas con acciones que permiten la modificación de conductas y en el caso de pacientes con problemas en el consumo de sustancias, se ha identificado que los problemas relacionados con las agresiones físicas vinculados con psicopatologías como el trastorno por déficit de atención por hiperactividad, negativista desafiante o disocial, son característicos de la población que se encuentra en internamiento en la UH Zapotlán el Grande, circunstancia que requiere ser considerada para su atención.

OBJETIVO:

Disminuir la presencia de conductas problemáticas en los menores de la UH Zapotlán el grande a fin de favorecer su integración y permanencia en la CT a la vez que faciliten su reintegración social y familiar.

METODOLOGÍA: Se realizará el registro conductual con una serie de conductas objetivo a disminuir (agresiones físicas, daños a objetos personales, principalmente) en la que el responsable del EMT en cada turno y a través de la supervisión que realiza del grupo de residentes registre observaciones referente a la presencia de una conducta violenta del residente contra algún miembro u objeto de la CT.

Así, cada vez que el evaluador identifique una conducta objetivo se marcara un punto en el registro conductual, al finalizar el turno se restara un punto por cada observación en la escala de 10 asignado al parámetro. Por ejemplo Respeto a compañeros (el cual es el indicador de mayor prevalencia donde se observaron las conductas agresivas) del sistema de evaluación semanal que se realiza diariamente en hoja de registro por el personal de la unidad. Solo en el caso de que se presente un golpe de un residente este se evaluara como 10 puntos negativos. En caso de otras observaciones que considere intensas el evaluador podrá usar su criterio para considerar asignar un puntaje sustractivo más significativo en la conducta observada.

Los registros anteriores permiten la realización de un procedimiento operante análogo a la economía de fichas y en la unidad se denominan “tiendita”. En dos ocasiones por semana (jueves en el turno vespertino y domingo en turno vespertino) un miembro del EMT utiliza el promedio semanal del rubro Respeto a compañeros del sistema de evaluación como total de puntos o fichas a considerar para poder canjearlas por golosinas o algunos otros “antojos” atractivos a los/las pacientes, con lo cual se recompensa con mayor cantidad de reforzadores a los usuarios con mayor nivel de conducta respetuosa.

La información de estos registros se concentrará en una hoja de registro donde se cuenta con información individualizada y grupal de los residentes, de forma semanal y mensual lo que permite observar la evolución de los/las pacientes en este rubro particular.

Lista de Conductas objetivo:

I. Agresiones físicas:

1. Golpes
2. Tocamientos a partes corporales íntimas.

II. Agresiones verbales:

- 1.-Insultos y groserías
2. Apodos
3. Burlas.

III. Daño a objetos personales:

1. Destrucción, ensuciamiento
2. Robo de pertenencias

COORDINADOR: EMT

7.3 REINSERCIÓN ESCOLAR

JUSTIFICACIÓN:

La escuela ofrece experiencias sociales, emocionales y cognitivas, circunstancia por lo que es inherente integrarla en todo programa que favorezca el desarrollo de los niños y adolescentes. Al convertirse en un factor protector, permite que el menor se involucre en conocimientos y emociones que favorecen no solo su desempeño escolar (aprendizaje formal de conocimientos), sino también fortalece la construcción de relaciones interpersonales para formar al y mantener al individuo, facilitando el aprendizaje e interiorización de normas y valores. Las ocasiones en las que circunstancias desfavorables (violencia, abuso, negligencia, etc.) forman parte de la vivencia de los menores, se ha comprobado que generan un detrimento en el rendimiento y en las expectativas que se tiene con respecto al ámbito escolar, es frecuente identificar actos de deserción en los que el trasfondo se relaciona con factores externos a la persona del menor aún y cuando preserve el interés en ésta.

La finalidad se relaciona con favorecer que el menor que se ha involucrado en el consumo de sustancias psicoactivas, construya con el apoyo del adulto, nuevas alternativas que le permitan construir una nueva identidad escolar, favoreciendo el desarrollo de su potencial y sus recursos. Así como actualizarse en gran medida en el nivel de conocimientos y habilidades requeridas para su edad. Sin perder de vista que las acciones realizadas favorecerán que se convierta en sujeto activo de su experiencia, para producir nuevas significaciones en relación a los acontecimientos de su propia experiencia (Citado en Granado, P. y Alvarado S., 2010). Es bien sabido que el haber estado

expuestos a circunstancias que han vulnerado su condición de vida, el menor requiere de un proceso desde diferentes miradas y en distintos ámbitos, pero sobre encaminadas a reconstruir su interés y desempeño en el ámbito escolar.

OBJETIVO:

Favorecer la reintegración de los menores en el ámbito escolar a fin de ejercer el derecho de educación, acordes al nivel educativo y su edad.

METODOLOGÍA:

Los menores con el apoyo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, institución que cuenta con un programa de trabajo constante y disciplinado a fin de permitir a los/las pacientes que en un lapso de 15 días a un mes aprobar mediante exámenes de avance escolar, de acuerdo a cada caso particular. Circunstancia que puede ser suficiente para obtener el certificado de primaria o secundaria. Para ello, se tiene destinado un horario de 60 minutos, de lunes a viernes para la educación abierta.

COORDINADOR: EMT.

7.4 LABORTERAPIA

JUSTIFICACIÓN:

Es cierto que además de las dificultades con las que se puede enfrentar cualquier persona a la hora de acceder a un trabajo (falta de formación o experiencia, desconocimiento de las vías de acceso a la búsqueda de empleo), las personas con problemas en el consumo de sustancias adicionalmente vivencian esta experiencia frente a otras barreras como las recaídas, la discriminación y rechazo social, la inexistencia de apoyos, los problemas asociados a la etapa de adicción (deterioro de la salud, baja autoestima, aislamiento, desmotivación por el empleo), (Fundación EDE, 2011), lo que deriva en que no siempre las habilidades físicas y/o psicológicas que le permitirán rehabilitarse y reinsertarse de manera inmediata, se encuentran íntegras. Por ello y considerando que dentro de las diversas funciones que poseen las actividades dentro de la Comunidad terapéutica es facilitar el proceso de reinserción social de los/las pacientes, se requiere que durante su estancia en la Unidad de Hospitalización se implementen acciones que fortalezcan la adquisición de habilidades para la ejecución y acción de un plan laboral y de reinserción social, que incluya los medios para que a futuro cada paciente logre acceder a un empleo o bien se auto emplee.

Una opción a lo anterior se considera al favorecer la implementación de acciones de rehabilitación y reinserción como es el caso de la elaboración de trapeadores, actividad que motivará, habilitará y reavivará habilidades perdidas; al considerarse esta acción como una especie de fisioterapia se logra convertir en un medio para la recuperación de la motricidad gruesa, coordinación motora,

atención, concentración, memoria y acción, todas ellas fundamentales en el proceso de construcción y desarrollo y de los menores en tratamiento residencial.

El resultado final se reflejará a través de la identificación de cómo cada paciente logra adquirir habilidades sociales y ocupacionales para participar en la sociedad, lo que a futuro se reflejará en las diversas formas de afrontar nuevos retos, de integrarse a la sociedad, y como permanentemente adquiere mayor autonomía.

La elaboración de trapeadores se enfoca en llamar la atención de los/las pacientes a acción productiva, buscando que el paciente reconozca el valor del trabajo como posibilidad de desarrollo personal y de integración social, actividad que los motiva y les intensifica el deseo de aprendizaje, valor al trabajo y al esfuerzo, así como una actitud de respeto y de servicio.

OBJETIVO:

Favorecer la participación activa de los/las pacientes en su proceso de rehabilitación y reinserción social a través de la manufactura de trapeadores.

METODOLOGÍA:

Se realizará mínimo dos ocasiones a la semana en un período de 60 minutos, preferentemente en binas, en cada realización de la actividad el coordinador asignará diversas tareas (peso, elección de material, medidas y/o detalles técnicos), así como las reglas que faciliten el desarrollo de la sesión.

COORDINADOR: Psicología

7.5 VÍNCULOS FAMILIARES (PAREJA)

JUSTIFICACIÓN:

Si bien es cierto, para la edad en la que se encuentran los/las pacientes la idea acerca de la relación de pareja gira principalmente alrededor de la percepción que han tenido en sus vínculos familiares, es importante considerar que en el corto, mediano y/o largo plazo esta vivencia formará parte de su experiencia de vida. Por nuevas y más saludables formas de convivencia en lo que a sí mismos y pareja se refiere ello, el abordaje del tema pretende filtrar, reconstruir y redefinir aquellas percepciones, vivencias e ideas que tienen con respecto a la pareja, de tal forma que se generen.

Para lo anterior resulta relevante atender principalmente a los siguientes planteamientos de Guevara (2010):

...los varones han depositado en sus relaciones amorosas gran parte de su sentido de seguridad ontológica, pues estas relaciones les permiten obtener afecto, reconocimiento y apoyo, en un mundo que restringe cada vez más estas posibilidades en el espacio público. Sin embargo se trata de un asunto nada sencillo, porque establecer relaciones de intimidad implica exponerse ante los demás,

al compartir de manera abierta y honesta aspectos afectivos, emocionales o intelectuales en sí mismo, e incluso mostrar vulnerabilidad o fragilidad. Para los varones es una tarea compleja, porque la intimidad (...) puede atentar contra su identidad, en la medida en que contradice un ideal de masculinidad autosuficiente, racional e independiente (p. 262).

OBJETIVO:

Orientar a los menores en tratamiento residencial acerca del tema de relación de pareja, de tal forma que se generen nuevas alternativas en los vínculos que establezcan.

METODOLOGÍA:

Para su abordaje se consideren los siguientes rubros, en sesiones de 60 minutos, una vez a la semana:

1. Percepción socio-familiar de la pareja.
2. Relaciones afectivas y adicciones.
3. Nuevas masculinidades y la expresión de emociones.
4. Concepción del amor y nuevas establecimiento de relaciones nuevas.

COORDINADOR: Psicología y/o Trabajo Social

7.6. SEXUALIDAD

JUSTIFICACIÓN:

El taller de sexualidad es el espacio en donde los/las pacientes conocen y trabajan temas relacionados con la educación sexual, el cuidado de su cuerpo y el respeto por sus compañeros además es el lugar para expresar y aclarar sus dudas respecto a estos temas. En la actualidad encontramos en la práctica cotidiana con los/las pacientes la necesidad que tienen estos de encontrar espacios para expresar sus inquietudes, dudas y necesidades relacionadas con la sexualidad y la equidad de género.

OBJETIVO:

Favorecer en los/las pacientes el cuidado del cuerpo, la expresión de su sexualidad con base en el respeto personal y de los otros a través de una educación sexual que fomente la expresión libre y saludable de sus inquietudes, el conocimiento, ejercicio y respeto de sus derechos sexuales, alrededor de la perspectiva de género.

METODOLOGÍA:

Derivado de la temática y considerando la edad de los menores la temática se abordará considerando esta categoría, principalmente en el interés de fortalecer el conocimiento de sí mismo y el desarrollo de estrategias que permitan el desarrollo pleno y saludable de sus derechos alrededor

del ejercicio de su sexualidad, en sesiones de 60 minutos, una vez a la semana en la que se abordaran los siguientes temas:

1. Autoimagen corporal, masculinidad y género.
2. Conocimiento y autocuidado del cuerpo.
3. Autoestima y asertividad.
4. Sexualidad, responsabilidad y derechos.
5. Mitos en torno a la sexualidad y el consumo de sustancias.
6. Diversidad sexual.
7. Disminución de prácticas de riesgo, ITS, Hepatitis C y VIH
8. Métodos anticonceptivos.

COORDINADOR: Psicología

ANEXO 1

LLENADO Y ADMINISTRACIÓN DE CUADERNILLO DE ACTIVIDADES

JUSTIFICACIÓN:

Las actividades grupales llevadas a cabo dentro de la Comunidad Terapéutica (CT) forman un conjunto, todas ellas se encuadran bajo un mismo enfoque conceptual y metodológico orientado a la rehabilitación de los/las pacientes por medio de la atención médica, psicológica y social, por tanto, la puesta en práctica de ellas debe obedecer a esta lógica, es decir, no como actividades recreativas aisladas, sino actividades que obedecen al modelo en cuestión y pensar cada una de ellas como un engranaje del tratamiento en conjunto.

Los grupos operan como un aparato de transformación que permite el reformular concepciones sobre el grupo de pares transformando en colectivo los pensamientos individuales relacionados con el uso de sustancias adictivas, es decir, un espacio donde pueden poner a prueba posibilidades inéditas de representaciones y de afectos. Lo cual es posibilitado porque dentro de las actividades grupales se desarrollan identificaciones (con los pares o con los miembros del Equipo Médico Técnico) y la puesta en escena de los grupos internos.

La cualidad terapéutica de las actividades grupales reside en esta aptitud para contener, desintoxicar (en todos los sentidos de la palabra), para posibilitar otra oportunidad de constituir formaciones y procesos que no se han producido en la vida de los/las pacientes a través de nuevos vínculos de agrupamiento. En este sentido, los desarrollos de las actividades grupales tendrán como fundamento esencial el comprender las dinámicas propias de los grupos intrapsíquicos (como cada persona vive el grupo que lo rodea) y así, utilizar estos como agentes específicos en el tratamiento.

Las experiencias vividas dentro de las UH, además de tener efectos inmediatos deben tener efectos duraderos, esto a modo preventivo con respecto a las recaídas. Además del seguimiento que se le da a los/las pacientes al egresar y los grupos de Nueva Red, el Departamento de Normatividad en Hospitalización y Proyectos Clínicos, en conjunto con la Subdirección de hospitalización y Proyectos Clínicos y la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, proponemos un **Cuadernillo de Actividades** que los/las pacientes conservarán dentro de la UH y podrán conservarlo a su Egreso.

La implementación del **Cuadernillo de Actividades** busca darle permanencia gráfica a las reflexiones orales y mentales que se establecen dentro del modelo CT, de este modo, los/las pacientes, al egresar del Tratamiento Residencial podrán conservar las reflexiones que vayan elaborando semanalmente en su **Cuadernillo de Actividades**, así como una retroalimentación de los compañeros respecto de su desempeño dentro de la Unidad. Dicho registro gráfico será un factor preventivo con respecto a las recaídas, en tanto permitirá ser consultado en momentos de quiebre de los/las pacientes al egresar. A diferencia de la palabra hablada, la palabra escrita tiene una permanencia, una longevidad, y a diferencia de los recuerdos orales, si se quiere tener acceso a lo que fue sucediendo a lo largo de su proceso de rehabilitación, los/las pacientes podrán tener acceso

a sus reflexiones, así como también, a lo que sus compañeros, sus pares, comentaron con respecto de su estancia, consejos que le sugieren, aprendizajes que obtuvieron de ellos y viceversa, en este sentido, el **Cuadernillo de Actividades** fungirá como una prevención a las recaídas, una oportunidad que los sujetos puedan retomar lo reflexionado a lo largo de su proceso de rehabilitación al egresar de las Unidades.

OBJETIVO:

Dotar a los/las pacientes de un registro gráfico de sus experiencias y reflexiones dentro de la UH con fines de prevenir recaídas.

METODOLOGÍA:

Al ingresar los/las pacientes a la UH se les entregará un **Cuadernillo de Actividades** el cual consistirá de dos formatos: La Hoja de registro de Actividades de Comunidad Terapéutica y la Hoja de retroalimentación de compañeros para egreso de pacientes. Los dos formatos aparecerán del siguiente modo:

- 13 Hojas de Registro de Actividades de Comunidad Terapéutica (1 por cada semana del Tratamiento Residencial a media estancia para un total de 13 semanas aproximadamente) (Anexo 2).
- 1 Hoja de Retroalimentación de compañeros para egreso de pacientes (la cual se entregará en la despedida de los/las pacientes que terminen satisfactoriamente con el Tratamiento Residencial dentro de las Unidades de Hospitalización) (Anexo 3).

Las primeras 13 páginas de Registro semanal servirán para plasmar lo que se reflexione a lo largo de una semana en el Tratamiento Residencial, por lo que le servirá para la totalidad de su proceso de rehabilitación. La finalidad del registro semanal en el **Cuadernillo de Actividades** será que los/las pacientes, plasmen en una escritura las vivencias que van teniendo a lo largo de su proceso de recuperación, así, al egresar de las Unidades de Hospitalización se llevarán su **Cuadernillo de Actividades**, el cual, en la estancia, también será guardado por los/las pacientes. Dicha Hoja incluirá las reflexiones de los/las pacientes (¿Qué aprendí?), los afectos que despierta cada actividad (¿Qué Sentí?) y lo que les sirve de las actividades a su egreso (¿Cómo ayudará en mi futuro?) El llenado de las Hojas de Registro las realizarán los/las pacientes semanalmente, para esto se le destinará una hora semanal los días sábado y/o domingo.

Por otra parte, la última página servirá para recibir una retroalimentación de sus compañeros al egresar de la UH, donde los compañeros podrán expresarle que aprendieron de ellos, algunos consejos y algunos deseos, los cuales, al ser registrados de modo escrito tendrán una permanencia en el tiempo, esta hoja será llenada por los compañeros y el EMT el día de la despedida del paciente en cuestión.

ANEXO 2

HOJA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Nombre: _____ . No. de Exp.: _____

Semana No.: _____

Objetivos: _____

_____.

TEMA DE LA SEMANA	ACTIVIDAD	¿QUÉ PENSÉ?	¿QUÉ SENTÍ?	¿CÓMO AYUDARÁ EN MI FUTURO?

ANEXO 3

HOJA DE RETROALIMENTACIÓN DE COMPAÑEROS PARA EGRESO DE PACIENTES.

NOMBRE DE PACIENTE	¿QUÉ APRENDÍ DE TI?	TE ACONSEJO QUE...	TE DESEO QUE

ANEXO 4

REGISTRO DE CONDUCTAS UH NIÑOS Y ADOLESCENTES

Instrucciones: Favor de marcar con una X cada vez que se identifique una conducta de agresión en uno de los/las pacientes considerando los siguientes rubros:

Fecha: _____ Horario: _____

Evaluador(es) _____

Forma agresión	Verbal/Psic	Verbal/Psic	Verbal/Psic	Verbal/Psic	Física	Física	Daño objetos
Residente	Insultos/groserías	Burlas	Amenazas	Apodos	Golpes	Tocamiento corporal inapropiado	Daño/Robo de objetos personales
Residente 1							
Residente 2							
Residente X							

Observaciones:

Notas: 1. Escala de puntaje 10 puntos en promedio 2. Se sugiere restar un punto por observación, 3. Salvo en casos de gravedad de agresión 4. Favor de contemplar supervisión con más de un evaluador por turno.

ANEXO 5

REGISTRO SEMANAL DE CONDUCTAS (UH NIÑOS Y ADOLESCENTES)

Nombre: _____																						
	PUNTUALIDAD, PERMANENCIA Y PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES			RESPECTO A LOS COMPAÑEROS FÍSICO Y VERBAL			RESPECTO AL PERSONAL			ASEOS T/M (1) ASEO DE HABITACIÓN T/M (2) Y T/V			HIGIENE PERSONAL			SALIDAS			ALIMENTACION			
	DIA / TURNO	MAT	VESP	NOC	MAT	VES P	NOC	MAT	VES P	NOC	MAT 1	MAT 2	VES P	MAT	VES P	NOC	MAT	VES P	NOC	MAT	VES P	NOC
LUNES																						
MARTES																						
MIERCOLES																						
JUEVES																						
VIERNES																						
SABADO																						
DOMINGO																						
TOTALES																						
PROMEDIOS																						

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día) www.asecedi.org
- 2) Alcoholics Anonymous World Service. *Doce Pasos y doce tradiciones* (1985) Ed. Alcoholics Anonymous World Service
- 3) Amor, P.J et al. *Violencia de Género y adicción a drogas en centros de día*. Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y el bienestar social.
- 4) Beck A. Wright F. et al.: *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, Paidós, Buenos Aires, 1999.
- 5) Bejos. L. M. (1995). *Las complicaciones de la identidad nacional*. No. 8 octubre-noviembre. Revista electrónica. Disponible en www.infoadicciones.net.
- 6) Bernard, M. Cuissard, A. (1979). *Temas de Psicoterapia de Grupos*. Editorial Helguero. Buenos Aires.
- 7) Bernstein, D.A. y Brokovec, T.D. *Progressive relaxation training: A Manual for the Helping Professions*. (1983) Research Press, Chicago.
- 8) Botvin, Renick, Baker, E. *The effects of scheduling format and booster sessions on a broad-spectrum psychosocial approach to smoking prevention*. (1983) Journal of Behavioral Medicine, 6.
- 9) Brown, Ch. *La Biblia del Yoga: La guía definitiva para las posturas de Yoga*. (2007) Edición Ilustrada.
- 10) Croce, M.A. (1980). "Efectos de los medios de comunicación social". Enciclopedia Temática de Psicología, tomo II. Barcelona: Herder.
- 11) De León, G. *LA Comunidad Terapéutica y las adicciones* (2004) España.
- 12) Döring, M.T. (2000) *La pareja o hasta que la muerte nos separe ¿un sueño imposible?* D.F., México: Fontamara.
- 13) EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer. *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. Vitoria-Gazteiz (2008).
- 14) Fernández, C. *Habilidades para la vida (Guía para educar con valores)* (2006) CIJ (Centros de Integración Juvenil)
- 15) Foucault, M. *L'Herméneutique du sujet*. Curso en el Collège de France (1981-1982), Gallimard /Seuil, París, 2001. Edición establecida por Frédéric Gros, bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana. [En español: Michel Foucault, *La hermenéutica del sujeto*. Curso en el Collège de France (1981-1982), traducción de Horacio Pons, FCE, México, 2002].
- 16) García, S. *Equinoterapia: un binomio con fines terapéuticos*. (2010) Monografía. Facultad de Medicina Veterinaria, Veracruz, México.
- 17) Goldfried M R & Davison G C. *Clinical behavior therapy*. New. York: Holt. Rinehart and Winston. 1976. 301 p.
- 18) Goti, M.E. *La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga* (1990) Buenos Aires, Argentina.
- 19) Herrero, M.N. (2001) *Experiencias sobre actuaciones con menores en situaciones de riesgo social y drogas*. Bases teóricas. Disponible en Internet:

www.elephas.woldonline.es/infosoci/documentos/dogodependencias

- 20) IKASTOLA (2009) *Consumo problemática de drogas. Orientaciones para la intervención en sexualidad*. Gobierno de Chile.
- 21) Kaes, R. (1981) *El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas concepciones teóricas en relación a los conceptos de individuo y grupo*. Temas de psicología social. Número extraordinario, Buenos Aires.
- 22) Knopf, A. (1961) *Primary groups*. En Hare, Borgatta y Balles Small groups. New York. 1961.
- 23) Litman ET. *AI. An instrument for measuring coping behaviors in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention and treatment*. (1983) British Journal of Addiction
- 24) Mangrulkar, L. et al. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS, División de Promoción y protección de la salud. Programa de Salud Familiar y Población, 65 pp.
- 25) Mantilla, Leonardo (2004). *Habilidades para la vida. Una herramienta educativa para la promoción del desarrollo humano*. En: Diario de la Fundación Esplai, mayo 2004, No. 9. Recuperado el <http://www.fundacionesplai.org/09pdf/13.pdf>
- 26) Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- 27) Marlatt, G.A. (1993) *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (comps) *Recaída y prevención de recaídas*. Siges: Ediciones en Neurociencias.
- 28) Martín del C. R (2009) *El papel de la educación artística en el desarrollo integral del educando*. México, Guadalajara, Recuperado el 17 de Junio 2009. <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/15/15Martin.html>
- 29) Montalvo, J., Espinosa, M. R. y Pérez, A. (2013) *Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas*. Alternativas en Psicología. VIII (28).
- 30) Monroy, A. *Dinámica de grupos: Técnicas y tácticas*. (1994) Ed. Pax, México.
- 31) Montaña F.R. (2008) *Grupos de Autoayuda. Una perspectiva desde la psicología narrativa*. Revista Liberaddictus México. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0974-104.pdf>
- 32) Palomino, M., Ríos, G. y Samudio, J. (1991). *Proyectos de vida y rehabilitación de delincuentes*. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 23, 71-85. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80523101.pdf>
- 33) Rooyman, M. *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes* (1996) España.
- 34) Scott, J. (2010) *Género: ¿Todavía una categoría de análisis?* La manzana de la discordia, 1:6, 98-101
- 35) Salvatierra, L. y cols. (2005). *Autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago participantes de un programa de educación para la salud*. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Vol. 14 (1). Disponible en: http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/2005_1/psico14.pdf

- 36) Santos, P. y cols. *Sistema de Clasificación Categrorial desarrollado por DiClemente y Prochaska (1991) para fumadores*. Disponible en: 2001. Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. ADICCIONES, Vol.13, Núm. 2.
- 37) Schrank, J. (1986). *Comprendiendo los medios masivos de comunicación*. México: Publigráficos S.A. (3ª ed.).
- 38) Servicio de Investigación Social, Fundación EDE (2011). *Un acercamiento a los procesos de inserción laboral de personas ex toxicómanas*. España.
- 39) Suprema Corte de Justicia de la Nación (2013) *Protocolo para juzgar con perspectiva de género: Haciendo realidad el derecho a la igualdad*. México
- 40) Ureña, B. P. (2004). *Deporte y Movimiento: Trabajo terapéutico integrado en el tratamiento de las adicciones*. Revista electrónica MHSalud. Vol. 1 (1) <http://www.una.ac.cr/mhsalud/articulos/deporte.pdf>
- 41) Ureña, B. P. (2005). *Correlatos Psicológicos y Actividad Deportiva. Costa Rica: Escuela de Ciencias del Deporte*. Disponible en http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/CorrelatosPsicologicosyActividadDeportiva-PedroUrena2004_000.pdf
- 42) Usuri, J. *Aprenda Reiki*. (2005), Ed. Imaginador
- 43) Vega, F. A. (1999). *¿Qué hacemos con el tiempo libre y el alcohol?* No. 22 marzo. Revista electrónica. Disponible en www.infoadicciones.net.
- 44) http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_06_Sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf Eusebio Rubio. 2014.
- 45) <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/coleccion8FranciscoContrerasS.pdf> Contreras, De Keizjer y Ayala. 2010.
- 46) <http://www.amaltea.org/DROGAS-Y-SEXUALIDAD.-REPERCUSIONES-EN-LA-VIDA-ER%C3%93TICA.-not.html> 2014.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA LA APLICACIÓN DE LA ACTIVIDA MUSICOTERAPIA:

- 1) Betes del Toro, M, *Fundamentos de musicoterapia*, Morata, Madrid, 2000.
- 2) Bruscia, Kenneth, E.: "Modelos de improvisación en musicoterapia." Editorial AgrupArtey autor. 1999
- 3) Código de Ética Federación Mundial de Musicoterapia
- 4) Chichon Pascual. *Música y Salud: Introducción a la musicoterapia II*.
- 5) Equipo ICMus Investigación (directora: Patricia Pellizzari), *Proyecto Música y Psiquismo, lo psicosoñoro*. ICMus Editores, Argentina, 2006.
- 6) Gabriel Federico: "El niño con necesidades especiales - neurología y musicoterapia", Ed. Kier. Buenos Aires, 2007
- 7) Ferrari, Karina, "Historia, desarrollo y evolución de la musicoterapia como disciplina académica", Texto incluido en la bibliografía de Lic. en Musicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- 8) Gallardo, R. "Musicoterapia y salud mental" Ediciones Universo. Buenos Aires. 1998. capítulo 2

- 9) Guevara, R.E. (2010) Cuando el amor se instala en la modernidad. Intimidad, masculinidad y jóvenes en México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM. México.
- 10) Jauset, J. "Música y neurociencia: la musicoterapia." Ed. UOC, Barcelona, 2008.
- 11) Katagiri, J. (2006) Los efectos de la formación musical y de textos sonoros en la comprensión emocional de niños con autismo. Florida state University Journal.
- 12) Lago, P y col (1996). Música y Salud: Introducción a la musicoterapia I.
- 13) Lacarcel M, J. (1995). "Música y educación especial". Murcia. Compobell
- 14) Léon Bence y Max Méreaux, Guía muy práctica de musicoterapia, Editorial Gedisa, Barcelona, 1988.
- 15) Lundqvist, L. y otros (2009) Effects of Vibroacoustic Music on Challenging Behaviors in Individuals with Autism and Developmental Disabilities. Autism Spectrum Disorders. v3 n2 p390-400.
- 16) Mora Zúñiga, D. M., Salazar, W., y Valverde, R. (2001), "Efectos de la música-danza del refuerzo positivo en la conducta de personas con discapacidad múltiple". Revista de ciencias del ejercicio y la salud. Vol 1, nº1.
- 17) Pellizzari Patricia, "El malestar en la voz", musicoterapia psicoanalítica. Editorial Resio. Buenos Aires, 1993.
- 18) Pellizzari, P. Rodríguez, R. J. "Salud, escucha y creatividad", musicoterapia preventiva psicosocial. Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina, 2005.
- 19) Polo, L. (2002), "Yo puedo, tú puedes... La expresión artística como puente de comunicación para personas con discapacidad". Revista arte, individuo y sociedad. Anejo I. Pág 405-409.
- 20) Rolando Benenson, Manual de musicoterapia, Paidós Ibérica, Barcelona, 1985.
- 21) Sabbatella, P. (2003). Musicoterapia Aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis Cerebral. Libro: Musicoterapia 2002. Fundación Inocente Inocente, Conferación Aspace, Asodown, Autismo España
- 22) Schapira, D. Ferrari K, Sánchez V y Hugo M. "El abordaje Plurimodal en musicoterapia" Ediciones ADIM. Buenos Aires 2007.
- 23) Trallero, Conxa; Oller, Jordi: Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia autorrealizadora para el estrés asistencial. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2008.
- 24) Vaillancourt, G. (2009). "Música y musicoterapia. Su importancia en el desarrollo infantil". Madrid. Nancea.
- 25) "Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial", Patricia Pellizzari y Ricardo J. Rodríguez.

Webgrafía:

- 1) <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=24>