



Centros de
Integración
Juvenil, A.C.

MANUAL DE APOYO ACTIVIDADES DE CENTRO DE DÍA



Matisse, H. La danza I (1909).

Dirección de Tratamiento y Rehabilitación

Subdirección de Consulta Externa

Departamento de Centros de Día

2014

PARA VIVIR SIN ADICCIONES

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 Centros de Integración Juvenil

Lic. Iván Rubén Rétiz 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 M. León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Coordinación

Dra. Laura M. León León

Revisión:

Mtra. Laura Soubran Ortega

Lic. Graciela F. Alpizar Ramírez

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez

Elaboración:

Lic. Alix L. Almendra

Gracias a cada uno de los Centros de Integración Juvenil del país, quienes colaboraron en la elaboración del presente Manual. Son ustedes, con su trabajo cotidiano, los que aportan el sentido para nuestro trabajo desde el área normativa. Siendo el terreno de la operación y la atención a los pacientes la parte esencial que nutre nuestra labor.



INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	7
II. Antecedentes.....	9
III. Marco Teórico.....	10
Paradigma de la Complejidad.....	10
Comunidad Terapéutica.....	11
Grupos Operativos o Grupos Centrados en la Tarea.....	13
IV. Representante de Centro de Día.....	15
V. Metodología para la elaboración del Manual.....	17
VI. Consideraciones para la aplicación de las actividades de este Manual.....	19
VII. Actividades de Centro de Día.....	20
1. Actividades del Equipo Médico Técnico en Centro de Día.....	20
1.1 Tema de la semana.....	20
1.2 Coordinación de Actividades de Centro de Día.....	23
1.3 Reunión Clínica Interdisciplinaria.....	24
2. Actividades de Recepción y Bienvenida.....	26
2.1 Sesión de Iniciación.....	26
3. Actividades de Tratamiento.....	28
3.1 Actividades de Tratamiento propias de Centro de Día.....	30
3.1.1 Asamblea Comunitaria.....	30
3.1.2 Grupo de Ayuda Mutua para Pacientes.....	34
3.1.3 Nueva Red.....	37
3.2 Actividades de Tratamiento compartidas con Consulta Externa.....	42
3.2.1 Terapia de Grupo.....	42
3.2.2 Revisión Médica/Farmacoterapia.....	44
3.2.3 Grupo de Familiares.....	45
3.2.4 Consultoría Familiar.....	47
3.2.5 Prevención de Recaídas.....	49
3.2.6 Grupo Psicoeducativo de Reflexión.....	52
3.2.7 Tratamiento para Dejar de Fumar.....	57
3.2.8 Auriculoterapia.....	57
4. Actividades de Rehabilitación y Reinserción Social.....	61
4.1 Área Psicosocial.....	62
4.1.1 Sociodrama.....	63
4.1.2 Cuentoterapia.....	66

4.1.3 Musicoterapia.....	69
4.1.4 Tanatología.....	70
4.1.5 Taller de Habilidades para la Vida.....	72
4.1.6 Taller de Autoestima.....	74
4.1.7 Cine Debate.....	76
4.1.8 Taller Espejo de Vida.....	77
4.1.9 Taller Presión Social y de Pares.....	77
4.1.10 Taller Cooperación y Empatía.....	78
4.1.11 Taller Exprésate.....	78
4.1.12 Taller escucha/conoce/controla tu cuerpo.....	79
4.2 Área Reeducativa-Formativa.....	80
4.2.1 Círculo de Lectura.....	81
4.2.2 Pensamiento Lógico Matemático.....	83
4.2.3 Educación para la Salud.....	85
4.2.4 Periódico Mural.....	85
4.2.5 Proyecto de Vida.....	86
4.3 Área Laboral-Ocupacional.....	87
4.3.1 Taller de Habilidades Socio-Laborales.....	89
4.3.2 Carpintería.....	91
4.3.3 Cocina.....	92
4.3.4 Estética.....	94
4.3.5 Jardinería.....	95
4.3.6 Tejido.....	97
4.3.7 Cómputo.....	98
4.3.8 Idiomas.....	100
4.4 Área Lúdica-Cultural.....	102
4.4.1 Expresión Artística.....	105
4.4.2 Manualidades.....	106
4.4.3 Pintura.....	107
4.4.4 Psicodanza.....	109
4.4.5 Teatro.....	110
4.4.6 Musicosophia.....	112
4.4.7 Paseos Culturales y Recreativos.....	114
4.4.8 Relajación Psicocorporal.....	115
4.4.9 Destreza Mental.....	116
4.4.10 Juegos de Mesa.....	116
4.4.10 Taller de Ajedrez.....	118
4.5 Área Física-Deportiva.....	120
4.5.1 Yoga.....	121
4.5.2 Deportes en Equipo.....	123
4.5.3 Box.....	124
4.5.4 Gimnasio.....	126
4.5.5 Kick Boxing.....	127
4.5.6 Natación.....	128
4.5.7 Pilates.....	129

4.5.8 Ping Pong.....	131
VIII. Bibliografía.....	133
IX. Anexos.....	137
1. Actividades del Círculo de Lectura.....	137
2. Ejercicios Lógico Matemáticos.....	143

I. INTRODUCCIÓN

El Manual de Apoyo a las Actividades de la Modalidad de Tratamiento de Centro de Día tiene la finalidad de ser una herramienta, para los Equipos Médico Técnicos, para la implementación de la modalidad. La intención principal es funcionar a manera de un catálogo de las actividades que se vienen llevando a cabo en cada uno de los centros que realizan la modalidad de Centro de Día.

El Centro de Día se define como un tratamiento intensivo para las personas con problemas de abuso y dependencia a las drogas, que permanecen en una estancia semiresidencial es decir la persona pasa varias horas al día en el centro sin pernotar en el mismo, por tanto no existe la separación de su entorno sociofamiliar; esta modalidad se organiza y estructura retomando las bases de la comunidad terapéutica. Después de que el EMT realiza la fase de Evaluación clínica y diagnóstico define un plan de tratamiento que, a través de la sesión de retroalimentación acuerda con el/a paciente. Se puntualizan los servicios terapéuticos y de rehabilitación-reinserción social para cada caso.

El presente Manual considera tanto las actividades de Tratamiento como las áreas de Rehabilitación y Reinserción Social. Todas ellas se plantean desde un enfoque biopsicosocial concibiendo a la persona y a la problemática de las adicciones desde la complejidad que ambas guardan, razón por la cual se sostiene una intervención de tipo interdisciplinaria donde, a través de un encuadre coherente de saberes de distinto orden, se pueda abordar el complejo y complicado panorama que las adicciones plantea.

Las actividades aquí presentadas no tienen la intención de agotar todas las posibles que puedan implementarse en la modalidad. La finalidad es brindar un compilado de servicios que puedan ofrecer alternativas a los Equipos Médico Técnicos al momento de definir su Plan de Actividades Diarias.

La información que aquí se encontrará ha sido aportada principalmente desde la operación, con la idea de rescatar toda la rica experiencia que en la atención con los pacientes se genera. La tarea principal desde el área normativa ha sido encuadrar toda esta experiencia y darle un marco dentro de nuestro modelo de tratamiento. Encuadrando estas actividades en una propuesta incluyente, que de espacio para la diversidad de enfoques teóricos que coexisten en la operación y que enriquecen el trabajo.

En este Manual encontrarán, en un primer momento, el marco teórico referencial que orienta nuestra práctica. Se hace un breve recorrido por los fundamentos del Modelo Biopsicosocial, la Comunidad Terapéutica y los Grupos Operativos. Elementos sobre la propuesta de modelo de tratamiento que se impulsa desde la Subdirección de Consulta Externa y los lineamientos principales de la modalidad de tratamiento de Centro de Día.

Posteriormente se hará un desarrollo de la metodología seguida en la elaboración del Manual, explicitando la lógica en la que se han estructurado las actividades y su presentación. Se presentarán también tanto el objetivo general como los particulares perseguidos en la elaboración de este Manual de Apoyo.

Se integró un apartado de consideraciones generales para la aplicación de las actividades de este Manual, donde se plasmaron las principales perspectivas que nos interesa destacar al momento de realizar las actividades de Centro de Día, se incluyen en este apartado comentarios comunes a todas las actividades descritas.

En la labor de seguir fortaleciendo la modalidad de tratamiento y de colaborar en la tarea de los equipos de trabajo, incluimos un apartado para delinear las características y funciones principales del Representante de Centro de Día. En este sentido nos interesa destacar las tareas pertinentes a esta función, al mismo tiempo que subrayamos la labor del EMT sin la que sería imposible llevar a cabo el tratamiento bajo esta modalidad intensiva.

Estos servicios están pensados para que se realicen en un terreno donde quienes intervengan, como coordinadore/as, se muestren sensibles ante las diferencias desde las que cada sujeto se posicione en su identidad sexual y su identidad de género. Promoviendo constantemente una actitud de inclusión y de apertura ante la infinidad de diferencias que se pueden dar entre las personas.

Asimismo como coordinadore/as del desarrollo de los servicios aquí planteados, resaltamos la importancia de conducirnos a través de ciertos principios generales que permeen nuestras prácticas de manera transversal:

- **Igualdad y universalidad:** no discriminación por ninguna condición que caracterice a las personas que atendemos, así como un trato humano y digno para todos y todas.
- **Principio de igualdad:** supone el reconocimiento tanto de las diferencias como similitudes que existen en las personas. Pensando a hombres y mujeres con capacidades distintas en tanto personas diferentes, pero con el mismo valor.
- **Globalidad e integralidad:** Se realizará un proceso de integralidad de la persona, considerando la complejidad de los sujetos que atendemos, sin enfocarse únicamente a aspectos parciales de los mismos.
- **Individualización:** se intentará que con los recursos disponibles se brinde la atención en la medida de las necesidades de cada uno/a de lo/as pacientes (a partir de la Evaluación Clínica Diagnóstica, el Plan de Tratamiento y la Sesión de Retroalimentación).
- **Participación:** las personas a las que brindemos atención tienen derecho a participar de su tratamiento y en su propia recuperación conociendo y comprometiéndose en la evolución del proceso.

II. ANTECEDENTES

La intención de elaborar un Manual de Actividades de Centro de Día surge a partir de la necesidad de aportar un marco y un encuadre desde la propuesta de modelo de tratamiento por parte del área de tratamiento, al mismo tiempo que se contribuye a legitimar las prácticas que ya se realizan en los diferentes centros.

Las actividades que aquí se presentan fueron recopiladas a partir de las actividades reportadas en los Planes de Actividades Diarias (PAD) de cada uno de los CIJ que realizan Centro de Día. Esto con la idea de poder retomar lo que se está llevando a cabo en la operación, rescatar la riqueza de las experiencias y tomarlo como un punto de partida para la co-construcción del modelo de tratamiento.

Existen por el momento Manuales de Apoyo de ciertas actividades que son pertinentes tanto para Centro de Día como para Consulta Externa, ya que son actividades compartidas por estas dos modalidades. La mayoría de estos Manuales de Apoyo acaban de ser actualizados y recomendamos una revisión conjunta, junto con el presente, ya que puede ayudar a ampliar la información y complementarla.

Los Manuales de Apoyo publicados que dialogan directamente con el presente Manual son los siguientes:

- ❖ Manual de Rehabilitación y Reinserción Social.
- ❖ Manual de Talleres de Rehabilitación y Reinserción Social.
- ❖ Manual Clínico de Terapia Grupal.
- ❖ Manual de Técnicas Psicomusicales.
- ❖ Manual de Habilidades Socioescolares.
- ❖ Manual de Grupos Psicoeducativos.
- ❖ Manual de Terapia Familiar.
- ❖ Manual de Apoyo para la Comunidad Terapéutica.
- ❖ Manual de Apoyo: Taller de Habilidades Socio-laborales de Centro de Día.
- ❖ Manual de Prevención de Recaídas.
- ❖ Manual Grupo de Familiares.

III. MARCO TEÓRICO

Como ya hemos reiterado, en otros manuales y en diferentes espacios, el Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO) desde el que proponemos sustentar nuestro modelo de tratamiento, funciona integrando elementos como el Paradigma de la Complejidad, el Modelo Biopsicosocial, Comunidades Terapéuticas y Grupos Operativos o Grupos Centrados en la Tarea, principalmente.

Paradigma de la Complejidad y Modelo Biopsicosocial

En este punto nos interesa retomar las reflexiones que propone el pensamiento complejo o paradigma de la complejidad, principalmente porque se pueden complementar con los fundamentos del Modelo Biopsicosocial en la tarea para redefinir las problemáticas que atendemos y nuestra manera de posicionarnos ante el fenómeno de la drogodependencia.

La propuesta desde este paradigma de abordaje de nuestros problemas de estudio es alejarnos de reflexiones simplificadoras, que puedan tener efectos graves en los sujetos. En la tarea de ir construyendo especializaciones será necesario advertir y cuidarnos de los peligros de reducir cualquier sistema complejo a una sola de sus dimensiones, terminando por abordar partes fragmentadas de eventos que realmente sólo podrían ser comprendidos como un tejido. (Morín, 1994).

El Modelo Biopsicosocial, por su parte, propone tomar en cuenta las diferentes áreas que integran al sujeto: biológica, psicológica y social. Estos elementos, tomando la postura del pensamiento complejo, son áreas que podríamos pensarlas como superpuestas unas con otras. No sería suficiente pensar que cierto rasgo o síntoma de una persona corresponde exclusiva y unívocamente a una de las áreas y que por lo tanto habrá una disciplina o una técnica que por sí sola tenga efectos sobre eso.

En coherencia a esta postura analítica, podemos decir que ante problemáticas complejas serán necesarias intervenciones complejas. Desde estas concepciones impulsamos intervenciones realizadas por un equipo multidisciplinario con acciones caracterizadas por el diálogo y el intercambio de saberes entre las diferentes disciplinas, es decir, por la interdisciplinariedad.

La tarea es poder trabajar en lo que llamaríamos un encuentro de saberes más allá de la profesionalización, donde el propio saber del paciente sea incluido, es decir, donde se incorpore al paciente como sujeto de su propio proceso terapéutico y se pretenda dar lugar a un encuentro de sujetos en el proceso del tratamiento.

Como ya hemos mencionado en otros momentos, lo central desde nuestra propuesta teórica y metodológica es el sujeto paciente (y su saber), no la sustancia o la enfermedad. Con esto queremos decir que todo aquello que el/a paciente sabe sobre sí mismo/a y su padecimiento será el material central para el tratamiento, optando por correrlos del lugar de todo-expertos en drogas y adicciones.

Asimismo, nos interesa producir un terreno de co-construcción, corresponsabilidad, y autonomía donde el paciente sea quien hable de lo que le pasa, al mismo tiempo que toma responsabilidad y participa de su tratamiento.

Las actividades presentadas pueden ser desarrolladas desde los diferentes enfoques en que las y los profesionales se ubiquen. Si bien el enfoque cognitivo conductual ha sido el central hasta ahora, nos interesa

dar lugar a otras propuestas como la humanista, la sistémica, la psicoanalítica y las perspectivas desde el construccionismo social.

Esto nos parece importante retomarlo desde la experiencia de los propios equipos en la operatividad, ya que consideramos que es ahí mismo donde existe un vasto conocimiento sobre la intervención en personas con problemas de dependencia a sustancias; sabemos que es desde los equipos que se tienen que rescatar las prácticas que hasta el momento se hayan realizado para que también desde la parte normativa puedan legitimarse, retomar estos conocimientos y dar lugar a prácticas que se estén realizando con éxito y buenos resultados. La idea es poder aportar cierto sentido, encuadre y organización para poder ser parte de este ensamble y en forma conjunta co-construir nuestros lineamientos del tratamiento.

Puntualmente, desde el modelo biopsicosocial concebimos a la problemática de las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional por lo que el Centro de Día ofrece un servicio intensivo, que toma elementos de la comunidad terapéutica para contribuir en el trabajo por la abstinencia favoreciendo la rehabilitación y reinserción social de las y los pacientes.

Comunidad Terapéutica

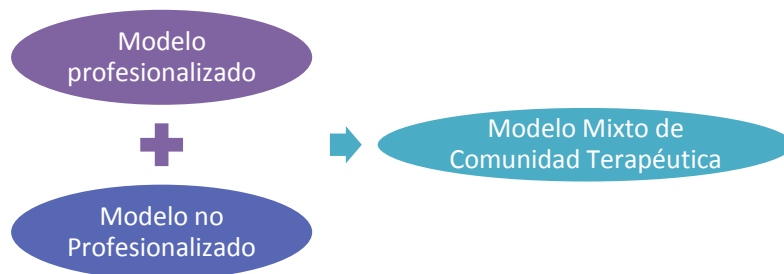
A pesar de que el término “Comunidad Terapéutica” (CT) lo emplea Main en 1946 por primera vez para describir la reorganización y encuadre que realizarían en los trabajos con grupos del instituto psiquiátrico de Northfield (Inglaterra), se atribuye a Maxwell Jones (en la década del 50) haber conceptualizado este término, ya que es él quien desarrolla las bases de este instrumento terapéutico de psiquiatría social que aparece como el espacio donde se adoptan tratamientos psicoterapéuticos que se refieren a los postulados de la dinámica y la terapia de grupo (Abeijón, 2010).

En la propuesta de M. Jones los profesionales y los pacientes forman un único grupo terapéutico que comparte el tratamiento en su desarrollo y evolución. En este espacio las decisiones de carácter administrativo, soluciones ante conflictos, propuestas de organización, entre otras, se toman de forma compartida por este único grupo, no existe una estructura jerárquica de tipo piramidal sino más bien un funcionamiento de tipo horizontal, la comunidad es una asamblea que tiene capacidad de decisión. El énfasis se pone en la comunicación libre entre profesionales y pacientes con un clima que permita liberar y expresar abiertamente los sentimientos. Las reglas y las decisiones se discuten y toman en grupo a través de un sistema democrático igualitario en el que participan todos por igual (Abeijón, 2010). Son estos los postulados principales que marcarían el desarrollo de las Comunidades Terapéuticas, en el contexto europeo llamado también Modelo Democrático, el cual tuvo su auge entre el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, forjando las bases de lo que se conoce actualmente como Hospital de Día.

Por otro lado, en la aparición y evolución de las comunidades terapéuticas para pacientes con consumo de dependencia a sustancias se encuentran algunas diferencias significativas. La influencia de los Estados Unidos va a ser determinante en este caso, basando sus principios en el modelo de auto-ayuda. Este es un esquema que se basa en la relación con otros ex-consumidores, que investidos de cierta autoridad servirán de modelos a los pacientes durante el progreso del tratamiento. Las posiciones de mayor responsabilidad y poder serán progresivamente conquistadas por los residentes en base a una jerarquía preestablecida. Los usuarios de este tipo de tratamiento pueden convertirse en terapeutas al final de su tratamiento, cuando

hayan logrado su abstinencia total. Este modelo se vale de conocimientos y saberes no profesionalizado, su fortaleza reside en el uso de la ayuda mutua y es el que más se ha difundido en la atención a las adicciones. Se le conoce también como Modelo Autoritario (Abeijón, 2010).

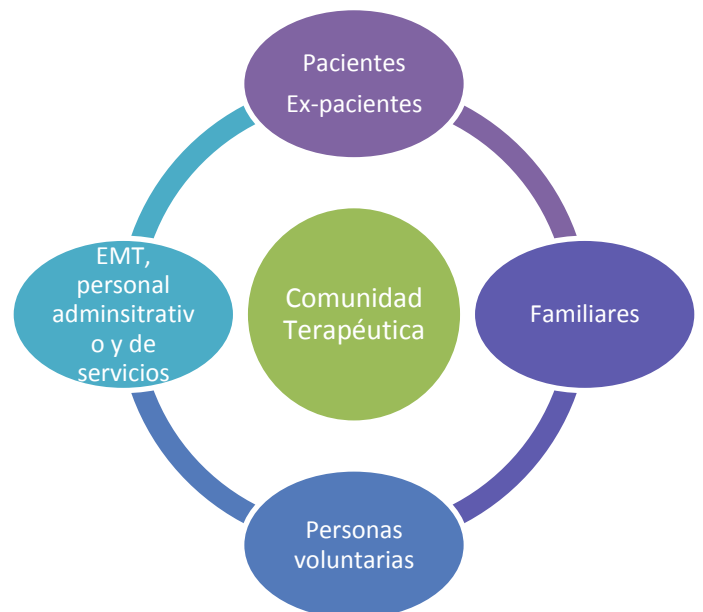
Estos dos modelos no son excluyentes y ambos guardan elementos valiosos para poder repensar el dispositivo de las CT en base a las necesidades actuales, donde importa brindar un tratamiento integral que se valga tanto de conocimientos e intervenciones de profesionales como en la participación de voluntarios ex residentes que puedan brindar apoyo y estimular la ayuda mutua entre los participantes del grupo. **Uno de los retos actuales sería poder pensar un Modelo Mixto integrador de estos recursos en una intervención intensiva pero ambulatoria.**



Tomando la conceptualización realizada por Comas (2010) para la Comunidad Terapéutica podemos decir que se trata de construir una realidad que, envolviendo totalmente en tiempo y espacio cada uno de los aspectos de la persona a nivel biológico, psicológico y social, facilite la creación de un universo relacional nuevo que permita reaprender patrones de comunicación singular y social. Recrear un universo grupal en el que sea posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos auto-agresivos. Se trata de co-construir un espacio que produzca efectos terapéuticos que faciliten la abstinencia y reinserción social de las y los pacientes.

La propia estructura comunitaria funciona como elemento contenedor en la cual el conflicto no se niega sino que se permite, se expresa y se le da un significado, lo que ayuda a su elaboración desde una perspectiva nueva en la que el sujeto adquiera beneficios (Comas, 2010).

Una Comunidad Terapéutica exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar e interdisciplinar, con un fuerte predominio de componentes médicos, psico-sociales y educativos. Una diferencia esencial entre la metodología de la Comunidad Terapéutica y otras metodologías de intervención se refiere al hecho de que todas las figuras que conforman la vida del Centro, desde todo el EMT, personal administrativo y auxiliar, como las personas voluntarias, pacientes, ex-pacientes y familiares forman



parte de este equipo de trabajo centrado en la tarea y deben actuar desde dicha perspectiva.

Podemos considerar que la vida en la Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir una vida cotidiana real, en la que todas las figuras que integran el equipo funcionen como un grupo operativo centrado en la tarea, cumplan con sus roles reales e interactúen a través del desarrollo de sus papeles en esa “micro-sociedad”, lo cual produce intensos efectos terapéuticos en las y los pacientes permitiéndoles ensayar, desaprender viejos patrones aprendidos y reaprender nuevos modelos de socialización.

Las y los pacientes en la Comunidad Terapéutica se convierten en participantes activos y responsables de su propio proceso terapéutico que, sin duda, favorece en el fortalecimiento de la confianza en sí mismos/as, su concepto y su autonomía para lograr el cambio.

Grupos Operativos o Grupos Centrados en la Tarea

Siguiendo con la propuesta de Pichón Rivière, los Grupos Operativos son aquellos que se caracterizan principalmente por estar dirigidos a la tarea, de ahí que se les conozca también como Grupos Centrados en la Tarea (GCT). La tarea, desde este marco teórico, se puede definir como el motor y la finalidad del grupo, es lo que integra y lo que da sentido a la existencia de ese grupo.

Compartimos la idea, también, de que es la tarea lo que transforma al grupo en un espacio de trabajo, siendo lo que lo resitúa y puede evitar regresiones o procesos truncos que no lleven al grupo hacia ningún lado. Es decir, al mismo tiempo que la tarea es la finalidad del grupo, se convierte en el medio que provoca transformaciones subjetivas en la misma dialéctica del quehacer con otros.

En palabras de Fischetti (2009) lo que para Pichón-Rivière caracteriza el grupo operativo no es el hecho de que el grupo esté centrado en el individuo, ni en el grupo mismo, sino que esté centrado en la tarea. Su preocupación en cualquier tipo de grupo (de formación, terapéutico, de discusión, etc.) es la de afrontar, a través del grupo operativo, los problemas que la tarea presenta, así como el aprendizaje y comunicación en relación a la misma. Vemos así que se trata del elemento central que moviliza al grupo, tan es así que Pichón llega a decir que no existe grupo sin tarea. Digamos que es la tarea la que instituye al grupo, en el sentido que un conjunto de personas es considerado grupo porque hay una tarea que une a sus integrantes. Si varias personas se reúnen es porque quieren desarrollar determinada tarea. Es justamente la tarea la que permite el paso de un conjunto de personas a una estructura grupal.

Inicialmente la tarea grupal puede parecer un elemento externo, pero paulatinamente ya no es tan distante y está referida a las motivaciones de cada uno de los participantes, además de que es lo que permite las transformaciones que el grupo vive. Es en este sentido que decimos que la tarea no sólo instituye sino que constituye el grupo. De hecho, cuando las personas llegan a un grupo, cada una de ellas traerá su propia idea de la tarea, y no sólo de ella sino también de lo que es un grupo y de cómo se trabaja en él. Podemos decir que cada uno de los miembros llega al grupo con un esquema de referencias previas, es decir, un ECRO (Fischetti, 2009).

El ECRO (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo) se refiere no sólo a los conocimientos que poseemos, sino también la posibilidad de poner en juego determinadas emociones que están ligadas a dichas

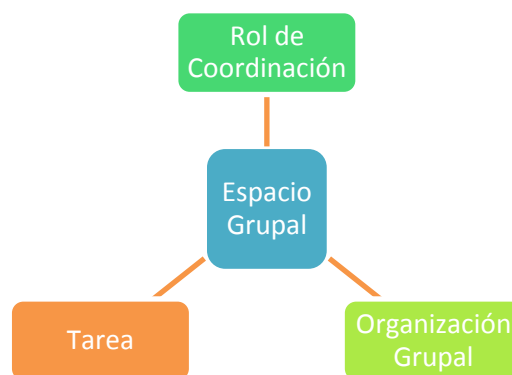
informaciones y experiencias. A partir de la confrontación nace la posibilidad de que, en cierto momento del proceso, cada uno de los integrantes pueda modificar su propio ECRO al ofrecer y recibir informaciones de los otros, establecer una serie de intercambios afectivos que gradualmente llevan a constituir un ECRO en común. Este proceso no sucede si no se acompaña de cierto tipo de ansiedades y sentimientos que llevan al grupo a atravesar diversas fases en el proceso.

El primer momento de todo grupo operativo se le conoce como **fase confusional**, tal como lo llamó Bleger, cuando se rompe el viejo ECRO y aun no se constituye uno nuevo. Es el momento en que cada uno comienza a preguntarse acerca de la relación con los demás, la propia imagen respecto a los otros y el por qué están ahí. Momento difícil para el grupo. De hecho es el momento en que algunos abandonan. Situación difícil pero imprescindible, que se repite cada vez que se busca resolver conflictos entre los miembros y respecto a la tarea. Ser sensible a las diferentes posiciones en que se ubicarán los integrantes del grupo frente a la tarea es labor importante para poder seguir en ella.

Por otro lado, para poder llevar adelante la tarea se necesita de otro, y es así que en otro momento (poco a poco) aparece la percepción del otro, empezamos a escuchar al otro y reconocemos su existencia. Es este el **momento de la desilusión**, de la ruptura de una situación narcisista. Nos damos cuenta que nadie puede llevar adelante la tarea por sí mismo sino que ella es un asunto grupal. En las vicisitudes de este proceso se dialoga constantemente con nuestro propio ECRO, pero éste no está ahí ya listo para ser usado sino que debe ser producido constantemente. Es un producto elaborado por el grupo (Fischetti, 2009) mediante lo que podríamos denominar la **fase de elaboración y/o construcción**.

El proceso grupal se plantea en el grupo operativo como una espiral dialéctica. La imagen de la espiral dialéctica le servía a Pichón-Rivière para romper con la idea de linealidad presente en las distintas concepciones de grupo, con un antes y un después, una idea de etapas sucesivas que enfrentar.

Como lo menciona Fischetti (2009) el coordinador, la tarea y la organización grupal son los tres ejes del espacio grupal. La función del coordinador no es entrar en el grupo como líder o decir a los integrantes lo que deben hacer. Él debería interpretar el vínculo entre grupo y tarea, es decir cómo el grupo trabaja con la tarea. A pesar de que el grupo insistirá en hacer entrar el coordinador en la situación grupal para hacerlo su líder, la función del coordinador será justamente no tomar este lugar. Si el coordinador asumiera la función de líder ya no podría interpretar las resistencias y posiciones respecto a la tarea.



Finalmente podemos decir que desde este marco teórico, el coordinador NO es la tarea del grupo, es decir que él no tendría que ofrecerse como un modelo de identificación, ni de salud mental, ni de saber. El líder del grupo es alguien que el grupo mismo tendría que elegir (de manera inconsciente) con la posibilidad de organizarse respecto a las necesidades para cumplir determinada tarea. En este punto lo importante para un grupo no es elegir el mejor líder, sino permitir una rotación del liderazgo al interior del grupo.

IV. REPRESENTANTE DE CENTRO DE DÍA

El/la Representante de Centro de Día es la persona, elegida por la dirección del Centro, que gestiona y coordina las actividades y los servicios de tratamiento y seguimiento de la modalidad de Centro de Día, de acuerdo al Plan de Actividades Diarias de cada CIJ. Siendo un puente de comunicación entre el/a Director/a y el Equipo Médico Técnico.

El tiempo asignado para que una persona del Equipo Médico Técnico pueda ser representante de Centro de Día es un año. Sin embargo una persona que ya estuvo desempeñando las funciones como representante de Centro de Día puede ser reelegido por la dirección del CIJ, justificando el motivo de su decisión.

El perfil para Representante De Centro De Día

Existen tres perfiles profesionales idóneos para realizar la función de representante: el personal de *Psicología, Trabajo Social y Medicina*. Tomando en cuenta que cumpla, en su mayoría, con las características que se describen posteriormente.

Características de el/la Representante de Centro De Día

1. Capacidad de escucha activa
2. Capacidad para establecer empatía
3. Habilidades de comunicación
4. Respeto
5. Solidaridad
6. Cooperación
7. Habilidades para establecer redes sociales de apoyo (con el EMT y la comunidad)
8. Capacidad de convocatoria
9. Liderazgo democrático
10. Dinamismo
11. Tolerancia a la frustración
12. Compromiso
13. Habilidades para el manejo grupal
14. Afinidad con el proyecto

Nota: Observando que estas características deben ser válidas tanto en la relación con los pacientes así como con los integrantes del Equipo Médico Técnico.

Funciones de el/la representante de Centro De Día

- El/a Representante de Centro de Día asistirá a la reunión con directores/as convocada por el equipo normativo de la Subdirección de Consulta Externa, donde la temática a tratar sea la modalidad de tratamiento de Centro de Día.
- Apoya al director/a en la revisión del informe semestral de Centro de Día, la cual realizan junto con el EMT con el fin de gestionar estrategias de fortalecimiento de la modalidad.

- Participa en los Acompañamientos en línea de Centro de Día de acuerdo a lo estipulado en el Plan Anual de Trabajo vigente.
- Realiza una propuesta de Plan de Actividades Diarias para la modalidad de Centro de Día del CIJ, de acuerdo a un diagnóstico de las actividades, recursos (humanos y materiales) y horarios disponibles. Posteriormente presenta esta propuesta a la dirección de la Unidad Operativa y al Equipo Médico Técnico y juntos realizan las modificaciones pertinentes tomando en cuenta lo ya mencionado.
- Coordina, junto con el/a Representante de personal voluntario, la participación de éstos/as en las actividades de tratamiento, rehabilitación, reinserción social y seguimiento.
- Con base al Plan de Actividades Diarias acordado, trabaja junto con el EMT y la dirección de la Unidad Operativa para acordar las actividades que realizará cada uno de los miembros del equipo.
- Propone y coordina la participación del EMT en las actividades de rehabilitación que se realicen de manera externa al CIJ. Por ejemplo visitas recreativas, deportivas, laborales, etc.
- Apoyar a la dirección de la Unidad Operativa en la gestión de los vínculos con otras instituciones que puedan aportar beneficios en la realización de la modalidad tanto para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los y las pacientes.

V. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL

Con la idea de empezar este proceso a partir de la experiencia de la operación, para posteriormente trabajarla desde la normatividad, en un primer momento se realizó la recolección de información solicitando a todos los CIJ que realizaran la modalidad de Centro de Día nos enviaran su Plan de Actividades Diarias.

Se realizó un listado general de actividades reportadas por los centros y clasificándolas de acuerdo a las características de los fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos de dichas actividades. De esta manera se dividieron en: 1) Actividades de Tratamiento y 2) Actividades de Rehabilitación y Reinserción Social.

Las actividades de tratamiento que se abordan corresponden a las que identifican la modalidad de Centro de Día: Asamblea Comunitaria, Grupo de Ayuda Mutua, Nueva Red y la Reunión Clínica Interdisciplinaria y aquellas compartidas con Consulta Externa como Revisión médica/FT, Terapia de Grupo, Grupo de Familiares, Prevención de Recaídas, Grupos Psicoeducativos de Reflexión, Auriculoterapia y Tratamiento para dejar de Fumar.

El listado general de actividades de rehabilitación-reinserción social reportadas por los centros se organizó de acuerdo con la clasificación vigente basada en las características de los fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos de las actividades. De esta manera se dividieron en: 1) Actividades Psicosociales, 2) Actividades Reeducativo-Formativas, 3) Actividades Laboral-Ocupacional, 4) Actividades Lúdico-Cultural y 5) Actividades Físico-Deportivas.

En la descripción de cada actividad se desarrolla una justificación de la pertinencia de cada temática en la atención de las adicciones, donde además se agregan ciertos antecedentes y un breve marco conceptual. Asimismo se define el objetivo general para cada una de las actividades y una propuesta metodológica como apoyo a la operación.

En el desarrollo hecho para cada una de las actividades se agregan otros elementos descriptivos, como es la población a la que se dirige la actividad (EMT, pacientes o familiares); el tiempo de duración y la frecuencia con la que se recomendaría implementar la actividad; los materiales que pueden ser utilizados; el perfil deseable para fungir como coordinador/a de la sesión y el tipo de actividad, es decir, si se trata de una actividad de tratamiento o de las áreas de rehabilitación y reinserción social.

Finalmente a cada actividad que se presenta en este manual se le agregó un breve análisis, desde el modelo biopsicosocial, en el que se identifica el impacto que puede llegar a tener la actividad en cuestión en las esferas Biológica, Psicológica y Social. Este impacto no se relaciona necesariamente con la abstinencia, sin embargo, consideramos que no necesariamente tendríamos que medir los beneficios que se registren en el paciente en función de su relación adictiva con la sustancia, ya que la propuesta es poder dejar de ver en las y los pacientes únicamente al consumidor/a de drogas y poder darle lugar y voz al sujeto.

Las propuestas metodológicas son sugerencias para estructurar las prácticas de las y los profesionales. Sin embargo, son los mismos EMT quienes están cercanos al proceso de las y los pacientes y por lo tanto son quienes tienen la autonomía de ir enriqueciendo la práctica con la lectura profesional que se haga de los procesos grupales y subjetivos propios de las y los pacientes a quienes se atiende. Se promueve una actitud propositiva y creativa frente al tratamiento y la intervención.

Objetivo General

- ❖ Brindar herramientas teóricas y metodológicas, a los Equipos Médico Técnicos para la realización de los servicios y actividades de la modalidad de Centro de Día.

Objetivos Específicos

- ❖ Presentar los fundamentos de la modalidad de Centro de Día.
- ❖ Delimitar las características y funciones del Representante de Centro de Día.
- ❖ Conformar un catálogo con diversidad de acciones, retomadas de la operación de la modalidad de Centro de Día.
- ❖ Encuadrar teórica, metodológica y clínicamente las actividades que se realizan en Centro de Día.

VI. CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ESTE MANUAL

- En el trabajo de Centro de Día, basado en el trabajo de la Comunidad Terapéutica, se hace una apuesta al trabajo grupal como el recurso básico para la intervención. En el presente manual se encontrará que todas las actividades que se describen tienen la característica de ser servicios que se desarrollen por medio de técnicas grupales; ya sea que se trate de los pacientes, ex pacientes, familiares o el propio grupo de profesionales que integran el Equipo Médico Técnico.
- Sugerimos hacer una revisión de la Guía Técnica de Centro de Día con la finalidad de identificar las actividades fundamentales de la modalidad para que, de la mano con este Manual, se pueda estructurar el Plan de Actividades Diarias.
- En algunas actividades se hacen referencia a otros Manuales de Apoyo. Esto es porque algunas de las actividades aquí presentadas ya se han abordado en otros materiales de apoyo, por lo que se recomienda hacer una revisión de los materiales vigentes a manera de complementar estas descripciones.
- El encuadre de los grupos con los que trabajamos en la modalidad de Centro de Día son grupos mixtos, abiertos y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión definidos en la Guía Técnica de Centro de Día.
- Las sugerencias dadas en cuanto a tiempos y frecuencias para llevar a cabo un servicio tienen la intención de ser un apoyo metodológico. Entendemos que estos tiempos se definirán en función del trabajo operativo que se lleve a cabo en cada Centro.
- Siguiendo la propuesta del grupo operativo centrado en la tarea y el trabajo de equipo interdisciplinar, la participación de todo el EMT es importante y no sólo de quien es responsable de la coordinación de las actividades.
- Promover la participación de la comunidad para que personas voluntarias desarrollen las actividades con la claridad de que tienen fines terapéuticos.
- Permanentemente escuchar y tomar en cuenta las opiniones de las y los pacientes y familiares respecto a los servicios y sus beneficios terapéuticos y de rehabilitación-reinserción social, ya que favorece la adherencia terapéutica y la co-responsabilidad en el proceso de cambio.
- Promover procesos de gestión y vinculación con las instituciones y organizaciones sociales de la comunidad para la conformación de redes sociales de apoyo, necesarias en la consecución de recursos, integración social y facilitación de procesos que desmonten la estigmatización hacia las personas consumidoras de drogas.
- Con el propósito de eliminar barreras en el tratamiento, se sugiere que de manera simultánea acudan pacientes y familiares: Las y los pacientes asisten a su tratamiento y en ese mismo horario, los familiares acuden a servicios como grupos de familiares, consultoría familiar.
- Registrar en la hoja de evolución, la valoración del/a paciente que participa en las actividades.
- En la Reunión clínica interdisciplinaria, realizar la evaluación y, en su caso, proponer el cambio de modalidad, los servicios de tratamiento son un proceso continuo y por tanto las y los pacientes podrán transitar por cualquiera modalidad a fin de lograr el cambio (la reducción del daño y/o abstinencia, así como la mejoría en las dimensiones biopsicosociales).

VII. ACTIVIDADES DE CENTRO DE DÍA

1. ACTIVIDADES DEL EQUIPO MÉDICO TÉCNICO EN CENTRO DE DÍA

1.1 TEMA DE LA SEMANA¹

JUSTIFICACIÓN:

El proceso de intervención en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social se sostiene en la idea del proceso grupal como agente de cambios significativos en el sujeto, donde se posibiliten nuevas formas de posicionarse en su propia vida, de la percepción propia y nuevas maneras de vincularse. Es en este sentido donde radica la importancia de la estructura y organización de las actividades grupales que se realizan en Centro de Día, pues son eje en las acciones y servicios a implementar durante y después del tratamiento.

Desde esta idea proponemos que se instaure el Tema de la Semana como una acción que favorezca la vinculación y que brinde sentido coherente a todo el conjunto de actividades y servicios que se implementen en los Centros de Día. Esta propuesta va encaminada a que se elija un tema diferente por cada semana sobre el cual giren todas las actividades que se realicen en Centro de Día, abordándolas tanto en los espacios de trabajo con los/as pacientes como con las familias.

Estos temas no necesariamente deben ser sobre la problemática de la adicciones, sino que pueden ser temáticas diversas que toquen diferentes aspectos de la subjetividad de las personas a las que se les brinda atención, dando espacio a que se vinculen estos temas con otras aristas que engloba el terreno de las adicciones desde el enfoque biopsicosocial.

Consideramos que esta acción beneficiará directamente al funcionamiento del servicio de tratamiento ya que potencializará cada una de las actividades que se desarrollen. Además de cumplirse el objetivo mismo que dichas actividades guarden, al abordarse el mismo tema desde diferentes ángulos y servicios, habrá correspondencia entre los diversos espacios de tratamiento, generando una articulación que se refleje en los procesos subjetivos de lo/as pacientes y en la elaboración de sus vivencias y conflictos.

Favorece que se generen más espacios donde puedan encontrar eco y resonancia de las problemáticas, pensamientos y situaciones que surjan del encuentro grupal. Asimismo favorece a reforzar ideas y/o conocimientos adquiridos sobre distintas áreas, dejar que se complejicen y que se elaboren con un tiempo que trascienda la duración de la actividad. Esto permite además, instaurar otros tiempos en los procesos de lo/as pacientes, donde haya una demora, donde se tenga que sostener cierta incertidumbre y después volver sobre el tema, desde otro lugar. Otros tiempos para la elaboración de las diferentes ideas que se impongan, desarmando una lógica de la inmediatez, de las respuestas rápidas y unívocas sobre la cual también operan las condiciones de la adicción.

Esta actividad se concibe a un nivel general sobre el resto de las actividades, es decir, a partir de ésta es que se desarrollan el resto de las acciones. Por esto es importante que el Equipo Médico Técnico le dedique particular esfuerzo a consolidar, tanto un orden de planificación que estructure así como la flexibilidad

¹ Reconocemos la originalidad en la implementación de esta actividad a la Subdirección de Hospitalización quienes la han realizado con éxito en las diferentes Unidades de Hospitalización de CIJ.

necesaria que responda a una lectura y escucha sensibles de las necesidades de la/os pacientes y de los procesos grupales que se impongan.

Siguiendo esta lógica de organización, es indispensable que la selección que se haga de los temas responda a una planificación con fines terapéuticos, que contribuya a la adquisición de habilidades sociales, favorezca la reinserción social de las personas, movilice reflexiones de apoyo para el proceso de las y los sujetos y el proceso grupal, etc. Aunque reiteramos que ésta planeación debe considerar la flexibilidad necesaria para que los temas puedan irse replanteando en el transcurso de su implementación en función de las exigencias del tratamiento.

En cuanto a la construcción de las temáticas suponemos indispensable dotarlos de riqueza y transversalidad en los discursos, donde se tomen en cuenta las diferencias de sexo, edad, género, origen, posición social, etc. tomando la idea de que se trata siempre de una población marcada por la diferencia y donde se debe evitar caer en los estereotipos que históricamente han permeado la adicción a las drogas.

Respecto a esta transversalidad es necesario considerar de igual manera los diferentes discursos disciplinarios que coexisten en las instituciones, en los equipos de trabajo, las diferencias de sexo, de género, de origen, etc. que también permean al Equipo Médico Técnico y a sus prácticas. Esto plantea la relevancia de planificar en equipo, desde la diferencia también, desde el intercambio de saberes, opiniones y apuntando hacia una construcción de marcos referenciales coherentes que se sostengan desde la interdisciplina. Esto es de una trascendencia importante pues serán estos marcos construidos a partir de estos espacios creativos, de reflexión y de planeación, los que orienten nuestras prácticas y que nos permitan seguir repensando y recreando las acciones orientadas directamente a la atención de lo/as pacientes.

OBJETIVO:

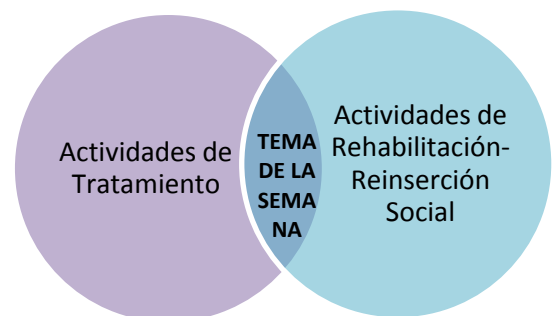
- Establecer un tema a la semana como eje rector que sirva para articular el total de las actividades grupales con la finalidad de dotar de una coherencia interna y potencializar los servicios de tratamiento del Centro de Día.

METODOLOGÍA:

El Equipo Médico Técnico podrá hacer uso de la Reunión Clínica Interdisciplinaria para definir una planeación trimestral sobre los temas para cada semana. Se elaborará una propuesta con un total de 12 temas por trimestre con un orden temporal también en función de una lógica terapéutica.

Esta selección trimestral será presentada en el espacio de Asamblea Comunitaria para su discusión y su valoración junto con lo/as pacientes y con todo el EMT, dando lugar a las modificaciones que se consideren pertinentes, ya sea de contenido o en el cronograma.

Una vez definidos los temas y el cronograma, se sugiere que el EMT aproveche las sesiones de la Reunión Clínica Interdisciplinaria semanales para que puedan revisar el tema que se trabajará en la semana próxima. Se sugiere que sea un



momento para que el EMT pueda definir los lineamientos y posturas desde donde se abordará la temática, es decir, aludiendo a esta diversidad de disciplinas y posturas teóricas que convergen en cada Centro se propone que se permitan abrir un breve espacio de diálogo sobre el tema que vaya a trabajarse para enriquecerse como equipo, discutir posturas al respecto y poder llegar a acuerdos en sus discursos. Esto contribuye también a que todo el personal se encuentre articulado en sus acciones a pesar de que cumplan funciones muy distintas dentro del propio Centro.

Se sugiere que en las reuniones de la Asamblea Comunitaria, en algunos momentos, se considere hacer un seguimiento a las acciones del tema de la semana. Dialogar sobre la funcionalidad, los beneficios u obstáculos que se han presentado en su desarrollo, pensar la relevancia o pertinencia de los temas que se han elegido, etc.

Al término del trimestre, el EMT volverá a usar el espacio de la Reunión Clínica Interdisciplinaria para planear los siguientes temas del próximo trimestre y después volverá a plantear su discusión y acuerdo en el espacio de la Asamblea Comunitaria.

Recomendaciones para la elección de los temas:

- Abarcar temáticas que trasciendan la problemática adictiva.
- Considerar un mismo tema que guarde cierta complejidad para poder ser abordado desde diferentes perspectivas y que funcione para una población con diversidades.
- Temas relacionados con los contextos de la población, cercanos a la comunidad o a los intereses que más aparezcan en los grupos.
- Tomar en cuenta una postura que incluya una transversalidad en el tema en cuanto sexo, género y cualquier otra categoría subjetivante.
- Considerar y aprovechar los recursos humanos, materiales e intelectuales con los que cuenta el Centro para poder abordar la temática.

COORDINACIÓN:

Dirección de la Unidad Operativa y Representante de Centro de Día.

1.2 COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES DE CENTRO DE DÍA

JUSTIFICACIÓN:

Centro de Día es una modalidad de tratamiento con características propias, requiere de cierta planeación de estrategias particulares para su funcionamiento. Por lo que desde esta instancia se prioriza la gestión de los procesos para organizar las actividades y para la aplicación de los servicios de tratamiento y rehabilitación.

Esta modalidad guarda una lógica diferente a la de Hospitalización y a la de Consulta Externa, que si bien se tratan de espacios articulados, cada uno cuenta con particularidades. Nuestra lógica se fundamenta en una atención a las personas desde la cual, al mismo tiempo que le brinde contención con los recursos terapéuticos necesarios para el tratamiento de la problemática de las adicciones, sea también un vehículo de integración para lo/as pacientes con su medio social, es decir el Centro de Día es pensado como un elemento que forma parte del medio social de las personas, desde donde se pueden tender puentes para nuevos vínculos escolares, laborales y comunitarios en general.

Siguiendo esta idea, se vuelve indispensable la tarea de coordinar un amplio número de diversos elementos, gestionar los recursos materiales y humanos con que se cuenten a fin de lograr mejores intervenciones para las personas usuarias de los servicios. Todo esto aprovechando, de la mejor forma posible, las características propias de la comunidad en la que se encuentran, de lo/as pacientes y familiares que demandan atención, del equipo profesional y personal voluntario con que se cuenta y de todos aquellos elementos que conforman el CIJ.

OBJETIVO:

- Organizar, coordinar y programar las actividades y el personal para la realización de los proyectos de tratamiento y rehabilitación de Centro de Día.

METODOLOGÍA:

La gestión de esta actividad se lleva a cabo por el/la Representante de Centro de Día, quien tendrá la función de trabajar en conjunto con el/la directora/a del CIJ para favorecer la coordinación del EMT, del personal de servicio social y prácticas profesionales, de promotores especialistas que colaboren con el Centro y el grupo de voluntario/as de apoyo que participen en los servicios de rehabilitación y reinserción social. Será importante que, el/la Representante de Centro de Día, transmita lo generado en estas actividades de coordinación a todo el Equipo Médico Técnico, en el espacio de la Reunión Clínica Interdisciplinaria.

COORDINACIÓN:

Dirección de la Unidad Operativa y Representante de Centro de Día

1.3 REUNIÓN CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA

DIRIGIDA A:

Equipo Médico Técnico

JUSTIFICACIÓN:

Centro de Día es una modalidad de tratamiento basada en una intervención integral desde el enfoque biopsicosocial donde se hace necesaria la presencia de un equipo multidisciplinario que ponga en marcha estrategias para el intercambio y la producción de saberes sostenidos entre los andamiajes de las diversas disciplinas desde donde se puedan generar prácticas y dispositivos de intervención interdisciplinaria.

Conviene aquí plantear las diferencias entre los términos multidisciplinaria e interdisciplinaria desde donde se sostiene la finalidad de este espacio dedicado exclusivamente para el Equipo Médico Técnico del Centro de Día.

En el enfoque multidisciplinario cada disciplina se dedica a su área de especialidad, delimitada por sus objetos de estudio, sus saberes y sus prácticas. Desde este enfoque no hay necesariamente un diálogo o una coordinación entre estas disciplinas, lo cual tampoco implica una transformación entre ellas. Desde este nivel las relaciones disciplinarias se caracterizan por derivaciones o interconsultas entre profesionales, donde los resultados pueden ser integrados incluso por profesionales que no haya participado del proceso.

El nivel interdisciplinario se desprende de la concepción de que los problemas no tienen límites disciplinarios y que las demandas en la atención son cada vez situaciones más complejas que suponen la trascendencia de dichos límites. Por lo tanto se hace indispensable pensar en una articulación donde el punto de partida sea el problema a abordar, en este caso la atención al problema de las adicciones, dejando a un lado el punto de partida desde los límites disciplinarios.

De acuerdo a Stolkiner, A. (2005) pensamos que es casi imposible hablar de una práctica interdisciplinaria, si no se generan los espacios de reflexión de estas prácticas, ya que no se trata de un trabajo espontáneo, sino de un trabajo que el equipo profesional necesitará echar a andar para construir las estrategias que generen estos diálogos.

Desde estos argumentos es que suponemos la importancia de considerar la Reunión Clínica Interdisciplinaria como un pilar de las prácticas del Centro de Día, fundamental para darle sentido tanto al trabajo del EMT como al proceso terapéutico de pacientes y familiares.

Por otro lado consideramos indispensable que el tratamiento de los/as pacientes sea pensado constantemente en función del proceso grupal generado en el Centro de Día y el proceso personal. Por lo que no es un plan terapéutico rígido e inmutable, al contrario son procesos orgánicos que demandan ser monitoreados y reflexionados constantemente para realizar las adecuaciones en función de las necesidades que vayan apareciendo.

El espacio de la Reunión Clínica Interdisciplinaria está pensado expresamente para dar seguimiento a estos procesos en los que transitamos las personas desde lo grupal y lo singular. Se podrá hacer uso de esta reunión para hacer supervisiones de los casos particulares más complejos con el fin de discutirlos a la luz de las diversas miradas multidisciplinarias y acordar estrategias de intervención para cada uno de ellos, así como para integrar el plan de tratamiento de pacientes que han terminado su fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico.

Otro elemento importante que se relaciona directamente con esta actividad es la implicación del equipo profesionales que conforma el EMT. Por lo que se propone que sea un espacio para atender inquietudes propias del EMT que sirvan como estrategias de cuidado y atención a los integrantes del mismo equipo, considerando los desafíos constantes que supone la atención a un problema tan demandante como lo son las adicciones.

OBJETIVOS:

- Brindar un espacio de construcción interdisciplinaria para el seguimiento de los procesos grupales tanto de pacientes como del EMT con la finalidad de generar estrategias terapéuticas de intervención.
- Dar espacio de atención a las necesidades específicas de los/as pacientes y las inquietudes del personal que trabaja en el centro y su implicación en el tratamiento.
- Supervisar y dar seguimiento a casos clínicos.
- Integrar un Plan de Tratamiento a partir de la Evaluación Clínica y Diagnóstico realizada por las diversas miradas profesionales.

METODOLOGÍA:

Se plantea como una actividad de metodología flexible, donde se debe priorizar el diálogo y la escucha entre los miembros del equipo y donde se hará el esfuerzo de integrar las diversas miradas para mejorar el funcionamiento del Plan de Actividades Diarias, las inquietudes internas del EMT, el Plan de Tratamiento para lo/as usuario/as y replantear estrategias de tratamiento.

Es importante que esta actividad se realice en un horario donde converjan integrantes del EMT de los turnos matutino y vespertino (en caso de existir ambos turnos), además de que se trata de una actividad que debe estar considerada en el PAD del Centro de Día. Proponemos que cuando se considere necesario se integre la participación de personal voluntario o de todo aquel personal que interviene en el tratamiento y rehabilitación y reinserción social de las y los pacientes pues también pueden aportar elementos de análisis para conducir el plan de tratamiento, asimismo también pueden verse beneficiados/as de poder escuchar otras perspectivas profesionales de las personas con las que intervienen en los talleres.

Se debe estimular la participación activa de sus miembros, así como el trabajo interdisciplinario en la planeación de las intervenciones. En el caso de surgir una emergencia a tratar por el EMT se podrá habilitar un espacio extraordinario para poder atenderlo.

COORDINACIÓN:

Dirección de la Unidad operativa y Representante de Centro de Día.

2. ACTIVIDADES DE RECEPCIÓN Y BIENVENIDA

2.1 SESIÓN DE INICIACIÓN

DIRIGIDA A:

Pacientes y familiares

JUSTIFICACIÓN:

La Sesión de Iniciación por ser el contacto a la modalidad de Centro de Día, es el espacio en el que se realiza el encuadre terapéutico e institucional. Donde se explican de manera general los lineamientos de esta modalidad de tratamiento, sus características y se da a conocer el reglamento. Es el momento donde se plantea el contrato entre el/la paciente y la modalidad de tratamiento de Centro de Día.

Es un momento donde es importante que se genere cierto nivel de motivación en el/la paciente que provoque cambios favorables en su vida y fortalezca su nivel de compromiso con el proceso terapéutico.

Este primer encuentro es de suma importancia, ya que es un momento decisivo para hacer sentir a el/la paciente y a la familia el alojamiento que la institución puede brindar. Se ponen en juego muchos de los temores e incertidumbres y se establecen los primeros vínculos que harán que el paciente permanezca o no en el tratamiento.

Es fundamental que se genere una atmósfera cálida de bienvenida, donde se escuchen las expectativas tanto del paciente como de la familia, poner atención en la demanda que estos hacen y explicitar los objetivos que el Centro de Día considera para el tratamiento.

Cabe señalar que incluso aquellos pacientes que acuden por iniciativa propia es posible que experimenten sentimientos de ambivalencia frente al tratamiento lo que hace indispensable la intervención del Equipo Médico Técnico para colaborar en la construcción de la demanda del paciente y la familia además de acompañar en el proceso.

OBJETIVOS:

- Establecer el encuadre terapéutico, dando la bienvenida al paciente e informando sobre los lineamientos, funcionamiento, reglamento y condiciones de trabajo necesarias para el tratamiento en la modalidad de Centro de Día.

METODOLOGÍA:

El Equipo Médico Técnico establece los días y horarios en donde se realizará la Sesión de Iniciación, éste es el primer servicio de la modalidad dirigida a los pacientes que acuden por primera vez al Centro de Día.

La actividad puede realizarse en cualquier momento de la semana y puede dirigirse de manera individual a un paciente y su familia (en caso de estar acompañado) o de manera grupal a varios pacientes con sus familiares.

Cada Centro puede definir, en sus Reuniones Clínicas Interdisciplinarias, los horarios en que se realice esta actividad con la finalidad de que todo el Equipo Médico Técnico esté enterado y se tenga la seguridad para citar a las y los pacientes en esos tiempos garantizando que son recibidos.

Es importante que en este espacio quien es responsable del Centro de Día dé una bienvenida cálida al paciente y la familia, que se expliciten los lineamientos generales de la modalidad de tratamiento, los objetivos, el reglamento y las condiciones necesarias para que el contrato terapéutico se lleve a cabo. Además se debe dar lugar a la escucha de las necesidades y expectativas del paciente y la familia para poder ir elaborando un plan de tratamiento en función de esto.

Es importante invitar a recorrer el espacio y conocer las instalaciones del CIJ, asimismo, en la medida de lo posible, presentar al Equipo Médico Técnico que opera en el Centro de Día así como el Director/a del CIJ.

Siguiendo los lineamientos de la Guía Técnica de Centro de Día resaltamos los elementos generales que deben ser tratados en este espacio:

- **Explicar los fundamentos de la modalidad Centro de Día:** objetivos, servicios de tratamiento y rehabilitación-reinserción, la importancia del trabajo en grupo, el plan de actividades diarias, la asistencia y duración del tratamiento.
- **Sensibilizar al/a paciente para la inclusión de las actividades** resaltando la importancia terapéutica del Centro de Día desde una atención integral e intensiva para lograr cambios en el estilo de vida y fomentar la reinserción en el medio social.
- **Sensibilizar y fortalecer la motivación al cambio en el/a pacientes y familiares,** elemento importante para su proceso terapéutico.
- **Dar a conocer y solicitar el respeto y compromiso del reglamento de Centro de Día,** resaltando la importancia terapéutica que éste tiene como parte del tratamiento y rehabilitación.

COORDINACIÓN:

Dirección del Centro de Día

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Genera responsabilidad y compromiso del paciente hacia su proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Se genera un encuentro con un grupo, un vínculo entre pares y de inclusión institucional.
<ul style="list-style-type: none">• Permite que se establezcan los primeros vínculos entre todas las personas involucradas en el tratamiento así como con la institución misma.	<ul style="list-style-type: none">• Permite encuadrar la relación terapéutica y con los otros, desde donde se establecen acuerdos básicos de convivencia y de pertenencia al grupo.
<ul style="list-style-type: none">• Da un espacio para poder ir delineando la demanda del paciente, así como sus expectativas de la atención.	

3. ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO

Estas son actividades que conciernen a los servicios de tratamiento normados en la Guía Técnica de Centro de Día, así como servicios complementarios de la modalidad de Consulta Externa que pueden ser de beneficio para los y las pacientes de ambas modalidades.

Sin dejar de lado las diferencias en el estatuto jurídico de las sustancias, así como sus particulares efectos físicos y psicológicos, resaltamos la importancia de considerar el componente en el psiquismo que sostiene la adicción, más allá de la sustancia o la droga misma. Es por esto que cualquier objeto puede devenir en adicción pues no depende tanto del objeto o sustancia que se consume, sino del sujeto consumidor y sus vicisitudes. Así podemos considerar la droga, no sólo como un tóxico sino como un intento de respuesta (precaria por supuesto) a ciertos interrogantes que ni siquiera han podido ser planteados en el psiquismo del sujeto, la drogodependencia nos habla de la persona que ha enmudecido, quedando silenciada por la sustancia. De ahí la pertinencia y necesidad de plantear cualquier propuesta de intervención desde el ámbito psicoterapéutico, que permita elaborar los conflictos psíquicos, dar lugar a la palabra de la persona y desandar los caminos, junto con los otros, que han contribuido a hacer de la sustancia un objeto de adicción.

La apuesta en el tratamiento se vale del marco metodológico de la Comunidad Terapéutica, donde el objetivo primordial es el análisis y la transformación subjetiva a través del trabajo con el grupo. En palabras de Jasiner (2008), podemos decir que se trata de buscar los efectos de la transformación subjetiva, renunciando mediante el tejido de la creación grupal, a lo dañino que puede resultar una posición que reniegue del vínculo con los otros.

Proponemos el trabajo grupal como posibilidad para el abandono de los sentidos que hasta el momento la persona ha vivido como únicos y totalizadores, para lograr un espacio de contención, que sostenga las imposibilidades del sujeto, las ansiedades de ingresar a un tratamiento, la incertidumbre de los procesos de rehabilitación. Lugar donde pueda alojarse su malestar y se puedan marcar otro tipo de encuentros con los otros.

Como lo menciona Montaña (2013), para abordar el conflicto subjetivo es importante y útil la participación grupal y social unida a un ejercicio de escucha, reflexión, comprensión y análisis, que favorezcan al logro de elecciones autónomas por parte de cada sujeto.

En el proceso grupal se espera que se produzca la transformación subjetiva por añadidura. Es así que la propuesta para trabajar con grupos en el área psicoterapéutica se fundamenta en la noción de que es un modo de potenciar lo singular, no en tanto individual sino en tanto efecto de articulación con otros. Desde este lugar planteamos las actividades que a continuación se describen.

ATIVIDADES DE TRATAMIENTO:

Actividades propias de Centro de Día

- Reunión Clínica Interdisciplinaria
- Asamblea Comunitaria
- Grupo de Ayuda Mutua entre Pacientes
- Nueva Red

Principales Actividades de Consulta Externa que comparte con Centro de Día

- Terapia de Grupo
- Grupo de Familiares
- Revisión Médica/farmacoterapia
- Consultoría Familiar
- Prevención de Recaídas

3.1 ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO PROPIAS DE CENTRO DE DÍA

3.1.1 ASAMBLEA COMUNITARIA

DIRIGIDA A:

Equipo Médico Técnico y Pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

La Asamblea Comunitaria (AC) es una actividad central dentro del modelo de Comunidad Terapéutica, desde donde se sostiene gran parte de la operación de los Centros, ya que es el espacio expresamente pensado para convocar a pacientes y EMT sin posiciones jerárquicas, en un plano de horizontalidad desde donde sean discutidas y expresadas cuestiones de trascendencia para todos los que participan del Centro de Día.

La AC encuentra su justificación primordial en el hecho de que abre un espacio y tiempo para que quienes participen tomen una actitud activa dentro del proceso y los servicios que desarrolla el Centro. Pensamos esto fundamental pues, en el caso de la/os pacientes, les permite actuar de manera comprometida y responsable de su proceso terapéutico pudiendo cuestionar, proponer y argumentar sobre las situaciones que les afectan directamente, lo que les molesta, lo que les favorece, lo que se está haciendo con buenos resultados o lo que quisieran que se hiciera de manera diferente.

Al EMT le permite reflexionar sus prácticas y expresar las lógicas del tratamiento y los servicios que se están brindando, para dotarlas de sentido y poder estar pendiente de los procesos que vayan exigiendo modificaciones en su realización. Reiteramos que esto obliga a instalar un discurso de horizontalidad donde se respete y se vea a el/la paciente como persona capaz de involucrarse en su proceso terapéutico y también decidir e incidir sobre él.

Son cuestiones indispensables para un proceso de tratamiento y rehabilitación –reinserción social, donde las posiciones del poder clásicas se desdibujan y pueden emerger nuevas lógicas para operar, con mejores resultados que aquellas lógicas que funcionan únicamente desde la verticalidad. Las personas encuentran un sentido en las acciones, a sus tareas y a los servicios que le son ofrecidos y esto permite que se involucren desde otro lugar que no sea el del sometimiento a un tratamiento o la imposición autoritaria.



El EMT podrá aprovechar este espacio para escuchar a lo/as pacientes y verlo/as actuar desde otro lugar y posiciones, asumiéndose como sujetos autónomos, responsables de su recuperación, donde no sólo hablan por sí mismo/as, sino en beneficio de su comunidad o del colectivo y en pos de enriquecer el camino de su tratamiento y el de sus compañero/as.

Este es un espacio donde también se puede elaborar lo referente a acciones que trasgredan al reglamento o los límites que no se hayan acatado. Es importante no hacerlo desde el lugar de autoridad que resguarda la ley de manera impositiva, sino, por un lado, desde la defensa de los intereses de los miembros de la Comunidad Terapéutica donde las reglas y los límites responden también a una lógica terapéutica y por otro, usándolo como una herramienta que permita una lectura clínica de dichas trasgresiones.

También plantea la posibilidad de resolver conflictos que atañen tanto a pacientes, familiares y EMT, buscando la solución de los mismos a través del consenso, negociación y mediación con la intervención de quienes participan de la AC.

Este es un lugar también para ser aprovechado en cuestiones organizativas que atañen a la operación del Centro, así por ejemplo, se piensa como espacio idóneo para discutir y acordar la planeación del tema de la semana, pues la horizontalidad que propone posibilita el intercambio de opiniones entre pacientes y EMT en cuestiones trascendentales para el tratamiento.

Debido a todas estas condiciones que están de base en la AC es importante que todo/as asistan a ella y que los acuerdos ahí tomados sean respetados tanto por el EMT del Centro como por pacientes una vez llegado al consenso.

OBJETIVOS:

- Habilitar un espacio para el diálogo horizontal entre pacientes y EMT donde haya lugar a la expresión y escucha de deseos, necesidades e inquietudes pertinentes a la operación del Centro de Día y el proceso de tratamiento.
- Fomentar que pacientes encarnen un papel activo, donde se refuerce el compromiso y se genere una mayor responsabilidad sobre el propio tratamiento.
- Abrir un espacio de resolución de conflictos e intereses de los miembros de la CT.
- Fortalecer nuevas redes sociales basadas en la cooperación y respeto al otro.

METODOLOGÍA:

La AC puede estar coordinada tanto por alguien del EMT como por un/a paciente, ambos elegidos por la propia AC en la sesión inmediata anterior. Se trabaja en función de los puntos que el EMT considere necesarios para discutir en el grupo (puntuados en la Reunión Clínica Interdisciplinaria o en la Pre-Asamblea), y también en seguimiento de los puntos que lo/as pacientes consideren necesarios abordar. Se enlistan estos puntos a manera de orden de día y se comienza la puesta grupal de cada uno de los temas.

A manera de apertura de la sesión y para dar la bienvenida e integrar a participantes de nuevo ingreso, se puede hacer una pequeña presentación de lo que se trata la AC, sus finalidades y sus repercusiones en la vida terapéutica de quienes la integran. Esto lo puede hacer voluntariamente cualquier integrante de la AC.

Quienes coordinen la sesión se encargarán de establecer el encuadre de duración y lineamientos necesarios para desarrollar la AC, con base en el respeto, la horizontalidad, el uso de la palabra para exponer abiertamente las necesidades e inquietudes, la escucha y consideración de las necesidades del resto de participantes, etc. Asimismo serán quienes regulen que el desarrollo de la sesión se realice de la manera más adecuada a sus objetivos.

Durante el desarrollo de la AC debe prevalecer una actitud de escucha profunda por parte del EMT, donde se les dé a lo/as pacientes un lugar para participar de la toma de decisiones de las acciones del Centro de Día, donde sea una puesta en común de los procesos subyacentes a la operatividad, se negocien intereses de todos sus participantes y se construya un sentido de comunidad y pertenencia a un colectivo con objetivos y responsabilidades en común.

Para finalizar se hace una lectura de los acuerdos logrados durante la AC para reiterarlos. Esto además sirve para instalar la idea de que se construye, que se avanza tomando acuerdos en comunidad y permite que se logre una mayor adherencia a estos acuerdos y compromisos.

Se puede hacer un cierre motivando a las y los participantes a que expresen cómo se sienten con los acuerdos y las decisiones tomadas, de manera que se enfaticen las fortalezas que tuvo la reunión y se ubiquen también la manera como se puede mejorar. Para finalizar se elige a quienes coordinen (una persona del EMT y un/a paciente) la siguiente reunión de la AC.

Al igual que se da la bienvenida también se puede organizar y realizar el “ritual de despedida” a quien cambia de modalidad o egresa del tratamiento.

Siguiendo la propuesta metodológica del Manual de Apoyo para Actividades de la Comunidad Terapéutica cabe diferenciar dos tipos de modalidades temporarias de la AC:

- **AC Ordinaria (Regular):** es la actividad que se encuentra preestablecida dentro de la planificación del Centro de Día, llevada a cabo por lo menos una vez por semana.
- **AC Extraordinaria (Esporádica):** como su nombre lo indica surge como respuesta a necesidades o conflictos graves, emergentes que requieran de una solución pronta.

Asimismo podemos mencionar tres tiempos en los que puede desarrollarse la AC:

- **Pre-Asamblea:** es la reunión clínica del EMT donde se acuerdan los puntos que emergen del proceso del tratamiento y que necesitan ser trabajados en el espacio de la AC. (30 min.)
- **Asamblea:** Espacio dedicado explícitamente a la participación de EMT y pacientes para llevar a cabo la actividad descrita como AC propiamente dicha. (90 min.)
- **Post-Asamblea:** Espacio donde el EMT se reúne para hacer una lectura clínica, comentar y analizar lo que haya emergido en la reunión de la AC. (30 min.)



Sumándonos a esta propuesta metodológica, en este momento podemos agregar algunas consideraciones pues sabemos que todo esto puede parecer una propuesta difícil de cumplir dados los tiempos que demanda la operatividad. Sin embargo creemos que se tratan de espacios valiosos que enriquecen en gran medida el proceso terapéutico de los pacientes y el trabajo mismo de los profesionales del EMT. Alentamos que se generen soluciones creativas para desempeñarlas o para suplirlas en caso de ser muy difícil su cumplimiento. Una sugerencia podría ser la de combinar los espacios y tiempos de la Reunión Clínica Interdisciplinaria y la Pre/Pos-Asamblea articulando así estos espacios de trabajo del EMT.

TIEMPO SUGERIDO:

90 min. por lo menos una vez por semana.

MATERIALES:

Se sugiere que se realice en un espacio cómodo, adecuado para que puedan participar todas/os los miembros del Centro, que se cuente con un pizarrón/pintarrón y plumones donde se puedan registrar los puntos a tratar y/o los acuerdos generados. Se debe contar con la bitácora donde se registrará lo acontecido en la reunión (orden del día, acuerdos, eventos a realizar, cambios de modalidad, egresos, etc.)

COORDINACIÓN:

Representante de Centro de Día, EMT y Pacientes.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Genera responsabilidad y compromiso de el/la paciente hacia su proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Privilegia el diálogo entre pares.
<ul style="list-style-type: none">• Los procesos horizontales generan mayor autonomía en los pacientes, autoconfianza y una actitud proactiva frente al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Aporta un sentido de comunidad donde las cosas pueden lograrse mediante acuerdos.
<ul style="list-style-type: none">• Facilita el uso de la palabra como expresión de sus deseos y sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none">• Brinda herramientas para negociar intereses propios respetando los ajenos.
<ul style="list-style-type: none">• Genera una actitud de responsabilidad y autonomía desde donde se pueden negociar aspectos relacionados con la medicación y el plan de tratamiento de lo/as pacientes.	

3.1.2 GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA PACIENTES

DIRIGIDA A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Los Grupos de Ayuda Mutua o Autoayuda encuentran su fundamento en la idea de la colaboración. Se enmarcan en el terreno de la solidaridad que se puede dar al identificarse con otros que comparten un malestar similar. Haciendo uso de la experiencia de alguien más como un recurso de apoyo para el sufrimiento propio, así como de los recursos personales que pueden aportarse al resto del grupo.

Ubicar los antecedentes de estos grupos es una tarea compleja ya que, como muchos autores plantean, se trata de un tipo de reuniones y vínculos de colaboración que se han dado, con diferentes matices, a lo largo de la historia de la civilización. Uno de sus antecedentes más difundidos son los grupos de Alcohólicos

Anónimos que aparecen en Estados Unidos en el año de 1935, cuando dos personas con problemas de adicción al alcohol se reunieron con la idea de ayudarse mutuamente y ayudar a otras personas con problemas similares. Estos grupos, a su vez, retomaron postulados asentados en la organización espiritual inglesa llamada Oxford Groups (Roca, 1998).



El proceso histórico de esta modalidad de grupos se alimenta en buena medida de la aparición de las Comunidades Terapéuticas, que tienen como concepto base los grupos de autoayuda. El término de Comunidad Terapéutica, acuñado en Reino Unido por Thomas Main en la década de los 50's y desarrollado por psiquiatras como

Maxwell Jones y Ronal D. Laing, engloba dos tipos de referentes teóricos: el modelo americano, con bases cercanas a la modificación de conducta y al concepto de autoayuda y por otro lado el modelo europeo, con bases en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente y Fernández, 1999).

Durante las décadas de los 60's y 70's, con el impulso de los movimientos por los derechos civiles, se da un auge de este tipo de grupos, la gente se moviliza para juntar esfuerzos y reunirse bajo la modalidad de pequeños grupos y grupos de autoayuda donde la comunidad encuentra espacios privilegiados para trabajar situaciones diversas de una manera más efectiva, más íntima y con mayor poder de acción y transformación que si lo hicieran de manera aislada (Gale Encyclopedia of American History, 2006).

En la actualidad existe una gran cantidad y diversidad de Grupos de Ayuda Mutua, todos con propósitos, modalidades y formas de acción distintas. Sin embargo, para ubicarnos dentro de un terreno conceptual podemos retomar la definición que nos ofrece Montaña (2013) tomando los elementos en común a todos los Grupos de Ayuda Mutua, definiéndolos como una modalidad de organización social, en la que las

personas se reúnen para hablar, escucharse y trabajar de manera colaborativa, alrededor de un mismo tema.

Otra definición, de las más difundidas, aportada por el psicólogo neozelandés Alfred Katz, los concibe como grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito en específico (Roca, 1998).

Nosotros podemos decir que los Grupos de Ayuda Mutua son espacios donde, los sujetos que en algún momento han experimentado segregación o aislamiento, dolor o conflicto en relación a una problemática, encuentran (y al mismo tiempo ofrecen) un lugar de contención y sostén entre sus miembros. Todo esto bajo un encuadre donde no existe un terapeuta que interprete o analice los procesos grupales sino, a través de normas que enmarcan el trabajo grupal, regulando la interacción, el diálogo y el trabajo entre los participantes. Es un espacio que, al mismo tiempo que ofrece colaboración y ayuda, demanda compromiso y trabajo activo a sus participantes.

Uno de sus elementos principales para su amplia difusión y uso en diferentes contextos es que brindan la posibilidad de encontrarse con quienes viven algo similar bajo la promesa de sostener el dolor, brindar apoyo y tener la posibilidad de dejar de estar solo, sabiendo que hay otros que pueden estar sufriendo lo mismo o encontrarse en una situación similar. Estas personas que los conforman se consideran pares, es decir, se trabaja desde la horizontalidad y están todos habilitados para compartir una particular situación de vida frente a los demás, en una colaboración sin jerarquías para afrontar un problema o resolver determinada situación.

Una de la hipótesis sobre la que se sostiene esta modalidad es que en estos espacios, como otros de carácter grupal, se establece un dispositivo con características particulares, para servir como sostén social, dando lugar a la elaboración del conflicto interno, provocándose también un cambio subjetivo. El/la paciente se percibe como responsable ya no sólo de su tratamiento sino también como agente de cambio para los demás pacientes que son sus compañero/as.

Se trata en definitiva de una apuesta en común, para ponerse en manos de los otros y combatir posiciones de aislamiento y soledad, permitiéndose romper círculos repetitivos que se dan en el padecimiento de las adicciones.

OBJETIVOS:

- Formar un espacio de apoyo mutuo a través de la colaboración entre pares.
- Reflexionar sobre la responsabilidad subjetiva en el consumo y la abstinencia, así como el compromiso personal y con los otros para incidir en la problemática.
- Descubrir recursos personales para afrontar el padecimiento del consumo adictivo.
- Conformar nuevas redes de apoyo social.

METODOLOGÍA

El espacio está destinado únicamente para lo/as pacientes, sin sus familiares. Es importante que los participantes se dispongan en círculo para sostener la idea de horizontalidad y de igual a igual.

El servicio será coordinado por pacientes y puede contar con el apoyo (logístico) de miembros del EMT. En todas las sesiones del grupo deberá nombrarse un/a moderador/a, que puede ser un/a paciente o personal voluntario y que cambiará en cada reunión. El papel del moderador es el de regular el uso de la palabra y la organización de la puesta en común del grupo. Este moderador deberá abstenerse de ofrecer consejos o dar juicios de valor sobre las intervenciones del resto de los participantes, su labor es únicamente como apoyo de la puesta en marcha del proceso grupal.

Es tarea del moderador transmitir al grupo el encuadre para iniciar el trabajo. Señalar la importancia de que las intervenciones de los participantes fluyan libremente pero siempre considerando un tiempo prudente donde no se monopolice la palabra sin dejar espacio a otras participaciones. Se debe aclarar que se trata de un espacio de confidencialidad y privacidad, donde sus palabras no serán juzgadas, ni criticadas y donde cualquier integrante puede hablar, preguntar o compartir sus experiencias con los demás, sin que necesariamente exista una réplica al respecto, a menos que quienes participen lo necesiten.

El/la coordinador/a trae el tema de la semana que se esté trabajando en el Centro, lo abre al grupo, haciendo una breve introducción, pudiendo proponer una serie de preguntas o palabras generadoras que estimulen la participación respecto a la temática y su relación con las adicciones, anotando esto en un lugar visible para todos. Será su papel también propiciar la participación activa de todos los miembros, facilitar que las personas aprendan a partir de las experiencias de otras personas y facilitar las condiciones necesarias para que se produzca un intercambio. Al momento que se den las intervenciones de los participantes deberá organizarse de manera que tome la palabra una persona a la vez y todos los que desean participar tengan oportunidad.

Antes de finalizar la sesión, quien coordine puede hacer un resumen de lo abarcado en la sesión y de los puntos de vista vertidos por lo/as participantes y preguntar al grupo cómo se sintió durante el desarrollo de todo el trabajo.

Las reuniones se realizan por lo menos una vez por semana de acuerdo con el Plan de Actividades Diarias.

TIEMPO SUGERIDO:

90 min. una vez por semana

MATERIAL:

Para un adecuado desarrollo del servicio, es necesario contar con un espacio amplio e iluminado, que esté acondicionado con sillas, pizarrón, plumones y borrador.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social, Medicina. Pueden participar voluntarios ya sea de servicio social, prácticas académicas o promotores especialistas, con la autorización de la dirección de la Unidad Operativa y bajo la supervisión de quien es responsable del servicio.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Estimula un posicionamiento activo frente a la problemática de las adicciones y su resolución.	<ul style="list-style-type: none">Fomenta el intercambio de experiencias, el diálogo y la colaboración entre pares.

- Los procesos horizontales generan mayor autonomía en lo/as pacientes, autoconfianza y una actitud activa frente al tratamiento.
- Brinda un espacio de contención para afrontar situaciones conflictivas con el apoyo del grupo.
- Fortalece recursos internos de quienes participen para brindar apoyo a sus compañero/as.
- Habilita un espacio que privilegia el vínculo intersubjetivo para la resolución de problemas personales.
- Posibilita la reinserción social de personas marginadas o con historia de exclusión en un vínculo social.
- Favorece una actitud de escucha y empatía frente a los demás.

3.1.3 NUEVA RED

DIRIGIDA A:

Pacientes, Familiares, Ex pacientes y Familiares de Ex pacientes.

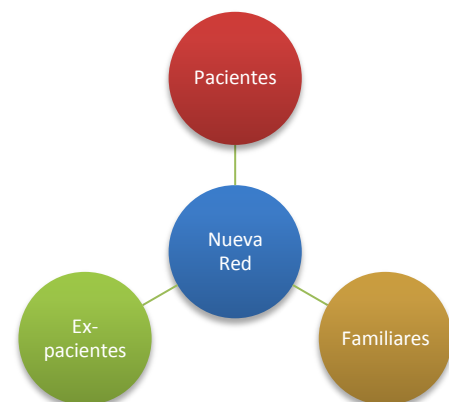
JUSTIFICACIÓN:

Nueva Red es un espacio que promueve el acercamiento e intercambio entre pacientes-familiares y ex pacientes. Bajo la modalidad de grupo de ayuda mutua, se va tejiendo una trama entre EMT, familia y pacientes, que sostiene el tratamiento y la abstinencia de los afectados a manera de un nuevo lazo social formado bajo un encuadre terapéutico de colaboración mutua.

Como lo menciona Kuras de Mauer y Tesnizky (2011) es este entramado o red que se teje dentro de los límites de la institución, pero que la trascienden, lo que permitirá sostener a lo largo del proceso terapéutico y de rehabilitación todas aquellas recaídas, transgresiones, fracasos y cualquier situación que por momentos pone en duda la posibilidad de seguir adelante.

Como ya lo mencionamos en el apartado de Grupo de Ayuda Mutua a Pacientes son la colaboración y el apoyo los elementos claves para el éxito de esta actividad. Se sostiene en la idea del trabajo horizontal donde todos los participantes tienen algo valioso que aportar y que aprender de los demás. Opera desde la lógica grupal del trabajo con otros, donde los participantes se pueden encontrar con personas en situaciones similares, con maneras diferentes de abordar los problemas, algunas veces con soluciones y otras veces con interrogantes que propongan la irrupción de nuevos sentidos, diferentes a los ya conocidos que los han llevado a situaciones de aislamiento y soledad.

Por eso es importante estimular la participación activa incluyendo a familiares y a ex pacientes ya que se crea un grupo más heterogéneo, donde quienes terminaron un tratamiento y se encuentran en proceso de abstinencia funcionan como un sostén para pacientes en tratamiento. Al mismo tiempo, el grupo y la participación de pacientes en proceso terapéutico también sirven de sostén para ayudar a mantener la abstinencia y dar seguimiento a quienes ya lo terminaron. Así que permite elaborar las ansiedades del inicio del tratamiento, contener incertidumbres y angustias del proceso terapéutico y fortalecer recursos que ayuden a evitar posibles recaídas.



Se puede pensar este servicio como su mismo nombre lo indica, a manera de una red, que contiene, sostiene y apoya dejando espacios para la acción y para el movimiento de los que participan de ella. Se trata de una acción que se articula con los fundamentos de la Comunidad Terapéutica, donde en conjunto con el resto de actividades grupales ayuda establecer nuevas formas de vincularse y ayuda a fortalecer los lazos ya hechos dotando de una participación activa al sujeto que se encuentra en proceso de tratamiento, a la familia y a la comunidad que participan también de su recuperación.

OBJETIVOS:

- Brindar un espacio para la familia, pacientes y ex pacientes donde se fortalezca la conformación de redes de apoyo con el establecimiento de vínculos.
- Promover la participación activa, sentido de pertenencia, adhesión al tratamiento y prevención de las recaídas.

METODOLOGÍA:

En la sesión proponemos que exista un/a coordinador/a que será integrante del EMT y alguien que co-ordine por parte del grupo de pacientes. La persona que coordine tendrá la tarea de regular el desarrollo de la sesión y quien colabore en esta coordinación lo apoyará en la planeación y la elaboración de materiales para la implementación de la misma. Dicha planeación será en función del tema de la semana que corresponda y del tipo de sesión acordado para abordarse la temática.

La sesión debe darse con todo/as lo/as participantes dispuesto/as en círculo, generándose un ambiente de confianza, confidencialidad y colaboración desde donde la persona coordinando iniciará estableciendo el encuadre necesario para trabajar, donde se explicitarán los tiempos, las formas de intervención, se estimulará la participación activa y se invitará a integrarse desde una actitud de respeto y armonía, donde no haya lugar para los juicios de valor hacia las intervenciones del resto de participantes.

Para el desarrollo de la sesión se establece el tema a abordar (considerando el tema de la semana) y el tipo de sesión que se usará, esto según los acuerdos realizados previamente en la reunión anterior. Se hace un breve sondeo en el grupo para ver si estos acuerdos aún son pertinentes o si es necesario llevarlos a cabo bajo ciertas modificaciones según las necesidades emergentes del grupo. En el desarrollo de las actividades. Quien sea co-coordinador/a podrá ir anotando los puntos más sobresalientes que se vayan suscitando en el grupo.

Existen cuatro diferentes tipos de sesión para Nueva Red, con las que se sugiere ir alternando una modalidad por semana, recordando siempre mantener una actitud cercana y sensible al proceso grupal y sus necesidades para realizar las modificaciones que se consideren necesarias.

A continuación describimos los tipos de sesión y aportamos a modo de sugerencia un desarrollo para cada una de ellas.

a. Círculo de estudio o lectura

En este tipo de sesión el tema de la semana o tema elegido por el grupo se aborda desde una lectura que sirve como disparador de reflexiones, emociones e ideas que evoquen en quienes participan del grupo. Es importante seleccionar lecturas, que desde cualquier ámbito: científico, académico, narrativo, poético, etc. permitan provocar reflexiones encaminadas con el objetivo que haya sido propuesto.

El/la coordinador/a selecciona el texto que puede ser leído, por uno o más de los participantes. a voluntad de ellos mismos.

Algunas preguntas que pueden favorecer y habilitar la participación para hablar sobre lo que el texto generó en ellos pueden ser:

-¿Qué me parece la lectura?

-¿Me gusta? ¿Me desagrada? ¿Por qué?

-¿Cómo me sentí mientras se leía?

-¿Hay algo que quisiera agregar o modificar del texto? ¿Qué sería?

-¿Me aporta algo nuevo esto que se leyó?

Para realizar la conclusión de la sesión se pueden retomar los puntos que haya anotado el co-coordinador en la sesión y también se puede hacer uso de nuevas preguntas tales como:

-¿Aprendí algo nuevo del texto, de mí mismo o de los otros?

-¿Cómo me siento ahora?

-¿Me surgieron nuevas preguntas?

b. Junta con tema

En este tipo de sesión se hace uso de un tema en específico, con cierto encuadre para ser abordado. Se sugiere hacer uso del tema de la semana, guardando siempre un espacio para la flexibilidad si es que el grupo propone hacer un cambio justificado en sus necesidades.

Se recomienda que el/la coordinador/a y co-coordinador/a elaboren una serie de preguntas o subtemas que pueden plantearse alrededor de la temática general. De manera que sirva como guía para dirigir la discusión grupal.

Para dar inicio a la intervención del grupo se recomienda retomar las conclusiones de la sesión anterior y de ser posible engancharlas con la temática a revisar, dar una breve introducción del nuevo tema y hacer uso de las preguntas guías para habilitar la participación de las personas.

La persona encargada de co-coordinar la sesión puede ir registrando el desarrollo de las intervenciones. Para finalizar se puede hacer un recorrido general por lo que se dijo en la sesión usando estos apuntes y se pasa al planteamiento de conclusiones por parte de los miembros del grupo.

Se pueden usar las siguientes preguntas para guiar a la formulación de conclusiones:

-¿Con qué ideas me quedo después de todo lo que se dijo y escuché?

-¿Aprendí algo nuevo?

-¿Qué me preció la sesión?

-¿Cómo me siento ahora?

-¿Me surgieron nuevas preguntas o nuevas ideas a partir de lo discutido?

c. Junta con plática profesional

En estas sesiones se privilegia el acceso a un conocimiento más específico o especializado sobre algún tema. Se fomenta el aprendizaje de las y los pacientes y el acceso a escuchar otros puntos de vista ajenos a

la institución, otras prácticas u otros conocimientos desde la experiencia, desde la academia o desde el campo que habilite a quien se encargue de dar la ponencia ante el grupo.

Se sugiere también que la plática profesional esté relacionada con el tema programado para trabajar en la semana, el enfoque que se le quiera dar a este tema dependerá del personal profesional invitado para exponerlo.

Proponemos hacer una presentación del/a ponente, indicando su nombre, su campo de especialidad, la institución que representa e invitando a la escucha respetuosa, atenta y activa que permita abrir una ronda de preguntas, comentarios y opiniones al finalizar la ponencia.

d. Junta libre

En la sesión con junta libre se privilegiará completamente las necesidades del grupo y sus integrantes. Para esta sesión se puede retomar el tema de la semana si es que quienes participen de la sesión consideran que necesitan decir/escuchar algo al respecto. De no ser así se respetarán los temas que vayan emergiendo según las necesidades del grupo.

Se recomienda iniciar invitando al grupo a participar expresándose a partir de lo vivido, pensado, reflexionado en los últimos días, se puede preguntar sobre el tema que se ha trabajado en la semana y qué ha sucedido en torno a su reflexión, también se puede retomar lo sucedido en la reunión anterior y poder dar seguimiento a ideas que hayan aparecido al respecto en los días posteriores, la Junta libre también se puede utilizar para hablar y resaltar las fortalezas que esté teniendo el espacio de Nueva Red y para detectar sus aspectos a mejorar.

Otra sugerencia es abrir espacio para propuestas de actividades nuevas que pueden hacerse dentro del grupo de Nueva Red e incluso poder evaluar, de manera grupal el trabajo de reinserción social que se esté cumpliendo o que pueda llegar a realizarse.

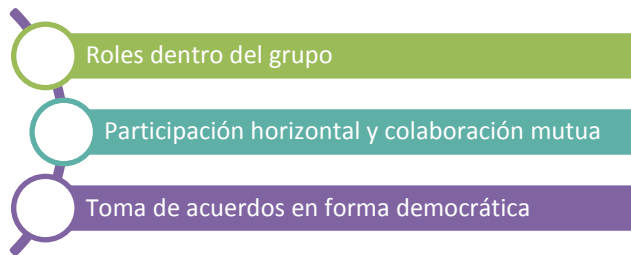
Se termina la sesión también con un breve recorrido de lo hablado e invitando a las personas a que aporten sus conclusiones sobre los temas tocados, que hablen de cómo se sintieron durante la sesión y con qué preguntas/ideas/emociones se quedan al finalizar la sesión.

Cualquiera de todas estas modalidades descritas es importante que se realice bajo un encuadre inicial donde en cada sesión se vuelven a explicitar las reglas de trabajo, se invite a la participación y se pida guardar un ambiente de respeto, cordialidad y confidencialidad.

Asimismo es importante que al finalizar el desarrollo de la actividad y después de exponer las conclusiones de los participantes se dedique un espacio para definir los puntos necesarios para el desarrollo de la próxima sesión: coordinador/a (si es que cambia), co-coordinador/a, la temática a abordar y la modalidad de la sesión que se usará. Reiteramos que, con la finalidad de guardar un orden y cierta articulación, proponemos usar el tema de la semana y elegir una modalidad diferente por semana, de manera que al finalizar cada mes se hayan usado los cuatro tipos de juntas.

Se recomiendan las siguientes condiciones para que el servicio de Nueva Red se realice de manera efectiva:

-Los roles dentro del grupo son temporales, rotativos y se asignan siempre en consenso dentro del mismo grupo.



-Es indispensable la participación de todo/as en el funcionamiento de la Nueva Red ya que se piensa como un espacio de horizontalidad y de colaboración mutua.

-Las reglas para el funcionamiento de la actividad deben ser acordadas y establecidas democráticamente por quienes participen, deben ser respetadas por todos los miembros de la Nueva Red y deberán apuntar a que se dé un ambiente respetuoso, cordial, donde haya lugar para cada uno de los miembros del grupo, que sea un espacio de autogestión que privilegie la colaboración y el apoyo basados en los principios de la ayuda mutua.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. una vez por semana.

MATERIALES:

Los materiales a utilizar dependerán del tipo de sesión que se planea realizar, pudiendo ser un texto disparador de la discusión, rotafolios, pintarrón, plumones. Considerar también el material que se necesite en caso de tener un invitado para abordar una temática.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Pacientes.

Pueden participar voluntarios ya sea de servicio social, prácticas académicas o promotores especialistas, con la autorización de la dirección de la Unidad Operativa y bajo la supervisión de quien es responsable del servicio.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Propicia un posicionamiento activo frente a la problemática de las adicciones y su resolución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta el intercambio de experiencias, el diálogo, la colaboración entre pares y toma de decisiones.
<ul style="list-style-type: none"> • Genera mayor autonomía autoconfianza y una actitud activa frente al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilita un espacio que privilegia el vínculo intersubjetivo para la resolución de problemas personales.
<ul style="list-style-type: none"> • Brinda una red de apoyo que genera fortalezas para afrontar situaciones de conflicto, tensión o riesgo ante una recaída. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilita la reinserción social de personas marginadas o con historia de exclusión en un vínculo social.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece recursos propios de cada sujeto para que éste mismo brinde apoyo a sus compañero/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera una red de apoyo comunitario que sirve de sostén para una adecuada rehabilitación y reinserción social.

3.2 ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO COMPARTIDAS CON CONSULTA EXTERNA

3.2.1 TERAPIA DE GRUPO

DIRIGIDA A:

Pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

La importancia de coordinar grupos terapéuticos dentro de las actividades del Centro de Día es bajo la lógica de brindar espacios que sirvan para poner en marcha la potencia productiva de los sujetos con el fin de resolver su conflictiva relacionada con la adicción a las drogas. Incluye una variedad de elementos terapéuticos orientados a promover el cambio en las personas que consumen sustancias psicoactivas, promoviendo la elaboración de los conflictos internos de lo/as pacientes, la reconstrucción de sus vínculos y el desarrollo de habilidades para mantener la abstinencia y evitar las recaídas.

La institución le brinda a la/el paciente, a través de las terapias de grupo, la posibilidad de sentirse alojada/o. Es un espacio que le permite contener angustias, ansiedades, incertidumbres, tristezas, etc. Emociones contenidas tanto por el trabajo del terapeuta como por el lazo (también terapéutico) que se instala entre los participantes.

Considerando que de manera errónea, bajo el “síntoma de la adicción” se les otorga una identidad homogénea a quienes lo padecen, es menester, hacer uso de este espacio para acentuar precisamente esas diferencias que inevitablemente emergerán entre las personas. Podemos decir que la terapia de grupo brinda la oportunidad de crear un “nosotros” o “nosotras” que contenga la posibilidad de sostener un “yo” y un “tú”, a partir de la diferencia y la emergencia de las singularidades pero no desde el aislamiento y soledad que la dependencia de psicoactivos supone. Graciela Jasiner (2008) explica que la relevancia terapéutica del grupo reside precisamente en la posibilidad de crear una trama (lo grupal) que permita dar paso al trazo (lo singular) de quienes integren el grupo.

En el trabajo con terapia grupal importa, no sólo el lazo central que se genera hacia quien coordina el grupo, sino también los vínculos horizontales que se generan entre participantes, donde hay espacios para establecer identificaciones menos idealizadas y romper con la verticalidad y esto supone efectos terapéuticos por la posibilidad de producir lo que se conoce como “espíritu de grupo” (Bion, 1961) o “ilusión grupal” (Jasiner, 2008) que será lo que propicie el ensayo de nuevas formas de vincularse. En estos ensayos, dentro de otras cosas, se darán actualizaciones de los vínculos de/la paciente con sus relaciones primarias (padres, hermanos, abuelos, etc.) aportando elementos para la aparición de obstáculos y resistencias traídas desde esos lazos, posibilitando su elaboración dentro del mismo grupo.

OBJETIVO:

- Brindar un espacio de contención para el/la paciente que le permita elaborar conflictos internos relacionados con el consumo así como explorar su vincularidad, con la finalidad de insertarse en un discurso construido en el trabajo con los otros.

METODOLOGÍA:

El/la coordinador/a debe hacer un planteamiento de encuadre general, donde se establecerá la duración de la terapia, la frecuencia, los temas a trabajar y las indicaciones precisas para poder llevar a cabo el trabajo grupal. Es importante mencionar los lineamientos para poder participar del grupo tales como respeto a la diversidad, la confidencialidad, el reconocimiento del valor de las experiencias del otro y las experiencias propias, aclarar que es un espacio para la expresión libre, donde no hay intervenciones correctas o incorrectas, es el momento para expresarse sin que se sometan a juicios. Los grupos pueden ser abiertos o cerrados.

Se trata de un espacio con una estructura flexible en cuanto a su contenido, ya que es el momento para hacer hablar (y escuchar) a los/las pacientes. Sin embargo también se puede hacer uso del tema de la semana para poder hacer intervenciones desde las aristas que toque la temática, esto sin perder de vista el proceso grupal y las necesidades emergentes de sus participantes. Se puede echar mano de técnicas diversas que sirvan para poder poner en palabras emociones, contar sus historias y poder hacer algo con eso que se exprese.

Al ser una de las actividades centrales para el proceso terapéutico se recomienda llevarse a cabo de una a dos veces por semana, indicando para cada paciente el número de sesiones en función de sus necesidades y su plan de tratamiento.

Se podría sugerir el siguiente desarrollo para las sesiones:

- Bienvenida por parte del coordinador (10 min.)
- Planteamiento del encuadre (10 min.)
- Presentación de nuevos integrantes (15 min.)
- Discusión/trabajo grupal (40 min.)
- Cierre (15 min.)

TIEMPO SUGERIDO:

90 minutos por sesión, se recomienda que sea dos veces por semana por lo menos.

MATERIALES:

Para un óptimo desarrollo del servicio es recomendable que las actividades grupales se realicen en un salón amplio e iluminado, equipado con sillas, pizarrón o pintarrón, gises y/o marcadores. Además, puede ser útil el empleo de otros materiales de apoyo como hojas blancas, lápices, hojas de papel bond, colores, según sea el caso de las acciones que se realicen dentro de la terapia.

COORDINACIÓN:

Psicología.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Espacio terapéutico de contención grupal que ayuda a mitigar angustias y ansiedades.	<ul style="list-style-type: none">• Actualización de lazos primarios que permiten elaborar conflictos relacionados con los vínculos primordiales del sujeto.
<ul style="list-style-type: none">• Posibilidad de expresar su malestar y elaborarlo junto con sus pares en un marco terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Se establecen lazo de camaradería y fraternidad con los otros participantes del grupo.
<ul style="list-style-type: none">• Facilitar la elaboración de conflictos que sostienen la conducta adictiva.	<ul style="list-style-type: none">• Posibilidad de ensayar nuevas y diferentes formas de crear vínculos con los otros.
<ul style="list-style-type: none">• Transformaciones subjetivas en el trabajo junto con otros.	

3.2.2 REVISIÓN MÉDICA Y FARMACOTERAPIA

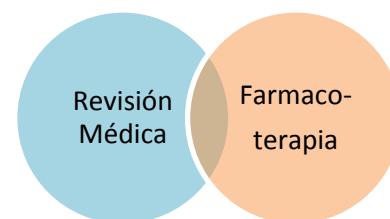
DIRIGIDO A:

Pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

Se trata de una actividad indispensable para pensar una intervención multi e interdisciplinaria, ya que proporciona al EMT información básica respecto a las condiciones físicas de el/la paciente. Asimismo permite identificar y atender consumos recientes, intoxicaciones o malestares relacionados con el síndrome de abstinencia, además de la posibilidad de evaluar el proceso médico y el control del suministro farmacológico que atraviesa el paciente.

La terapia farmacológica es una herramienta que, dentro de la planeación integral del tratamiento, coadyuva en el control de los cuadros clínicos derivados del consumo de sustancias y dar seguimiento a comorbilidades médicas y psiquiátricas identificadas. La revisión médica/farmacoterapia es la actividad con la que se inicia el Plan de Actividades Diaria.



OBJETIVO:

- Dar seguimiento a la evolución clínica-médica para poder atender problemas de salud emergentes.

METODOLOGÍA:

Sugerimos revisar la Guía Técnica de Consulta Externa.

MATERIAL:

Equipo médico de consultorio básico.

TIEMPO SUGERIDO:

60-90 min. de una a dos veces por semana.

COORDINACIÓN:

Medicina

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> Atención de intoxicaciones y de malestares físicos relacionados con el consumo de sustancias o el síndrome de abstinencia. Atención a situaciones de comorbilidad física. 	<ul style="list-style-type: none"> Brinda contención al paciente frente a sus malestares. Estabilización psiquiátrica en comorbilidades.
<ul style="list-style-type: none"> Suministro de medicamentos que se integren al plan de tratamiento. 	

3.2.3 GRUPO DE FAMILIARES**DIRIGIDO A:**

Familiares de las y los pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

El abuso o dependencia de sustancias psicoactivas no es una situación que afecte únicamente a la persona que lo padece. En la mayoría de los casos, las personas cercanas, tanto familia como amistades, se vuelven grupos vulnerables porque sus relaciones con el/la paciente están muy deterioradas y porque de cierta manera son también esas relaciones la fuente del malestar que sostiene la adicción. La problemática de las adicciones tiene efectos en los vínculos de pareja, los familiares, amistades, las relaciones laborales y, en general, las relaciones dentro de la comunidad.

Para la familia, de quien tiene un problema de drogodependencia, es una situación complicada y difícil de sobrellevar, muchas veces también presentan muchas resistencias que no les permiten encarar la situación de la manera más favorable para todo el círculo afectivo en general y para la persona con el problema de adicción, en particular.

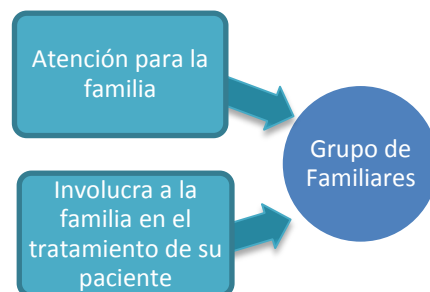
En muchos de los casos es la familia quien se percata que la persona afectada necesita ayuda. Y comienza por preguntarse el por qué, cómo es que esa persona llegó a estar en una situación de consumo adictivo y en otros momentos preguntarse qué les pasó, qué fue ocurriendo en la familia para llegar a la situación actual, es decir, la familia puede transitar desde “él/ella tiene un problema” a decir “tenemos un problema”.

Por lo tanto, que la familia tenga un espacio donde poder hablar de las situaciones que ha desencadenado el abuso o dependencia a las drogas, sus temores, la problemática, compartir experiencias y sentirse escuchados les permite hacer algo con la angustia que todo esto provoca y poder así evitar actitudes paralizantes que, quizás en algún momento, los frenaba a tomar la iniciativa de ayuda o a posibilitar los encuentros y regenerar los vínculos.

El grupo de familiares también es un espacio en donde ellos pueden explorar habilidades para identificar y modificar posiciones ante el consumo del/a paciente, donde quizás el círculo de familiares ha tenido elementos que aportar en la urdimbre del consumo de su familiar. Se busca que las personas participantes ubiquen las pautas disfuncionales que están sobredeterminando ciertos comportamientos, también que puedan pensar nuevas formas para reconstruir sus vínculos tomando una responsabilidad y actitud activa en el acompañamiento del tratamiento y rehabilitación de la persona afectada.

Su finalidad es ir construyendo, en suma con los otros espacios de familiares, una red que junto con el EMT sea una alternativa a la droga que, entre otras cuestiones, ha estado haciendo las veces de separación, de abismo entre el/la paciente y sus padres, hermanos, pareja, amigos, etc.

Por lo tanto, podemos decir que el grupo de familiares tiene dos sentidos principalmente, por un lado es un espacio de atención a la familia para poder abrir la palabra al dolor y al sufrimiento que los aqueje en relación a la adicción del paciente, es decir hacer una labor también de recuperación hacia la familia. Pero por otro lado es también un espacio para involucrar a la familia en el tratamiento del/a paciente, contribuir a su información y generar una inclusión activa como agente terapéutico en el tratamiento y en el trabajo de la abstinencia.



Como lo menciona Torres (2007) uno de los trabajos más importantes que se pueden realizar en la recuperación de/la paciente es con el grupo familiar, ya que se considera condición necesaria para poder pensar la salud de manera integral, reconstruyendo los vínculos que se han visto más comprometidos dentro de la enfermedad y favoreciendo su reinserción social.

Cabe mencionar que el cuidado de la familia depende de todos los miembros por igual; lo cual hace repensar estrategias de convocatoria y participación tanto de varones como mujeres, implicándolos en el tratamiento del paciente.

OBJETIVO:

- Habilitar un espacio de contención para los familiares que sirva para socializar sus experiencias y emociones respecto al sufrimiento que la adicción implica dentro del sistema familiar.
- Favorecer nuevas formas de interacción, comunicación, manejo de conflicto y solución de problemas en la relación de paciente –familia.
- Colaborar con los familiares involucrándolos en la red de tratamiento para coadyuvar al logro y mantenimiento de la abstinencia de los/as pacientes.

METODOLOGÍA:

Deberá haber un profesional del EMT encargado de coordinar las sesiones del grupo de familiares donde funcionará tanto como guía que acompañe e informe sobre los procesos del tratamiento y la enfermedad, así como catalizador que posibilite sentidos que promuevan nuevas formas de vincularse entre los miembros.

Al inicio de cada sesión quien coordina deberá establecer el encuadre de trabajo a realizarse, especificando objetivos, funciones, frecuencia y duración de las sesiones y las cosas que necesiten plantearse, según las particularidades del grupo. Se trabaja para explorar las ideas y afectos que circulan entre los familiares de los/as pacientes respecto al consumo de drogas, los daños que esto ha traído en el sistema familiar y en sus vínculos. Asimismo, el trabajo terapéutico debe encaminarse a la colaboración y adquisición de actitudes que favorezcan a alcanzar la abstinencia.

También es importante que el trabajo terapéutico con la familia se encamine en función de una adecuada reinserción social, trabajando en la construcción de los vínculos entre la familia y el/la paciente y haciendo un trabajo de sensibilización entre los familiares sobre las diferentes áreas de rehabilitación y reinserción en las que ellos son parte fundamental para el anclaje de cada paciente con su medio social y cultural.

Cabe recordar la utilidad que puede hacerse de la articulación con el tema de la semana y el trabajo con los familiares, ya que es una manera de integrarles en el proceso del/la paciente y hacerlos partícipes de las temáticas, debates y posibilidades que brinda trabajar un tema en diversos espacios y desde diversas aristas. Por lo que se sugiere que sea quien coordina introduzca este tema a los familiares al iniciar la sesión y pueda también proponer un sentido para su abordaje y para abrir su discusión.

MATERIAL:

Salón adecuado, sillas y con elementos que faciliten la puesta en común de algunos temas y el trabajo en equipos según las dinámicas propias de cada sesión, tales como pintarrón, plumones, rotafolios, hojas, plumas lápices.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. por sesión una vez por semana

COORDINACIÓN:

Psicología.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Favorece a elaborar estados de angustia, ansiedad, etc. de la familia frente a la adicción.Fortalece recursos internos de los familiares para brindar apoyo a el/la paciente.	<ul style="list-style-type: none">Acerca a familiares de diferentes pacientes y se genera un espacio de escucha e intercambio de experiencias.Se trabaja en reparar vínculos entre lo/as pacientes y sus familiares.

3.2.4 CONSULTORIA FAMILIAR

DIRIGIDO A:

Familia del paciente Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Esta actividad está pensada como un espacio de contención para los familiares de un paciente en particular. La idea es poder generar un encuentro de asesoramiento, información e intervención en crisis, poniendo atención en situaciones puntuales o problemáticas específicas por las que los familiares estén atravesando y se crea pertinente poder brindarles la orientación necesaria y puntual.

La información tratada en este espacio puede ser de muy diversa índole pero siempre relacionada con el devenir del proceso terapéutico del grupo familiar y/o del paciente o para poder transmitir a los familiares información que el EMT considere necesario que tengan. A partir de esta actividad se podrá determinar si esta intervención ha sido suficiente o si será necesario derivar a otro servicio donde reciban una atención más sistematizada como sería el caso de la terapia familiar.

**OBJETIVO:**

- Brindar contención a los familiares de un paciente en particular atendiendo una necesidad emergente y puntual.

METODOLOGÍA:

Consultar la Guía Técnica de Consulta Externa página 41.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. la frecuencia será evaluada por el EMT de acuerdo a las necesidades emergentes de las familias atendidas.

MATERIAL:

Salón y sillas.

COORDINACIÓN:

Psicología y/o Trabajo Social.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Brinda un espacio de contención para elaborar estados de angustia, ansiedad, etc. de la familia frente al tratamiento. • Fortalece recursos internos de los familiares para brindar apoyo a el/la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atiende los vínculos familiares • Posibilita espacios de intercambio de información personalizada y de comunicación clara y puntual.

3.2.5 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

DIRIGIDO A:

Pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

Es importante considerar la intervención en adicciones como un proceso no lineal en donde una vez logrado cierto período de abstinencia es posible que vuelva a darse otro período de consumo, que puede ocurrir bajo muy diversas circunstancias y características, según la persona que se trate. Esto no tiene por qué pensarse como un fracaso frente al tratamiento sino como parte de las vicisitudes del sujeto y la complejidad que el problema adictivo supone, donde se ponen en juego situaciones fisiológicas, psíquicas y sociales que interactúan configurando muy distintos escenarios que pueden a veces favorecer el proceso de abstinencia y otras veces complicarlo.

Desde diversas investigaciones sobre el tema se subraya la alta tasa de recaídas que se viven en lo/as pacientes con problemas de drogodependencias. Como lo menciona Miller y Col. (1996) al sostener que una característica central en el tratamiento de las adicciones pareciera ser la naturaleza crónica de las recaídas. Por lo tanto, comprender las circunstancias que envuelven a este fenómeno en los/as pacientes resulta indispensable para lograr intervenciones más eficaces.

Lo que se considera comúnmente como un proceso de recaída, debería ser entendido como una parte incluso obvia de esta entramada que implica el tratamiento. La situación es comprender que estos fenómenos no son aislados de la problemática, porque de esta manera se puede intervenir en ellos, hacer algo con ese momento de recaída que incluso pueda aportar más elementos para poder desandar el complejo camino que armó la adicción en esa sustancia.

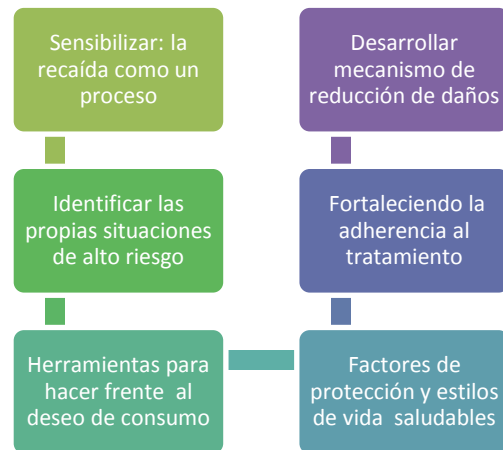
Existen diversos modelos y aproximaciones teóricas para abordar el tema de las recaídas y las estrategias para su prevención. Uno de ellos es el modelo cognitivo-conductual de prevención de recaídas descrito por Marlatt y Gordon en 1985, que contempla la existencia de factores tanto personales como situacionales que generan una recaída y señala como situaciones de alto riesgo a los factores que pueden predisponer a una pérdida del control de la persona que lo lleve a tener una recaída interrumpiendo su período de abstinencia.

Desde este modelo podemos agrupar las situaciones de alto riesgo en tres tipos: 1) Estados emocionales negativos, 2) Conflictos interpersonales y 3) Presión social. A partir de estos elementos se considera que si la persona es capaz de dar respuestas favorables ante estos tipos de situaciones de alto riesgo, se encontrará con mayores posibilidades para evitar una recaída.

Este enfoque propone analizar los factores tanto internos como situacionales que están presentes en las circunstancias de alto riesgo para cada paciente en particular y a partir de esto trabajar en el diseño de una intervención que contemple el desarrollo o fortalecimiento de habilidades que se traduzcan en estrategias para que la persona pueda responder favorablemente a dichas situaciones y factores de riesgo.

Por otro lado están los enfoques de tipo motivacional que tienen sus bases teóricas en la Entrevista Motivacional de William R. Miller y Stephen Rollnik, de la década de los setenta, junto con el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente de los años ochenta.

En términos generales, estos modelos suponen el fenómeno de consumo adictivo como un proceso en continuo y de igual manera las recaídas, no se tratan de un acto irruptivo sino de un proceso que se encuentra sostenido por una multiplicidad de factores y determinantes, un camino que se entrama y en el que se pueden trazar coordenadas para ubicarlos en un período de tiempo y circunstancias.



Continuando con el programa de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon, podemos decir que el trabajo de prevención consiste principalmente en desarrollar la capacidad del sujeto para resistir y fortalecer sus recursos ante situaciones de riesgo que lo vuelvan vulnerable al consumo. Se considera un programa de autocontrol cuya finalidad es ayudar a los pacientes a anticipar y afrontar las situaciones que pueden desencadenar un proceso de recaída en el consumo (Valverdi y Col.)

Cabe señalar que los factores de riesgo para la recaída así como los factores de protección son diferenciados para mujeres y hombres ya que transitan por subjetividades femeninas y masculinas producto de una construcción sociocultural que distingue a ambos cuerpos.

OBJETIVO:

- Desarrollar procesos que fortalezcan la abstinencia de los pacientes, brindándoles herramientas para poder trabajar los procesos que desencadenan recaídas.

METODOLOGÍA:

Esta sesión se recomienda llevarla a cabo el día viernes o de cierre de semana, con el sentido de que los pacientes puedan trabajar sobre sus propios recursos que los ayuden a fortalecer herramientas y desarrollar estrategias para que eviten situaciones que puedan favorecer a una recaída. Los grupos pueden ser abiertos o cerrados.

El trabajo fundamental se hace sobre el fortalecimiento de habilidades y el aprendizaje de ciertos aspectos que colaboren a sostener los períodos de abstinencia: a) sensibilizar sobre la recaída como un proceso, b) identificar las propias situaciones de alto riesgo, c) herramientas para hacer frente a las situaciones de deseo de consumo, d) implementar procedimientos de reducción de daños ante un consumo puntual e inevitable, e) seguir fortaleciendo la adherencia al tratamiento incluso después de una recaída y f) Fomentar estilos de vida más equilibrados, sostenidos principalmente por los factores de protección identificados.

Sugerimos que estos procesos de aprendizaje no se realicen sobre modelos educativos convencionales con características jerárquicas, donde se reproduzcan las posiciones de maestro-alumno para la transmisión de

información. Proponemos revisar postulados desde las corrientes del constructivismo y construccionismo social para la producción y adquisición de conocimientos, como la propuesta elaborada en el Manual de Apoyo de Grupos de Contención.

Actualmente se cuentan con varias estrategias e instrumentos contruidos específicamente para la valoración, seguimiento y fortalecimiento del proceso de consumo, de abstinencia y de recaídas. Podemos mencionar algunos procedimientos como:

1. **Autorregistros:** herramientas para llevar un seguimiento propio del consumo y así poder registrar cantidades, situaciones, momentos y necesidades a las que responde el consumo. Estos se utilizan al inicio del trabajo terapéutico, cuando el paciente aún no ha abandonado el consumo y sirven para llevar un seguimiento en la disminución hasta lograr la abstinencia.
2. **Informes autobiográficos de recaídas:** se trata de descripciones personales de recaídas pasadas, donde se incluya todo el contenido emocional desde donde se inscribe la recaída.
3. **Fantasías de Recaídas:** son escenarios fantaseados que cada paciente reconstruye a partir de los elementos que imagina que pueden intervenir y favorecer su consumo.

Se recomienda que en general se use este espacio para hacer una planificación del fin de semana, de tal forma que puedan anticiparse los momentos y situaciones que puedan poner en conflicto la abstinencia lograda y se trabajen estrategias para afrontar dichas situaciones.

Es importante construir un espacio para la indagación personal de lo que lleva a cada miembro del grupo a la repetición de estas conductas, sin que la abstinencia sea la premisa central de la reflexión sino con la apertura y honestidad de ubicar el lugar que el consumo y la recaída tienen, en tanto lo que significan para la persona que consume o en tanto la función que cumple en su mundo interno.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. una vez por semana.

MATERIALES:

Para un adecuado desarrollo del servicio, es necesario contar con un espacio amplio e iluminado, que esté acondicionado con sillas, pizarrón, plumones, borrador y reloj.

COORDINACIÓN:

Psicología y Trabajo Social

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Impactar en la reducción del consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none">• Construir un espacio de diálogo para identificar recursos personales para poder transitar el proceso de abstinencia.	<ul style="list-style-type: none">• Espacio grupal de contención para el fortalecimiento de estrategias de prevención de recaídas.
<ul style="list-style-type: none">• Seguimiento a la abstinencia y a las revisiones médicas de cada integrante del grupo.	<ul style="list-style-type: none">• Espacio para ubicar a las personas como sujetos responsables en sus propios procesos terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none">• Creación de redes que pueden trasladarse a sus espacios cotidianos para potenciar recursos que lleven a la abstinencia.
<ul style="list-style-type: none">• Seguimiento a la medicación o a	<ul style="list-style-type: none">• Lograr una mayor autonomía	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer la reinserción laboral y

la necesidad de realizar cambios a la misma en el espacio de Farmacoterapia.

de los/as pacientes frente a sus decisiones en el tratamiento y su vida en general.

escolar por el mantenimiento de la abstinencia.

3.2.6 GRUPOS PSICOEDUCATIVOS DE REFLEXIÓN

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Los Grupos Psicoeducativos de Reflexión son un dispositivo que engloba un conjunto de acciones que se encuadran teórica y metodológicamente desde el enfoque de la perspectiva de Género. Esta actividad se orienta principalmente a generar un espacio grupal para pacientes, desde donde se reflexione, se cuestionen y se modifiquen construcciones sociales sobre los géneros que estén afectando la vida de las personas, considerando al género como un elemento que atraviesa la subjetividad de pacientes en su totalidad.

Para un amplio marco de referencia sobre los Grupos Psicoeducativos y de Reflexión consultar el Manual de Apoyo Cuadernillo de Grupos Psicoeducativos y de Reflexión con perspectiva de Género. Asimismo, para un acercamiento histórico, teórico y metodológico más completo sobre la categoría de Género se puede consultar el Manual de Grupos Psicoeducativos para las Unidades de Hospitalización.

Sostenemos lo expuesto en ambos Manuales, tanto en relación con los Grupos Psicoeducativos de Reflexión como en relación con la conceptualización hecha sobre los Estudios de Género. Sin embargo nos parece importante repensar otras categorías respecto a esta temática, a la luz de aportaciones hechas principalmente por la filósofa y feminista Judith Butler y las contribuciones de la Teoría Queer. Categorías que se relacionan estrechamente con el género: sexo e identidades sexuales.

Partiendo de los planteamientos de los Estudios de Género donde la categoría Género se toma como la elaboración cultural y social que se hace a partir del dato biológico del sexo adquirido, Butler da un paso más para avanzar sobre esta discusión. En su libro publicado en 1990 llamado el Género en Disputa: Feminismo y la Subversión de la Identidad, ofrece elaboraciones alrededor de estos conceptos que, usando la expresión de Sabsay (2009), vienen a plantear un giro copernicano para acercarnos al terreno de los géneros y de las sexualidades.

Butler construye un marco referencial donde plantea que no es posible seguir concibiendo la categoría sexo como dato biológico, en bruto, a partir del cual se construyen las posiciones femeninas o masculinas atribuidas a la anatomía que corresponde a un hombre o a una mujer. La propuesta es pensar al sexo como producto de la elaboración de los géneros y no viceversa. Es decir, tampoco la categoría sexo puede pensarse como un dato natural, también debemos darnos a la tarea de problematizarlo y repensarlo como un elemento signado por coordenadas mediadas por el sujeto, por condiciones sociohistóricas y políticas.

Podemos decir que en la división sexo/género la categoría de sexo parece dar por sentada una generalización sobre “el cuerpo” como cosa que existiera antes de su significación sexuada. Como si se

tratara de un medio pasivo que adquiere su significación a partir de una fuente cultural percibida como externa respecto de él. Sin embargo cualquier teoría del “cuerpo” culturalmente construido debería poner en tela de juicio el concepto de “cuerpo” entendido como previo al discurso (Butler, 1990). Se trata de una labor de hacer una genealogía, no sólo de la categoría de género (como se ha venido pensando desde los Estudios de Género), sino además del cuerpo mismo.

No es finalidad de la autora negar la existencia o materialidad de un cuerpo con diferencias anatómicas para cada uno de los sexos, pero considerar que la posibilidad que tenemos como sujetos para acceder a esa materialidad (a ese cuerpo), es a través de nuestro psiquismo, del pensamiento y del lenguaje (Sabsay, 2009), por lo tanto es una relación mediatizada por un discurso. La anatomía no es una pizarra en blanco, tiene marcas subjetivas y culturales desde donde se inscribe lo que llamamos cuerpo. Así es como Butler llega al planteamiento de que las categorías de los sexos se producen en un universo signado ya por las categorías del género, donde se corre el riesgo de considerarlo como natural, permitiendo su producción dentro de una matriz que sigue respondiendo a lógicas de una sexualidad binaria y no plural.

Se plantea entonces romper con el binomio Hombre- Mujer (desde el discurso de la anatomía) que deja de lado la vivencia subjetiva del cuerpo, indispensable para abordar este terreno, junto con las posibilidades infinitas que esto conlleva. Además, desde esta postura se cuestionan elementos que hacen naturalizar una aparente linealidad existente entre sexo-género-sexualidad-preferencia sexual. Cuando realmente esta linealidad no existe, sino más bien se trata de una permanente construcción que se ha dejado de lado, instaurando ideales para la masculinidad y la femineidad basados en los estereotipos de género y desde donde se atribuyen elecciones heterosexuales (como norma) para cada uno de los pares.

Desde este terreno y de la mano de la reivindicación de derechos de colectivos con identidades sexuales diversas es que surge un nuevo marco teórico para pensar estas categorías: Las Teorías Queer. La palabra *queer*, del inglés se traduce como raro, extraño, excéntrico y en épocas pasadas se utilizaba para nombrar a las personas homosexuales (antes de que el término *gay* se introdujera) de una manera despectiva. En la actualidad el término fue retomado sin su carga peyorativa para representar la plasticidad de las identidades sexuales y de género, dando visibilidad a las múltiples posibilidades de la sexuación y la sexualidad, lo “trans” (Cano, 2004).

Lo Queer se propone como una deconstrucción de las identidades sexuales, una respuesta de rechazo al heterocentrismo y a la homofobia presente aún en ciertos discursos de género e incluso algunos sectores del feminismo, para dar lugar a la vivencia de sexualidades múltiples o periféricas, como se las nombra desde este marco referencial. Dicho término hace referencia a todas aquellas identidades sexuales, que trasgreden los límites de “La Sexualidad” aceptada en términos de norma (heterosexual, monógama, con fines reproductivos, en correspondencia con su género, etc.) (Cano, 2004).

Esto permite que puedan ser nombrados colectivos y sujetos que hasta ahora no han sido del todo incluidos en los discursos feministas y en los Estudios de Género, como lo son los grupos de LGBTTTI (población lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e Intersexual) o también referidos bajo el nombre de Queer por ser un término que refiere precisamente a la diversidad de posicionamientos subjetivos, a estas sexualidades periféricas.

Sostenemos que en el campo de las adicciones es fundamental considerar estas referencias para llevar a cabo cualquier intervención, ya que son posicionamientos inherentes a quienes se nos presentan como pacientes (y por supuesto también pertinentes a quienes conforman el EMT) y que en la medida que las tomemos en cuenta en nuestro proceder, podremos ir incidiendo también, en las formas en que los pacientes construyen subjetividades, acompañando este proceso y alojándolos desde este lugar. Lo que también condiciona la manera en la que se apropian de su tratamiento y de su reinserción en el medio social y cultural, el mismo medio que ellos recrean y desde el que son construidos también.

Otro punto a tomar en cuenta es que quienes son pacientes con problemas de adicción generalmente están expuesto/as a cierta marginación y exclusión de la vida social y que cualquier dispositivo que se lleve a cabo para su atención debe ser cuidadoso de no caer en prejuicios o actos que sigan reproduciendo una lógica de exclusión, en este caso basada en juicios de valor respecto a la manera como entendemos la vida relacional entre las personas, sus prácticas, sus roles de género y las diversas expresiones de las sexualidades.

El encuadre desde la Comunidad Terapéutica con perspectiva de género, brinda la posibilidad de que a través del trabajo grupal se puedan reflexionar y elaborar nuevas construcciones sociales en torno a las diferencias entre los sexos, la acción performativa de los géneros y las identidades sexuales como identidades múltiples. Esto como una nueva posibilidad frente a las construcciones que se elaboraron dentro del grupo familiar primario y que, en algunos casos, están signadas por marcas de violencia, pero en todos los casos estarán relacionadas con la manera en que se vive el problema adictivo.

OBJETIVO:

- Analizar y deconstruir los modelos hegemónicos del sexo, género y las identidades sexuales asociados al abuso de poder y al abuso de sustancias psicoactivas.
- Problematizar la idea de una sexualidad unívoca y acabada en correspondencia con el sexo, género y la preferencia sexual.
- Reflexionar sobre los elementos discursivos culturales y personales que sostienen el ejercicio de identidades sexuales y de género por medio de prácticas de dominio y de poder.

METODOLOGÍA:

El enfoque con perspectiva de género sugerimos que sea algo que atraviese la totalidad de la intervención y el tratamiento y no se reduzca únicamente a estos espacios para abordar esta temática. Sin embargo proponemos que sea en estas instancias donde se pueda explorar de manera más profunda los significados que los y las pacientes atribuyen a sus cuerpos y a su género, la manera como eso sostiene de diversos modos otras posiciones en su vida, particularmente en lo referente al consumo.

Por lo tanto el eje rector de la metodología que se desarrolle dentro de estas prácticas tendrá que ser el cuestionamiento de las construcciones sociales sobre hombres y mujeres, así como de las posiciones de poder y violencia sostenidas a partir de estas construcciones.

Creemos que este cuestionamiento debe trascender el ámbito terapéutico de los pacientes para alcanzar al EMT. Es indispensable que el equipo de profesionales sea capaz de poner en práctica estas reflexiones para

sí mismos, desde donde se puedan pensar las posiciones que sostienen ciertas prácticas como profesionales de la salud y desde donde se interviene con los/las pacientes. Esto se debe a que, como ya mencionamos, las categorías de sexo y género son elementos que atraviesan nuestra subjetividad y que en todo momento estarán hablando desde nuestros lugares donde vivimos, ejercemos nuestras profesiones y ponemos en marcha nuestras prácticas. Lo pensamos así tanto para quien consume o está en situación de dependencia a una sustancia, como para quien brinda atención y tratamiento a la adicción.

La importancia de tener esto en cuenta para el ejercicio de cualquier metodología que se proponga cuestionar las prácticas de poder y dominio que se han construido entre los géneros y en la construcción de las identidades sexuales, tiene la finalidad de evitar reproducir estos patrones, acercarse a pacientes y a la temática desde posiciones alejadas de juicios de valor o morales y poder correrse del lugar de “experto/a” que puede educar sobre la manera de vivir y ejercer una identidad de género o una identidad sexual “adecuada”.

Quien coordine esta modalidad será un/a profesional del EMT. Sugerimos que al iniciar cada sesión se haga una breve introducción de la temática donde se sensibilice sobre la importancia de pensar estas categorías a partir de los elementos ya desarrollados, esto con el fin de incluir a quienes se integren por primera vez al grupo.

Las actividades a realizarse en cada sesión serán determinadas en función de la temática que se desee abordar. Además sugerimos que el trabajo grupal se lleve a cabo tanto en grupos mixtos como en grupos de Hombres y Mujeres separados, lo que se determinará en función de los objetivos clínicos pensados para cada sesión.

Sugerimos que se haga uso de aquellos temas de la semana que puedan ser analizados en función de las categorías de sexo, género e identidad sexual para planear el desarrollo de la sesión.

Además del uso del tema de la semana proponemos las siguientes temáticas, como herramientas que pueden servir de guía para abordar la complejidad de esta temática y su relación con las adicciones, además se sugieren algunas preguntas para guiar la reflexión.

Proponemos también que se use como apoyo la metodología descrita en el Manual de Apoyo para Grupos Psicoeducativos y Reflexivos con Perspectiva de Género en las Unidades de Hospitalización, tomando en cuenta las diferencias que existe con la población de Centro de Día)

- **Identidad de género:** ¿Qué significa ser hombre y/o mujer en mi comunidad?, ¿Qué significa ser hombre y/o mujer en mi familia?, ¿Qué significa para mí ser hombre y/o mujer?
- **Estereotipos de género:** ¿Qué dice la cultura popular de los hombres y de las mujeres?, ¿Podríamos hablar de un modelo único de hombre y uno de mujer?, ¿Cómo me relaciono con el modelo que se ha hecho de mi género? ¿Qué modelo me gustaría construir para cada uno de los géneros? ¿Cómo pasar del estereotipo de los géneros a la construcción subjetiva del género?
- **Los géneros y la violencia:** ¿Cómo percibo las relaciones entre hombres y mujeres en mi comunidad? ¿Qué tipo de relaciones entre hombres y mujeres he vivido en mi familia de origen?, ¿Cómo me relaciono con mi género y con el género opuesto?, ¿Desde qué premisas se

fundamentan las relaciones de dominio y poder entre los sexos?, ¿Cuál es la validez de estos principios de dominio y violencia?, ¿Qué prácticas las legitima? ¿Se pueden modificar?, ¿Cómo?

- **Los géneros y las adicciones:** ¿Qué significados tiene el consumo de sustancias adictivas en mi comunidad?, ¿Qué significado tiene el consumo de sustancias adictivas en mi familia?, ¿Qué características se le atribuyen a un hombre/mujer con abuso o dependencia de sustancias? ¿Por qué se dice que consume un hombre? ¿Por qué se piensa que consume una mujer? ¿Por qué consumo yo?
- **Identidad sexual:** ¿Cómo me relaciono con mi cuerpo de hombre/mujer? ¿Me siento habitado/a por elementos masculinos y femeninos? ¿Mente de hombre en cuerpo de mujer (o viceversa)? ¿Quién soy? ¿Podríamos pensar en un lugar donde quepamos todos más allá de las categorías hombre y mujer? ¿Cómo podríamos construirlo?

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. una vez por semana

MATERIALES:

Sugerimos importante contar con espacio adecuado para la reunión grupal, con sillas y con elementos que faciliten la puesta en común de los temas que se vayan a tratar y que facilite el trabajo en equipos. Además de contar con el material necesario según las dinámicas propias de cada sesión, tales como pintarrón, plumones, rotafolios, hojas, plumas lápices.

En el caso de que las sesiones donde se decida tener un grupo para mujeres y un grupo para hombres en simultáneo es importante considerar que será necesario contar con dos espacios separados que permita el cómodo trabajo para ambos grupos.

COORDINACIÓN:

Trabajo Social y/o Psicología.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Reflexión respecto a la vivencia subjetiva de sus propios cuerpos.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece el diálogo y escucha de las diversas formas de vivirse como hombre o como mujer.
<ul style="list-style-type: none">• Permite elaborar conflictos y sufrimientos relacionados con las adicciones y los prejuicios de los géneros en base a su propia historización de lo que es un hombre y lo que es una mujer.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece que se desarmen estereotipos sobre los géneros que fomentan relaciones desde el abuso de poder o la violencia.
<ul style="list-style-type: none">• Favorece el cuestionamiento de los modelos de lo que es un hombre y una mujer, rompiendo estereotipos y generando formas más libres de pensarse como sujetos.	<ul style="list-style-type: none">• Abre el espacio para reflexionar sobre la posición de las identidades transgénero en los diversos aspectos sociales.
<ul style="list-style-type: none">• Da posibilidades más autónomas y de responsabilidad frente a la construcción de los modelos de género y sus relaciones de poder, dejando a un lado la relación pasiva: víctima-victimario.	<ul style="list-style-type: none">• Fortalece lógicas de inclusión para la diversidad de identidades sexuales.

- Permite socializar ideas sobre los géneros para darse cuenta que son categorías culturales y políticas que por lo tanto pueden transformarse.

3.2.7 TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

DIRIGIDO A:

Pacientes.

CONSULTARLO EN:

Manual de Apoyo de Tratamiento para Dejar de Fumar 2010.

COORDINACIÓN:

Psicología.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la percepción de sentidos como el gusto y el olfato, lo que puede repercutir también en una mejor atención a la alimentación. • Mejora la circulación y función pulmonar, lo que puede incidir en una mejor disposición a la actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor control sobre los síntomas de abstinencia del tabaco. • Es importante mencionar que en el proceso pueden presentarse síntomas como irritabilidad, ansiedad y/o depresión que tendrán que ser atendidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la convivencia en grupos y espacios públicos, incluso aquellos donde el humo de tabaco está prohibido. • Disminuyen las posibilidades de afectar a las personas a su alrededor en tanto fumadores pasivos.
<ul style="list-style-type: none"> • La presión arterial baja a la normal al igual que se normalizan los niveles de oxígeno en la sangre. • Menos riesgos en embarazos. • Mejora el aspecto de piel, dientes y boca en general. • Disminuye el riesgo de enfermedades como tos, gripes, infecciones, cáncer, enfermedades coronarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción por haber cumplido el reto de dejar el tabaco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficia la economía personal debido a alto costo de los cigarros.

3.2.8 AURICULOTERAPIA

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN

Podemos definir a la Auriculoterapia diciendo que se trata del tratamiento de las enfermedades mediante la implantación de agujas en la oreja. Se diferencia de la acupuntura ya que ésta tiene la finalidad de

restablecer y balancear los circuitos energéticos de todo el cuerpo que, debido a una falta de equilibrio están provocando la enfermedad, mientras que la Auriculoterapia se enfoca a llevar su acción al órgano o región que esté enferma directamente.

Las agujas actúan de forma directa corrigiendo el desequilibrio funcional de los órganos, causa inmediata de los síntomas y signos de enfermedad. Podríamos decir que las agujas implantadas en la oreja cumplen la función de los medicamentos en la medicina alopática pero sin los riesgos secundarios o no deseados que éstas pueden ocasionar. (Lipszyc, M., 2013).

La Auriculoterapia como técnica de la medicina tradicional china ha logrado posicionarse con bases sólidas en el mundo occidental, incluso conviviendo con la medicina alopática. Actualmente se encuentra muy extendido su uso para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas y debilitantes como la diabetes, enfermedades coronarias, cáncer y trastornos mentales debido a que los pacientes pueden someterse a este tipo de tratamientos por largos períodos sin el temor de desarrollar otro tipo de padecimientos causados por tratamientos más invasivos.

La Auriculoterapia, al igual que la acupuntura son parte del vasto universo de lo que se denomina Medicina Tradicional, que la OMS (2013) define como un término que hace referencia a sistemas de medicina diferentes a la alópata, como es el caso de la Medicina China, la Ayurveda Hindú, la Medicina Árabe y los diversos sistemas indígenas. Asimismo, bajo este término se hace referencia a una gran diversidad de técnicas terapéuticas, algunas que incluyen la medicación haciendo uso de plantas, minerales o animales o aquellas sin medicación como es el caso de la acupuntura, auriculoterapia, terapias manuales y terapias espirituales.

Como la OMS (2013) lo menciona, las técnicas terapéuticas de la Medicina Tradicional se utilizan ampliamente y han afianzado un lugar importante incluso en países donde su sistema sanitario está regido por la medicina alopática occidental. Su gran uso se sustenta no sólo en su eficacia sino en sus bajos costos de implementación que lo hacen accesible a gran número de personas.

En los usuarios de sustancias psicoactivas la Auriculoterapia ayuda a restaurar cierta tranquilidad interna y mejorar el manejo de las emociones y de sus estados de ánimo en general, disminuyendo niveles de ansiedad que puede provocar el síndrome de abstinencia.

La pertinencia del uso de Auriculoterapia en el tratamiento de las adicciones es ya muy difundida. Esto lo justifica la amplia variedad de publicaciones con esta temática realizadas por las Naciones Unidas, el Centro de Tratamiento de abuso de sustancias del Gobierno de Estados Unidos de América, entre muchos otros estudios como ya dijimos desde la medicina alternativa.

En las estadísticas de países como Estados Unidos, reportadas por SAMHSA, muestran que más de 500 programas de atención a las drogas usan alguna forma de acupuntura en su tratamiento. Incluso las estadísticas globales indican que más de 1500 programas en el mundo están implementando esta actividad con sus pacientes (NADA, 2013).

De esta manera diversos estudios confirman que el uso de la acupuntura, en general, y de la auriculoterapia, en particular, como recursos de gran ayuda para el tratamiento de diversas afecciones de

índole biopsicosocial. Se considera un buen complemento terapéutico para el tratamiento en el insomnio, diversas neuralgias, depresión y sintomatología causada por un proceso adictivo (NADA, 2013).

OBJETIVO:

- Coadyuvar a la disminución de los síntomas del síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas a través de la aplicación adecuada de agujas en puntos de Auriculoterapia.

METODOLOGÍA:

Se trabajará en grupo abierto pudiendo iniciar con dos personas. Se contratan 10 sesiones, que es lo que dura el tratamiento completo y se sugiere realizar las sesiones con un día de descanso entre ellas.

Previo a la sesión, el médico debe preparar el material, recordando que se utilizan únicamente agujas estériles, desechables y de acero inoxidable, (el uso de tachuelas y balines no está permitido).

A cada persona que ingrese se le explica en qué consiste la técnica de Auriculoterapia, los beneficios y los cuidados que deberá tener. Se le informan los días, hora y lugar donde se realizarán las sesiones, su frecuencia y duración y los resultados que se esperan obtener. Es importante sensibilizar a los pacientes en el compromiso y continuidad necesarios para la efectividad de este tratamiento.

Es importante poder explicar y resolver las dudas que los pacientes tengan respecto al tratamiento y haciéndolos partícipes del procedimiento, señalando que se trata de una intervención integral que requiere de un compromiso con las otras áreas del tratamiento.

Al terminar las 10 sesiones de tratamiento se podrá evaluar si es necesario hacer un nuevo contrato de tratamiento según las necesidades clínicas del paciente y de ser así será necesario compartir con él esta evaluación y hacerle saber los motivos para continuar el tratamiento y las expectativas, síntomas, beneficios que se pueden tener, así como los cuidados que serán necesarios.

Quedan excluidas de la posibilidad de recibir este servicio:

- Pacientes embarazadas, principalmente en los dos primeros trimestres. Después de ese tiempo se puede utilizar excepto en los puntos de abdomen, pelvis, ovario, útero, secreción interna y subcórtes.
- Para aquellos pacientes mal alimentados, sobrealimentados, fatigados en exceso, en estado de ebriedad y de constitución débil es indicado posponer el tratamiento.
- Pacientes que presenten pérdida de continuidad de la piel o inflamación del pabellón auricular.
- Si existen puntos lesionados y con inflamación, está contraindicado este método. Si posteriormente al tratamiento aparecen signos de infección, se debe tratar el caso inmediatamente en forma local y con antibióticos.
- Mujeres con historia clínica de aborto habitual.
- Los ancianos con hipertensión y arterioesclerosis deben descansar bien antes y después del tratamiento para evitar accidentes.

TIEMPO SUGERIDO:

60 Min.

MATERIALES:

Salón ventilado y bien iluminado, agujas, algodón, alcohol, contenedor de residuos punzocortantes, recipiente con agua y cloro

COORDINACIÓN:

Médico capacitado en las técnicas de Acupuntura.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none">• Disminución de dolores musculares.• Contribuye en la disminución de niveles de estrés.	<ul style="list-style-type: none">• Disminuye la ansiedad.• Contribuye a la disminución de sensaciones de angustia.
<ul style="list-style-type: none">• Favorece a la desaparición de los síntomas físicos que acompañan el síndrome de abstinencia.• Favorece el alivio de dolores de cabeza y diferentes afecciones del sistema nervioso central.	<ul style="list-style-type: none">• Contribuye a la superación de estados depresivos.• Contribuye en la mejora de trastornos del sueño y estados de insomnio.

4. ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

El trabajo clínico involucra las actividades de rehabilitación y reinserción social y están dirigidas a la recuperación y/o adquisición de capacidades y habilidades para el desempeño y manejo de las funciones sociales y un estilo de vida saludable.

Las actividades de rehabilitación-reinserción social se desarrollan de manera simultánea y posterior a los servicios de tratamiento y contribuyen a los fines clínicos para brindar tratamientos más integrales y más cercanos a las y los pacientes. Cabe resaltar que todas las áreas que corresponden a Rehabilitación y Reinserción Social (área psicosocial, reeducativa-formativa, laboral-ocupacional, lúdico-cultural y física-deportiva) guardan relevancia por igual en el proceso terapéutico.

Las actividades de rehabilitación y reinserción social se apoyan del dispositivo grupal, por lo que se llevan a cabo a manera de taller con grupos mixtos y abiertos; con esto favorece y fomenta el trabajo de equipo centrado en la tarea, estableciendo relaciones horizontales. Estas actividades se integran en el Plan de Actividades Diarias (PAD). En estas participa personal voluntario (promotor/a especialista, prácticas profesionales y de servicio social), a quien se le informará sobre el proceso clínico de los pacientes con los que intervienen y el impacto que están teniendo sus acciones en la recuperación de los pacientes.



4.1 ÁREA PSICOSOCIAL

Esta área está enfocada a trabajar con el plano psíquico y emocional de la/os pacientes, incidiendo en la reconstrucción de sus lazos sociales, con la finalidad de transitar un proceso de recuperación frente al problema de las adicciones y así lograr una adecuada rehabilitación y reinserción social de la mano de éste proceso terapéutico.

Desde la misma perspectiva de las actividades de tratamiento, el sentido terapéutico de este tipo de actividades es que buscan trabajar con las posiciones subjetivas de los sujetos frente a su vida, apuntar a la resolución de los conflictos (de comunicación intra e intersubjetiva principalmente) y se trabaja en la restitución de los vínculos afectados por el comportamiento del consumo adictivo.

El amplio impacto que puede tener este tipo de actividades en la vida afectiva de los pacientes es de resaltarse y debido a esto se convierten en actividades que no son exclusivas de esta área ya que pueden tener repercusiones en todas las áreas de rehabilitación y reinserción social.

OBJETIVO:

- Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de recursos personales (de comunicación, de vinculación, de expresión, etc.) que se conviertan en factores de protección para la mejora del/a paciente ya sea impactando en el mantenimiento de la abstinencia o en la reestructuración de sus vínculos afectivos y la relación con sí mismo/a y su entorno social.

4.1.1 SOCIODRAMA

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN

Las técnicas psicodramáticas encuentran sus fundamentos en los trabajos realizados por el psiquiatra rumano Jacob Levy Moreno en la primera mitad del S. XX. Su desarrollo teórico gira en torno del psicodrama, la sociometría y la terapia grupal.

Haciendo un recorrido desde donde se inserta el sociodrama en la actividad grupal sigamos los planteamientos de Moreno, autor que durante los años treinta principalmente conceptualiza un marco teórico específico para el campo grupal, la sociometría y el psicodrama. El autor señala la existencia de dos contextos a considerar en el ámbito del trabajo grupal: por un lado el contexto social, que serían los espacios donde las personas habitan, trabajan, aman, se enferman, es decir los lugares que quedan fuera del espacio del grupo. Y por otro lado, el contexto sociátrico, que sería el espacio que se inscribe en la tarea de lo grupal, donde el/la coordinador/a o terapeuta tiene injerencia sobre los miembros y que puede realizarse como psicodrama, sociodrama o experiencia de aprendizaje de roles, estos tres dispositivos se pueden abordar desde lo psicoterapéutico o también lo psicoeducativo.

La particularidad del sociodrama es que se abordarán aspectos de la vida de los/as pacientes referidos a su convivencia social, ya sea de su mundo laboral, su comunidad, su pareja o su familia. Autoras como Stemberg y García (2000) lo consideran una herramienta terapéutica y de aprendizaje grupal enfocado principalmente a dotar de herramientas para la solución de conflictos dentro de las relaciones humanas, ayudando a sus miembros a aclarar sensaciones, emociones y pensamientos con la idea de darles la oportunidad de ensayar nuevas formas de relacionarse.

El sociodrama puede ser de tipo vincular, en el que se exploran características o conflictos dentro de un tipo de vínculo o relación en concreto (con la pareja, entre madre e hija, padre e hijo, entre hermanos, etc.) o el sociodrama grupal, en el que se elabora un trabajo más complejo enfocado a la trama de relaciones existentes en una familia, en una organización laboral, en un ámbito comunitario, etc. La Asociación de Desarrollo e Investigación del Psicodrama (ADIP, 2012) considera al sociodrama, en cualquiera de sus versiones, como una técnica psicoterapéutica, que desde su nacimiento, ha aportado los mejores beneficios en su uso dentro de la terapia familiar.

La apuesta de Moreno está en la creencia de usar la creatividad y espontaneidad como herramientas para transformar el mundo interno propio y de quienes participen de lo grupal. Esta actividad puede traer múltiples posibilidades de repensar las posiciones de las personas en sus propias vidas, solicitando que los participantes dejen las sillas, tomen parte activa y puedan explorar y discutir, desde la acción, los temas que les inquieten.

Esta actividad brinda la oportunidad de vivenciar la situación misma que se represente, experimentar todo lo que ésta provoque, comprender ciertas actitudes y aprender algo nuevo, tanto de las situaciones propias

como de las situaciones de quienes integren el grupo. Siendo estos elementos de gran valor para la posibilidad de elaboración de un conflicto y una transformación.

Puede traer múltiples consecuencias tanto a nivel subjetivo como también aportar herramientas para abrir discusiones a nuevos planteamientos o a nuevas soluciones que antes no fueron consideradas. Incluso para quienes participen como espectadores les permite, a través de la observación y el análisis dirigido, considerar diversas aristas de las problemáticas comunes, propiciando la reflexión en todo el grupo y la irrupción de nuevos sentidos que potencialicen el tratamiento.

OBJETIVO:

- Brindar un espacio, donde por medio de la puesta en escena, la creatividad y el elemento espontáneo, se pueda explorar el mundo vincular de el/la paciente, estimular la reflexión y elaboración de conflictos en el mundo de sus relaciones.

METODOLOGÍA:

Para desarrollar la actividad se necesita un/a coordinador/a que sea parte del EMT quien dirigirá toda la sesión del sociodrama y las discusiones al finalizar. También coordinará la tarea de elección de las historias y los roles que los participantes asumirán.

El sociodrama cuenta con un momento inicial o de calentamiento, aquí se planteará el tema que se abordará y los roles a interpretar por quienes participen. En este momento quien se encuentre coordinando puede proponer una serie de ejercicios que involucren al cuerpo (estiramientos, caminatas en el espacio, expresión corporal, etc.) a manera de preparar al grupo para la escenificación y lograr que se conecten con sus movimientos y con el espacio.

Proponemos seguir echando mano del tema de la semana como temática para trabajar desde las técnicas sociodramáticas.

Una vez definido el tema, se pide al grupo que se divida en subgrupos con la idea de crear diversas representaciones. Se recomienda que quien coordine brinde las líneas de partida generales de la escena a representar. Un planteamiento diferente para cada grupo pero siempre dentro de la misma temática que se esté trabajando en esa sesión. Sugerimos que estas líneas de partida sean lo suficientemente encaminadas a desarrollar la temática que se desee explorar, pero lo suficientemente abiertas y generales para dar espacio a los participantes de recrear infinitas situaciones dando lugar a la improvisación y la espontaneidad.

Una vez divididos los grupos se les da un tiempo breve para que piensen los lineamientos que se les han indicado sobre la situación a representar y puedan llegar a ciertos acuerdos mínimos para llevarla a cabo, dejando espacio siempre para la improvisación.

Al finalizar las representaciones se hace una ronda grupal para una reflexión final y un cierre.

De esta manera podemos decir que esta actividad contempla tres momentos:

1) Dinámica de calentamiento:

Actividades para que los miembros del grupo se conozcan entre sí y comiencen a interactuar de una manera más distendida reconociendo el espacio y sus propios cuerpos y posibilidades. (15 min.)

2) Desarrollo del sociodrama:

2.1.- Temática: Retomar el tema de la semana haciendo un breve recorrido por lo que se sabe del tema y lo que se ha tocado en las otras actividades del Centro. ¿Cómo lo vivimos?, ¿Cómo lo entendemos?, ¿Qué tiene que ver la temática a representar con la problemática en común? (15 min.)

2.2-Planeación en subgrupos: Una vez divididos en subgrupos se les asignan lineamientos básicos de la escena a representar (diferentes para cada subgrupo). Con estos elementos el subgrupo dialoga para construir su representación y distribuir los personajes. (10 min.)

2.3-Representación: es la puesta en escena donde el/la coordinador/a puede tomarse la libertad de hacer intervenciones con fines clínicos o educativos: puede parar la escena en algún momento que sea necesario hacer un corte para resignificarla, congelar algún momento y pedir al público nuevas alternativas en el desarrollo del guión, hacer un corte y explorar los sentimientos de algunos de los personajes involucrados en la escena preguntándoles cómo se sienten en ese momento preciso de la escenificación, etc. Se sugiere que el/la coordinador/a tome un papel activo, propositivo, interviniendo y transformando la escena, ofreciendo la plasticidad que cada situación puede tener y considerando las emociones que se desatan y se experimentan al estar encarnando dichas situaciones. (30 min.)

3) Reflexiones finales:

Una vez concluida la representación, la coordinación 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. Se pueden guiar de preguntas como ¿Qué les parecieron las escenas?, ¿Cómo se sintieron representando sus personajes?, ¿Cómo se sintieron viendo las representaciones de sus compañeros?, ¿Qué piensan de la actividad? ¿Qué aprendieron?, etc. (20 min.)

TIEMPO SUGERIDO:

90 min. una vez por semana.

MATERIALES:

Se recomienda contar con un espacio amplio y cómodo para permitir la representación escénica, material que pueda servir para la representación: mesas, sillas, objetos varios. Hojas y plumas.

COORDINACIÓN:

Psicología y Trabajo Social.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• El cuerpo en escena se pone en movimiento con atención, se ejercita y se activa.	<ul style="list-style-type: none">• Estimula procesos creativos y de libre expresión.	<ul style="list-style-type: none">• Habilita un espacio terapéutico para el ensayo de vínculos desde la ficción.
<ul style="list-style-type: none">• Permite que se abran temáticas de la salud de los cuerpos de hombres, mujeres y trans² que son silenciadas o invisibilidades.	<ul style="list-style-type: none">• Fomenta la improvisación creativa con los recursos personales con los que cada paciente cuenta.	<ul style="list-style-type: none">• Permite resignificar los conflictos propios y con los otros ayudando a su elaboración.
<ul style="list-style-type: none">• Se concientiza sobre reacciones fisiológicas que colaboran a un mejor conocimiento y dominio de nuestros estados corporales.	<ul style="list-style-type: none">• Fortalece la valoración propia al percibirse como sujetos creativos.	<ul style="list-style-type: none">• Genera nuevos lazos entre el grupo a partir de la participación creativa y espontánea.
<ul style="list-style-type: none">• Se conoce más el propio cuerpo y sus reacciones con los estados emocionales que se experimentan.	<ul style="list-style-type: none">• Genera espacios para explorar sensaciones y afectos desde situaciones ficcionadas.	

4.1.2 CUENTOTERAPIA

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN

Llamamos cuentoterapia a la herramienta que se vale de los cuentos o de la literatura con fines terapéuticos. Se trata del uso de la literatura para el abordaje de diversas situaciones emocionales y sociales que pueden manifestarse en diversos conflictos de muy diferente orden en la vida de las personas.

Es una herramienta que trabaja tanto en la dimensión cognitiva como en el plano emocional de los sujetos. El cuento tiene incidencia en ambos tipos de procesos pues favorece la imaginación y la expresión emotiva así como la divergencia de pensamiento.

Las historias contenidas en la literatura son también una forma de ficción que es parte de nuestra realidad, en muchas obras literarias están contenidas mitologías, ideas, conflictos, deseos que se comparten en la humanidad, que constituyen momentos claves de la historia de diversas culturas, que hablan de la cosmovisión de los pueblos, de las prohibiciones, los deseos y los códigos instaurados entre los miembros de una comunidad. Podemos apoyarnos en la frase lacaniana de la realidad estructurada como ficción, esto es que los seres humanos estamos mediatizados por el lenguaje y por tanto hay siempre algo que se escapa en esa significación de las palabras. Digamos que las palabras no son la realidad pero son nuestra manera de hacerla.

² La heteronormatividad sólo considera hombre y mujer; sin embargo, la diversidad humana incluye a personas transgénero, transexual, travesti, etc.

Por otro lado, la actividad de leer un cuento permite usar la fantasía como herramienta de curación, permite la posibilidad de identificarse con los personajes, resolver conflictos junto con ellos y sentirse acompañados en las propias historias. Al mismo tiempo, al tratarse como algo ajeno a la vida del sujeto no resulta tan amenazador para las personas pues se puede mantener una distancia entre hablar de lo propio y hablar de lo que la historia ficcionada está representando.

Así es como gracias a la simbolización que este tipo de actividades es posible construir nuevos sentidos para la conflictiva propia, logrando que a través de las vicisitudes de los personajes, sus historias y sus caminos, se puedan ir andando las propias historias y caminando los propios caminos con los miedos, frustraciones o alegrías que eso suponga.

Las historias relatadas de las y los pacientes al escribirse y reescribirse en forma de cuento favorece historias alternas que contribuyen a la resignificación.

OBJETIVO:

- Utilizar la herramienta narrativa que se obtiene de los cuentos para facilitar la circulación de la palabra que dé posibilidad a nuevos sentidos que ayuden a la solución de conflictos emocionales, favorezcan la expresión de los mismos y la resignificación.

METODOLOGÍA:

Se trata de una actividad grupal, donde será necesario que haya algún miembro del EMT coordinando la sesión. Siguiendo el sentido articulador del tema de la semana también puede ser elegida la lectura en base a este criterio.

Es importante que la sesión inicie con el encuadre necesario que se tenga que hacer respecto a la modalidad de la técnica, la participación de los integrantes basada en el respeto, la escucha y la libertad de expresarse sin miedo a ser juzgados por el resto de los participantes o por la coordinación.

La actividad consiste principalmente en dar lectura del cuento que haya sido elegido ya sea por la persona responsable de coordinar la sesión o por el grupo mismo en base a una serie de propuestas hechas por dicha coordinación.

La lectura puede realizarse por una sola persona, por varios voluntarios o de manera grupal haciendo que todos los integrantes participen leyendo algún fragmento. Mientras se da lectura al cuento, el resto de los participantes tendrán que escuchar en silencio, se les puede invitar a que adopten una postura cómoda incluso ocupando cualquier lugar en el espacio del salón donde se realice la sesión.

Una vez terminada la lectura puede pedirse al grupo que plasme las emociones generadas por la lectura en un dibujo, en un collage o cualquier producto que implique material plástico que al finalizar puedan explicarlo al grupo.

También, es posible abrir la discusión grupal al finalizar la lectura. Puede iniciarse con una serie de preguntas que provoquen la participación de los/as integrantes.

Por ejemplo:

- ¿Qué les pareció la lectura? ¿Les gustó? ¿Por qué?
- ¿Qué ideas les trajo a la cabeza mientras la escuchaban? ¿Qué sensación les dejó? ¿Qué sentimientos experimentaron escuchándolo?
- ¿Qué personaje les llamó más la atención? ¿Por qué?
- ¿Cuál es el principal conflicto del cuento? ¿Cómo lo habrían resuelto de manera personal?

Una versión diferente de esta actividad puede realizarse sin la necesidad de tener un libro o un cuento por leer sino construyendo una historia de ficción entre todo/as lo/as participantes del grupo. Esto se hace con el grupo dispuesto en forma circular donde quien coordina comienza por inventar lo que sería el inicio de la historia pidiendo que cada persona vaya agregando un fragmento que quiera a partir de la propia imaginación y así consecutivamente hasta ir elaborando un conflicto, aportando su resolución y proponiendo un desenlace.

Para esta modalidad de la actividad quien esté coordinando tendrá que explicitar los requisitos mínimos que necesita tener una historia y podrá proponer elementos (personajes, palabras, lugares, objetos) que deba contener la historia que el grupo va a crear.

Esta técnica resulta una estrategia proyectiva de la que se puede hacer una lectura clínica de los elementos que aparezcan espontáneamente propuestos por el grupo. Recomendamos que en la creación se estimule la construcción de personajes masculinos y femeninos de manera que tanto los hombres como mujeres presentes de la sesión puedan sentirse identificados de alguna manera.

También se puede construir un cuento a partir de la historia del/a paciente y terminar con un final feliz que favorezca la forma de afrontamiento ante el consumo de sustancias.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. una vez por semana.

MATERIALES:

Un espacio ventilado e iluminado apropiadamente para poder trabajar de manera grupal, material para el trabajo del dibujo y material de lectura seleccionado.

COORDINACIÓN:

Psicología y Trabajo Social.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Potencia la creatividad y la imaginación.	<ul style="list-style-type: none">• Estimula procesos de comunicación interpersonal.
<ul style="list-style-type: none">• Contribuye al desarrollo cognitivo y estimula el pensamiento crítico.	<ul style="list-style-type: none">• Crea vínculos a partir de la identificación con los personajes y con las situaciones de fantasía.

- Ayuda a hacer contacto con emociones diversas sin resultar amenazante.
- Acompaña emociones difíciles conectadas con miedos y conflictos internos.
- Facilita la verbalización de ideas y emociones, fortaleciendo procesos simbólicos.
- Favorece historias alternativas y la resignificación de las mismas.
- Genera un espacio que puede resultar muy estimulante si se dan las condiciones para la creación grupal.
- Facilita la circulación de la palabra entre el grupo.
- Favorece la identificación entre diferentes miembros del grupo.

4.1.3 MUSICOTERAPIA

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Podríamos definir a la musicoterapia como el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos. De acuerdo a la American Music Therapy Association se define como el uso clínico de intervenciones musicales con el fin de lograr objetivos personalizados dentro de una relación terapéutica. Se trata de un servicio para la salud que apunta a impactar en el funcionamiento físico, psicológico, cognitivo y/o social de las personas. (AMTA, 2014)

Son diversas las disciplinas que convergen en esta técnica y su aplicación es amplia, ya que puede usarse para obtener relajación física y mental, para afinar procesos motrices, de equilibrio y movimiento, para fortalecer procesos de aprendizaje, así como la posibilidad de hacer contacto con conflictos emocionales y poder realizar algún acto catártico.

Para el caso de pacientes con necesidades psicoterapéuticas es una técnica a destacar ya que siguiendo las investigaciones de la American Music Therapy Association, las experiencias clínicas demuestran la viabilidad de esta técnica incluso en pacientes que se resistan a otros tipos de tratamiento, ya que la música se considera como una forma de estimulación sensorial que provoca respuestas en base a la familiaridad, predictibilidad y los sentimientos de seguridad asociados con ella. Por lo tanto se trata de un medio de comunicación y expresión.

CONSULTARLO EN:

Consultar el Manual de Apoyo de las Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011. Página 42. Sugerimos también, revisar el Manual de Apoyo de Técnicas Psicomusicales con Enfoque Humanista, actualizado en el 2014.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social, Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:



BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite explorar estados afectivos personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja la expresión verbal y no verbal de las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora cualitativa en los procesos respiratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios favorables en estados emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la interacción social con otros.
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece a controlar estados de excitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrollan técnicas de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la cohesión grupal.
<ul style="list-style-type: none"> • Afina procesos motores y de equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la concentración y la atención. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a disminuir estados de ansiedad. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la percepción e identificación de sentimientos. 	

4.1.4 TANATOLOGÍA³

DIRIGIDO A:

Pacientes o Familiares⁴

JUSTIFICACIÓN:

La cultura es el medio por el cual los sujetos tramitan diversos fenómenos, como es el caso de la muerte, por medio de rituales, creaciones artísticas y/o científicas, con el objetivo de poder enfrentarlos de una mejor manera. Nutriéndose de esto, la Tanatología, aporta otra posibilidad adicional de elaborar eventos dolorosos, como el caso de un duelo.

La Tanatología más que trabajar con la muerte trabaja para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, bajo la consigna de que ante una vida plena con calidad, la muerte enriquece al ser humano al aportarle sentido.

Por consiguiente la tanatología es un campo interdisciplinario que toma conocimientos disponibles de diferentes áreas (psicología, filosofía, física, sociología, etc.) para ayudar al ser humano a establecer un sistema funcional de vínculo con la muerte, las pérdidas y los duelos que se padece, inevitablemente, en la vida. Esto implica una re-estructuración de sus relaciones con los demás.

El trabajo tanatológico con los familiares de usuarios de drogas es pertinente en el sentido que esta población puede llegar a presentar rasgos o síntomas similares a los presentados en duelos patológicos o complicados, tales como: depresión, aislamiento, codependencia y disfunción generalizada, lo que afecta severamente la calidad de vida de los propios familiares y merma su capacidad para colaborar en el proceso terapéutico del/la paciente.

Los familiares presentan una codependencia, cuyas acciones van enfocadas a dar soporte asistencial al/la dependiente de sustancias, facilitando el establecimiento de una relación doble vínculo, en la cual un

³ Agradecemos al CIJ Tlalpan por su colaboración para la elaboración de esta actividad, a través de la cual obtuvimos la información más relevante tanto para los fundamentos teóricos como metodológicos de esta actividad.

⁴ Esta actividad esta descrita en su modalidad dirigida a familiares, de acuerdo a la metodología utilizada por el CIJ Tlalpan. Sin embargo, los centros podrán modificarla y adaptarla a pacientes según sus conveniencias.

elemento le da sentido al otro, generándose una situación que dificulta salir de actitudes y maneras de relacionarse aprendidas hasta el momento.

OBJETIVO:

- Que los familiares puedan ser atendidos en el malestar que genere el consumo del/la usuario/a y que se responsabilicen sobre su propio tratamiento y la importancia de su colaboración en el tratamiento del/la paciente.

METODOLOGÍA:

El CIJ Tlalpan propone acercarse a esta temática haciendo uso de las técnicas de la teoría Gestáltica propuesta por Fritz Perls, con la propuesta de situar a la persona en el aquí y el ahora de su malestar y de sus recursos, invitándolo a explorar todo su potencial humano (Baumgardner, P. 2003).

La propuesta consiste en realizar una sesión grupal que se maneje en dos tiempos: el caldeamiento inespecífico y el caldeamiento específico. Posteriormente, se realice una retroalimentación de lo experimentado por los participantes y finalmente se dé un cierre por el coordinador.

Ejemplos de técnicas:

- “Cargar el Bulto”
 1. Caldeamiento inespecífico: Se trabaja sensibilizando al grupo en usar el espacio caminando de manera individual. Tomando conciencia de sus sensaciones, de sus pensamientos, de su andar.
 2. Caldeamiento específico: Se les indica que realicen la caminata por el espacio pero ahora por pares, caminando acompañados de manera silenciosa. Se puede ir aumentando el número de acompañantes en la caminata, ubicando siempre a los participantes en la conciencia de sus sensaciones.
 3. Retroalimentación: Los participantes podrán expresar su sentir.
 4. Cierre: el coordinador puede ofrecer una reflexión o hacer una retroalimentación de lo observado y lo escuchado en el grupo.
- “Aprender a soltar”
 1. Caldeamiento inespecífico: enfocado en el sentir y las sensaciones del aquí y el ahora.
 2. Caldeamiento Específico: enfocado en sensaciones de pérdida, provocar acciones de arrebató y/o de despojo.
 3. Retroalimentación
 4. Cierre

TIEMPO SUGERIDO:

90 min. Se sugiere una vez por semana en un periodo de 10 sesiones.

MATERIALES:

Un salón amplio, bien iluminado y ventilado y sillas.

COORDINACIÓN:

Psicología.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Permite explorar estados emocionales personales.• Favorece la expresión de estados afectivos dolorosos y/o que producen malestar.	<ul style="list-style-type: none">• Trabaja la expresión verbal y no verbal de las personas.• Estimula la interacción social con otros favoreciendo proceso de identificación que pueden devenir terapéuticos.
<ul style="list-style-type: none">• Mejora la percepción e identificación de sentimientos.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece la cohesión de una red de apoyo entre familiares y pacientes.

4.1.5 TALLER DE HABILIDADES PARA LA VIDA

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Existe cierta vulnerabilidad inherente a la situación de las personas con una dependencia de sustancias que puede manifestarse en otro tipo de trastornos emocionales. Como en cualquier situación donde se ven comprometidos aspectos psicológicos del paciente, es importante brindar herramientas que contribuyan a un mejor manejo de ciertas emociones, a una revisión interna para explorar recursos propios y otros que puedan ser desarrollados.

El desarrollo de habilidades sociales y la educación en la toma de decisiones es de suma importancia en el trabajo con adolescentes pues se encuentran en una etapa crucial para la elección de un proyecto de vida propio.

Cuando hablamos de la educación en habilidades para la vida nos referimos a encontrar espacios de reflexión tanto singulares como colectivos, para que las personas sean capaces de elaborar de forma autónoma elecciones que les brinden la posibilidad de enfrentar de manera más responsable y crítica sus propias realidades, desarrollando capacidades y recursos personales.

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la propuesta para la educación en habilidades para la vida, donde el propósito de la iniciativa era difundir a nivel mundial una formación basada en 10 destrezas consideradas fundamentales para potencializar recursos psicosociales singulares que contribuyeran a afrontar exigencias y desafíos de la vida diaria.

La propuesta se compone de las siguientes competencias:



- **Autoconocimiento:**

Conocerse puede resultar una herramienta de suma importancia para poder identificar las fortalezas propias y los recursos de los que se puede disponer no sólo de manera interna sino también conocer las redes con las que se cuentan, la manera como nos vinculamos, lo que queremos y los recursos con los que se cuentan para lograr eso que deseamos.

- **Empatía:**

Puede tratarse de una capacidad esencial para vincularse con los otros, permite tender puentes y dar lugar al reconocimiento del lugar que ocupan los otros, dar espacio a su deseo y a su palabra.

- **Comunicación asertiva:**

Esta habilidad se corresponde con la capacidad de expresar de manera clara lo que se piensa, los sentimientos y las necesidades considerando también las de las demás personas.

- **Relaciones interpersonales:**

Se trata de las habilidades necesarias para poder iniciar, establecer, mantener y terminar (cuando esto sea necesario) relaciones con los otros de formas que no resulten dañinas.

- **Toma de decisiones:**

Esta competencia tiene que ver con habilidad para poder tomar una postura responsable frente a las circunstancias que nos rodean, enfrentarlas desde una postura proactiva que permita que sucedan las cosas que deseamos o que permitan cambiar las que no elegimos. Tiene la finalidad de mover a las personas de posiciones victimizadoras o pasivas que no les permite lograr ninguna transformación.

- **Manejo de problemas y conflictos:**

Apunta a la aceptación de los conflictos y tensiones como una cuestión inherente a los procesos vitales sin embargo se pueden explorar maneras creativas, flexibles y responsables de poder afrontarlos, manejarlos o resolverlos.

- **Pensamiento creativo:**

Esta destreza hace alusión a la habilidad de idear cosas nuevas, relacionar lo ya conocido con formas novedosas para abordarlo, poder desandar y desaprender patrones habituales de comportamiento para reaprender formas innovadoras de posicionarse frente a la vida, a las relaciones y las circunstancias en general.

- **Pensamiento crítico:**

Este punto se relaciona con el desarrollo de habilidades que permitan tener conclusiones, juicios y opiniones propias a partir de actitudes analíticas frente a la realidad. Tener la habilidad de cuestionar y cuestionarse frente a ideas, formas y conceptos que se toman como inmodificables.

- **Manejo de emociones y sentimientos:**

Desde aquí se propone la habilidad de explorar las propias emociones, teniendo la sensibilidad de conocerse para poder identificarlas y poder tener un mejor contacto con nuestro mundo afectivo.

- **Manejo de tensiones y estrés:**

Comprende las habilidades necesarias para poder afrontar situaciones de tensión y de estrés con la posibilidad de no instalarse en estados de ansiedad y/o angustia crónica, sino proponiendo soluciones constructivas antes estas situaciones.

OBJETIVO:

- Fortalecer las destrezas descritas con el fin de recuperar recursos personales que funcionen como factores de protección para evitar el consumo adictivo.

METODOLOGÍA:

Para una revisión de metodología más precisa y extensa recomendamos revisar el libro “Habilidades para la vida. Guía para educar en valores.” Publicado por CIJ. 2006.

TIEMPO SUGERIDO:

60 minutos una vez por semana.

MATERIALES:

Se recomienda realizarlo en un salón multiusos que cuenten con el espacio, la ventilación e iluminación adecuada para realizar diferentes actividades.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Identificación y expresión de emociones y sentimientos.	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer procesos de comunicación. Se desarrollan habilidades como la asertividad y la escucha.
<ul style="list-style-type: none">• Posicionarse desde una responsabilidad subjetiva a partir de la reflexión en la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none">• Fortalece recursos para mantener relaciones y vínculos afectivos de manera favorable.
<ul style="list-style-type: none">• Autonomía frente a procesos de elección de proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none">• Posibilita herramientas para modificar relaciones que puedan estar siendo nocivas para los procesos vitales.
<ul style="list-style-type: none">• Potencialización de recursos internos para el manejo y resolución de conflictos.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece actitudes de resolución de problemas y negociación con los otros.
<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento de herramientas que apunten al autocontrol y afrontamiento de estrés.	

4.1.6 TALLER DE AUTOESTIMA

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

El concepto que cada persona tiene de sí misma es un terreno particularmente importante para cualquier trabajo terapéutico. Asimismo la valoración que uno mismo hace de esos conceptos o ideas.

La autoestima es el elemento valorativo que cada uno tiene de lo que es, de lo que los hace ser quienes son, abarcando el conjunto de rasgos físicos, psíquicos, familiares, culturales, económicos, etc. Es un concepto relacionado con la propia identidad y con la imagen que se tiene de sí mismo/a, que se construye de manera interna en la relación con los otros.

La importancia de la mirada del otro en la construcción de la imagen de uno mismo es fundamental. Por lo que se propone brindar espacios donde lo/as pacientes puedan ser escuchado/as y mirado/as por lo que ellos/as mismos/as son, desde una escucha ética, por fuera de juicios morales o valoraciones hechas a partir de concepciones que se tengan de las adicciones o de quienes consumen ciertas sustancias.

La importancia de trabajar sobre estos juicios que el paciente tenga sobre sí mismo/a tiene la finalidad de que puedan reconocer los recursos con los que cuentan, que puedan valorarlos y continuar en su desarrollo.

En el trabajo con pacientes que tienen problemas de abuso de sustancias, se puede caer en el riesgo de catalogarlos bajo la etiqueta de adictos o incluso es probable que ellos mismos se posicionen de este lugar. Creemos conveniente trabajar esto ya que será necesario moverlos de este lugar pasivo, que los identifica con su padecimiento pero que al mismo tiempo los inmoviliza y hace que se borre la existencia de otros elementos que componen la subjetividad, más allá de las etiquetas.

OBJETIVO:

Trabajar el concepto y valoración que cada paciente tiene de sí mismo/a, identificando recursos personales y dando lugar a la emergencia de subjetividades que trasciendan la etiqueta del “adicto”.

METODOLOGÍA:

Se sugiere trabajar de manera grupal con un/a coordinador/a del Equipo Médico Técnico que se encarga de dirigir la actividad. Este tipo de temáticas se pueden abordar de maneras muy diversas. Las estrategias mayormente utilizadas para este trabajo son técnicas que tengan recursos plásticos que brinden posibilidades de materializar, moldear, representar, etc. las ideas que cada paciente alberga sobre sí mismo.

Se recomienda que se utilice alguna técnica de sensibilización/introspección donde cada miembro del grupo pueda reflexionar en torno a los conceptos de autoconocimiento y autoestima. Que piense qué es lo que lo hace ser él/ella y que explore los sentimientos y sensaciones que le provoca esa imagen que tiene de sí mismo/a.

Se propone trabajar en torno a preguntas como estas:

¿Quién soy yo?, ¿Cómo me veo a mi mismo/a? ¿Me gusta eso que veo? ¿He sido siempre así? ¿Cómo ha cambiado esto? ¿Qué me hace ser quién soy? ¿Qué personas/objetos/situaciones me devuelven una

imagen que me guste de mí? Qué aspectos de esa idea que tengo mía me gustaría modificar? ¿Cómo creo que los otros me miran?

Después de reflexionar por un momento este tipo de preguntas se les puede pedir que de manera individual plasmen estas ideas realizando un collage, un dibujo o una escultura con diferentes materiales que les sean presentados y que tengan la libertad de utilizar.

TIEMPO SUGERIDO:

60 minutos. Una vez por semana.

MATERIALES:

Espacio ventilado y bien iluminado. Material para trabajar técnicas plásticas: cartulinas, colores, plumones, tijeras, pegamento, plastilina, papel de diversas texturas

COORDINACIÓN:

Psicología y Trabajo Social.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Favorece el autocuidado del cuerpo y la salud en general.	<ul style="list-style-type: none">Se fortalece el concepto que cada paciente tiene de sí mismo/a.Se fortalecen habilidades como la toma de decisiones asertivas.	<ul style="list-style-type: none">Favorece la reflexión colectiva sobre la identidad propia a partir de la identidad de otros.Fortalece actitudes de respeto a la diversidad de pensamientos, de elecciones, de formas de ser y vivirse.
	<ul style="list-style-type: none">Se favorece la toma de responsabilidades sobre las propias elecciones y el propio cuidado.	

4.1.7 CINE DEBATE

DIRIGIDO A:

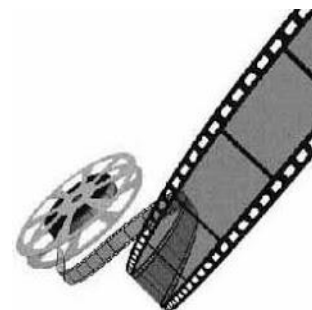
Pacientes

CONSULTARLO EN:

Manual de Apoyo para las Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.



ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Puede ser un vehículo que genere una actitud reflexiva frente a diversas situaciones que se le presentan con la distancia-cercanía de una historia de ficción.• La comunicación artística puede producir ciertas movilizaciones afectivas que colaboren con el proceso terapéutico.• Se puede dar un efecto catártico mediante la identificación con personajes o situaciones representadas en la película.	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer una actitud de escucha y posibilita la construcción de una postura crítica frente a diversas ideas y argumentos.• Estimula procesos de comunicación integrando una gran variedad de elementos.
<ul style="list-style-type: none">• Facilita la expresión de pensamientos y emociones.	

4.1.8 TALLER ESPEJO DE VIDA

DIRIGIDO A:

Pacientes

COSULTARLO EN:

Manual de Apoyo de las Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011. Página 27.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Promueve un análisis personal desde la autoobservación y la introspección.• Favorece identificaciones con el grupo de pares que puedan generar cambios de comportamiento y aportar nuevos recursos.• Asumir responsabilidades en su problema adictivo así como en su tratamiento y rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none">• Fomenta la cohesión grupal.• Favorece procesos de autoayuda y de colaboración entre pares.• Genera proceso de identificación que pueden servir para una mejor adherencia terapéutica del grupo.

4.1.9 TALLER PRESIÓN SOCIAL Y DE PARES

DIRIGIDO A:

Pacientes

CONSULTAR EN:

Manual de Apoyo para Talleres de Rehabilitación y Reinserción Social, página 7.

COORDINACIÓN:

Psicología y Trabajo Social.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la toma de una actitud crítica frente a estímulos sociales. • Fortalece una actitud asertiva para la toma de decisiones. • Colabora en la construcción de opiniones y posturas propias que orienten conductas basadas en el deseo propio y no la imposición social. • Fortalece procesos de responsabilidad y autonomía frente a las propias conductas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aporta elementos para vincularse con los otros y con el medio de manera menos dependiente y más autónoma. • Permite desarrollar estrategias para fortalecer factores de protección que coadyuven a mantener la abstinencia. • Favorece la reflexión colectiva sobre la identidad propia a partir de la identidad de otros. • Fortalece actitudes de respeto a la diversidad de pensamientos, de elecciones, de formas de ser y vivirse.

4.1.10 TALLER COOPERACIÓN Y EMPATÍA**DIRIGIDO A:**

Pacientes

CONSULTAR EN:

Manual de Apoyo para Talleres de Rehabilitación y Reinserción Social, página 8.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercita habilidades para un desarrollo integral y coherente entre el pensar y el hacer. • Favorece la exploración e identificación de emociones propias frente a los otros. • Fomenta actitudes empáticas y de respeto con las actitudes de los otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta la habilidad de observación y entendimiento de los otros. • Favorece relaciones más solidarias y asertivas. • Genera un ambiente para el intercambio de pensamientos y emociones en un ambiente de respeto y escucha.

4.1.11 TALLER EXPRESATE**DIRIGIDO A:**

Pacientes

CONSULTAR EN:

Manual de Apoyo para Talleres de Rehabilitación y Reinserción Social, página 44.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Ejercita el autoconocimiento y fortalece la propia valoración. Favorece la superación de barreras y dificultades para la expresión de los afectos. Permite explorar y conocer la amplia gama de sensaciones y afectos que cada uno puede sentir y expresar. Brinda herramientas y recursos favorables para el manejo de los afectos y su expresividad. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorece el intercambio afectivo entre pares. Brinda herramientas para vincularse afectivamente con los otros. Favorece la expresión de emociones que han estado reprimidas posibilitando su tramitación en sus lazos sociales.

4.1.12 TALLER ESCUCHA/ CONOCE/ CONTROLA TU CUERPO

DIRIGIDO A:

Pacientes

CONSULTAR EN:

Manual de Apoyo para Talleres de Rehabilitación y Reinserción Social, página 42-45.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Fomenta la conciencia en la respiración. Favorece la relajación del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la propia conciencia del cuerpo sensibilizando sobre la importancia de su cuidado. Estimula la imaginación como herramienta para el reconocimiento del cuerpo. Fomenta la confianza corporal para la propia expresividad. Fortalece la autopercepción positiva. Promueve el reconocimiento de sensaciones y emociones corporales. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercita procesos expresivos y de comunicación intersubjetiva. Ejercita la identificación y regulación de sensaciones y emociones en la convivencia con los otros.

4.2 ÁREA REEDUCATIVA-FORMATIVA

Considerando las características complejas del problema de las adicciones, que sostendremos a lo largo de todo este Manual, es importante incidir desde diversas esferas consideradas desde el modelo biopsicosocial y del proceso de salud-enfermedad. Es necesario intervenir más allá de las áreas puramente médicas o puramente psicológicas, ampliando el campo de acción a otros terrenos como lo es el área reeducativa-formativa es decir, procesos de enseñanza-aprendizaje y de formación.

La reeducación la entendemos como un proceso que retoma modelos de formación más allá de los modelos estrictamente escolares o académicos. Se trata de una posición donde la acción terapéutica va dirigida a dificultades de tipo psicológico (López, Adria s/f) y social. Donde se tomarán en cuenta los caminos andados hasta el momento en lo aprendido por los pacientes y se trabajará en desandar esos caminos con el objetivo de aprender a desaprender viejos patrones y reaprender nuevas formas de vinculación y de interacción con el medio.

El abordaje reeducativo, es distinto en cada caso ya que son diversas las formas como cada persona se relaciona con su proceso pedagógico, es decir la intervención es singular. La reeducación es un proceso que da estructura a las y los pacientes y que se construye en todo momento en que el sujeto se relación con otros y con su medio.

Sosteniendo que todo proceso educativo y reeducativo tiene un componente social ineludible, retomamos el concepto de aprendizaje colaborativo que se definirse como la interacción social que tiene lugar durante la realización de actividades de aprendizaje y que tributan a este proceso (Coll, 2001 en Aprendizaje Colaborativo).

Desde esta concepción destacamos los procesos de vinculación que se dan en los sujetos como centrales en todos los procesos de formación que integremos en el tratamiento. Incluyendo en esta perspectiva, el vínculo que se establece entre pacientes y con el/a coordinador/a encargado de guiar la actividad de aprendizaje.

OBJETIVO:

- Contribuir a fortalecer procesos cognitivos, de aprendizaje y de formación desde un encuadre y sentido diferente al conocido por el paciente, que dé mayor estructura y coadyuve a mejorar sus patrones de vinculación social.

4.2.1 CÍRCULO DE LECTURA

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Esta actividad, como estrategia de fomento de lectura, puede tener múltiples impactos y finalidades. Su función principal es la de acercar a las personas a la literatura y fomentar hábitos de lectura y reflexión de ésta. Puede resultar una actividad que provoque un espíritu crítico, cultive la imaginación, brinde herramientas de socialización, desarrolle habilidades de expresión oral y escrita, amplíe el vocabulario y favorezca el conocimiento de nuevos temas a través de los textos revisados.

El círculo de lectura da la oportunidad a sus participantes de relacionar sus conocimientos académicos, la interiorización de las vivencias de los personajes de las obras leídas, las vivencias de los compañeros del círculo, así como las vivencias y las reflexiones personales, de tal manera que, conforme los participantes van reconociendo y haciendo suya esta estrategia, se transforma el contexto del diálogo en una espiral ascendente de comprensión lectora (SEP, 2013).

En el ejercicio para la rehabilitación y reinserción social ante el problema de las adicciones puede fungir como una herramienta poderosa, de una variedad de aristas y características de las que se puede echar mano. La lectura puede producir efectos terapéuticos notables en los y las pacientes, ya que propicia un diálogo con una historia, un sentimiento o un personaje ficcionado con quien uno se vincula, al mismo tiempo que propicia un diálogo a nivel intrasubjetivo. La palabra escrita puede crear un espacio de alojamiento para el sujeto que la devela en su lectura, puede ser un puente, puede ser un cobijo y puede ser una ilustración de pensamientos y afectos sentidos también por el lector, de manera que el texto vaya dando un panorama incluso del sentir propio.

Por otro lado, consideramos que la contextualización, el conocimiento y la cultura que se adquiere a través de los libros y la lectura son elementos valiosos para construir procesos de rehabilitación y reinserción social más sólidos, sobre todo, en personas que han tenido procesos graves de marginalización y de ruptura social.

OBJETIVO:

- Producir efectos terapéuticos que contribuyan a la rehabilitación de las/los pacientes por medio de un cierto recorrido en la literatura y la reflexión sobre ésta.

METODOLOGÍA:

El círculo de lectura, en general, se caracteriza porque los participantes se reúnen en forma de círculo o círculos concéntricos para verse los unos a los otros propiciando un diálogo de igual a igual, es decir, que NO se establece ninguna relación autoritaria o jerárquica por parte de los coordinadores y participantes. Asimismo, es muy relevante que dentro de los círculos de lectura se dé lugar a las diferencias, con el propósito de mantener el respeto al derecho de hablar, para evitar que una persona intervenga varias veces y otras no participen, todos deben tener la confianza de intervenir en el diálogo.

De acuerdo a las recomendaciones de la Secretaría de Educación Pública (2013), un Círculo de Lectores se integra de la siguiente manera:

- Un/a Coordinador/a: el cual se encarga de dar seguimiento de las reuniones, promueve el cumplimiento de los acuerdos, trabaja para que exista un reconocimiento por parte del grupo de las capacidades de cada una de las personas integrantes y particularmente, es responsable de actuar como moderador en la construcción del diálogo.
- Una Comisión de Selección: participantes encargados de seleccionar los libros, las páginas a leer o proponer los temas a dialogar.
- Una Comisión de Acuerdos: es la persona responsable de llevar el control de la agenda de las reuniones, es decir, de las fechas y horarios, así como de asentar los acuerdos de organización de las actividades del grupo, en una bitácora y de promover el respeto de las normas establecidas.
- Una Comisión del Diario del Círculo de Lectores: donde principalmente se pondrán por escrito las reflexiones, las discrepancias o las conclusiones a las que se llegaron.
- Participantes: Son todos aquellos integrantes del círculo de lectores que no tienen ninguna comisión. Es importante que las comisiones se vayan rotando entre los participantes.

Es recomendable que en la etapa inicial del círculo de lectores, se integre sólo con un coordinador y los participantes; conforme crezca en número y constancia, será conveniente conformar comisiones, recordando que los cargos son honoríficos y rotativos, no jerárquicos y permanentes.

La organización propuesta por la SEP es:

- En la primera reunión el coordinador acomodará las sillas en círculo o círculos concéntricos.
- Quien Coordina o la comisión de selección puede iniciar con una lectura gratuita que exprese la importancia de leer.
- Quien coordina explicará lo qué es y cuál es el objetivo de un círculo de lectores; la comisión de selección presentará a los participantes el libro o los libros elegidos para esta sesión.
- La comisión de acuerdos y la de selección darán a conocer la programación de reuniones que incluirá días, hora y número de páginas a leer y, por último, la comisión del Diario presentará la libreta, en la cual cada uno de los integrantes, de manera rotativa, escribirá sobre lo dialogado en las reuniones.
- A partir de la segunda reunión el grupo acomodará las sillas en círculo o círculos concéntricos.
- Comenzará el Círculo de Lectores con preguntas comprensivas del texto, por ejemplo: ¿Qué les pareció el libro?, ¿qué les gustó del libro? ¿Por qué?, éstas ayudarán a iniciar el diálogo, para después retomar aquello que a la mayoría le llamó la atención, y de ahí comentar sobre los personajes, las acciones que llevan a cabo cada uno de ellos, sin dejar de lado las relaciones personales con el texto.

Finalmente puede coordinarse esta actividad con el Periódico Mural para dar a conocer la producción realizada. Los círculos de lectura podrán realizarse con apoyo de los libros institucionales y material proveído por la Subdirección de Consulta Externa, entre otros. Se anexan algunas propuestas de actividades y lecturas para llevar a cabo en la actividad. (ANEXO 1)

DURACIÓN:

60 min. una vez por semana.

MATERIAL:

Salón y sillas. Lecturas diversas: cuentos cortos, poemas, fragmentos de novelas, artículos científicos, etc.

COORDINACIÓN:

Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades cognitivas por medio de la lectura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece estrategias de comunicación interpersonal.
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece una actitud de autoconfianza al fortalecer habilidades para la discusión y defensa de argumentos, así como la libertad de expresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera una actitud de escucha y respeto por las opiniones de otros/as integrantes del grupo.
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula habilidades de análisis, síntesis y de postura crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece la incorporación del hábito de la lectura como recurso favorable para mantener la abstinencia.

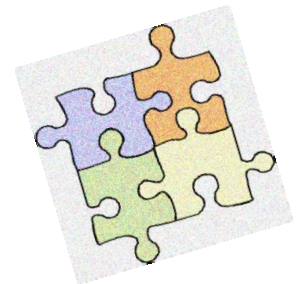
4.2.2 PENSAMIENTO LÓGICO MATEMÁTICO

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Las matemáticas, al igual que el lenguaje, surgen como una necesidad del hombre de comunicarse con los demás y expresar aspectos relacionados con el ambiente y sus necesidades de subsistencia: contar, medir, realizar operaciones matemáticas, etc.



El pensamiento lógico matemático sirve para analizar, argumentar, razonar, justificar o probar razonamientos. Se caracteriza por basarse en datos probables o en hechos. El pensamiento lógico es analítico, ya que divide los razonamientos en partes y racional, debido a que sigue reglas y es secuencial.

Este tipo de razonamiento se produce en la interacción de las personas con los objetos externos. Cada sujeto lo construye por abstracción reflexiva, que es precisamente la habilidad que se construye en la coordinación de las acciones que realiza el sujeto con los objetos externos. Se trata de una construcción de la propia persona en función de las experiencias obtenidas al relacionarse con el entorno y la manipulación de los objetos (Conde, 2007).

Teniendo en cuenta que el conocimiento adquirido una vez procesado no se olvida, ya que la experiencia proviene de una acción, se apunta a estimular los conocimientos que los pacientes han adquirido en su desarrollo para seguir trabajando y estimulando este tipo de actividades que, en algunos casos, pueden haberse visto mermadas por el consumo. Además se puede trabajar en el desarrollo de nuevas

herramienta cognitivas que puedan brindar recursos lógicos nuevos a los pacientes y así fortalecer su proceso de rehabilitación. Esto además sigue fortaleciendo el aprendizaje y estimulando la interacción con el mundo de los objetos externos y abstractos de manera didáctica.

OBJETIVO:

- Desarrollar y fortalecer el pensamiento lógico a través de ejercicios que ejerciten la atención, las operaciones abstractas y estratégicas.

METODOLOGÍA:

Proponemos que se haga uso del trabajo en equipo para la realización de operaciones de destreza matemáticas que crean convenientes según las aptitudes de los participantes. Será importante fomentar actitudes de cooperación y ayuda mutua para la solución de los problemas planteados, estimulando la creatividad y la búsqueda de soluciones de manera conjunta.

Es importante crear un ambiente de trabajo grupal, con un nivel de competitividad sano para la estimulación de todo/as los/as participantes, dando lugar a las diferentes capacidades de cada quien. Consideramos importante destacar con los/las pacientes el desafío lúdico de estas actividades, evitando que se sientan evaluados en sus capacidades.

Se anexan propuestas de ejercicios lógico-matemáticos. (ANE XO 2).

TIEMPO SUGERIDO:

60 min. una vez por semana.

MATERIALES:

Problemas lógico matemáticos para resolver, pizarrón y/o rotafolios, plumones.

COORDINACIÓN:

Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercita las habilidades visoespaciales a nivel cerebral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla capacidades de atención y concentración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece la autoconfianza frente al grupo en el logro de objetivos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula procesos creativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula el trabajo en equipo para alcanzar metas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla habilidades de observación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el diálogo y la negociación
	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece habilidades analíticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crea un sentido y una meta común.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercita la memoria. 	

4.2.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

DIRIGIDO A:

Pacientes

CONSULTARLO EN:

Manual de Apoyo de Talleres para la Rehabilitación y Reinserción Social, pág. 15-30.

COORDINACIÓN:

Medicina, Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICO	PSICOLÓGICA	SOCIAL
Autocuidado de la salud individual.	Desarrollo de conductas preventivas para la salud.	Construcción de reflexiones para el cuidado propio de manera grupal.
Fomento de la salud comunitaria.	Fomento a la autoexploración y al autocuidado. Conocimiento del propio cuerpo y de acciones de higiene para su cuidado. Interiorización de normas básicas de cuidado personal.	Concientización sobre actitudes preventivas en pareja, en familia y en comunidad. Mejora en la calidad de vida en el ejercicio de hábitos más saludables.

4.2.4 PERIÓDICO MURAL

DIRIGIDO A:

Pacientes



CONSULTAR EN:

Manual de Apoyo de Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011. Página 53.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Favorece la estructuración de intereses y diversas temáticas relacionadas con el tratamiento de los/as pacientes.	<ul style="list-style-type: none">Fomenta la socialización de información relevante para lo/as pacientes y familiares.
<ul style="list-style-type: none">Favorece la emergencia de actitudes de liderazgo	<ul style="list-style-type: none">Genera procesos en colectivo y con un sentido comunitario.
<ul style="list-style-type: none">Sentido de pertenencia y reconocimiento	<ul style="list-style-type: none">Difunde y promueve en la Unidad Operativa, las acciones de las y los pacientes.

4.2.5 PROYECTO DE VIDA

DIRIGIDO A:

Pacientes

CONSULTARLO EN:

Manual de Apoyo de Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011. Página 49.

COORDINACIÓN:

Psicología, Trabajo Social y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Favorece una actitud de conciencia del cuidado de la salud y el cuerpo en general.	<ul style="list-style-type: none">Genera una actitud con perspectiva de futuro.	<ul style="list-style-type: none">Logro de metas en los ámbitos familiares, de pareja, escolares y laborales.
	<ul style="list-style-type: none">Estimula que los pacientes se pregunten por sus deseos, sus proyectos y sus objetivos.	<ul style="list-style-type: none">Promueve la identificación de vínculos que pueden favorecer el desarrollo del proyecto de vida.
	<ul style="list-style-type: none">Se fortalecen habilidades como la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none">Favorece una actitud de compromiso con los acuerdos y contratos que se generen en diversos ámbitos de su vida.
	<ul style="list-style-type: none">Se favorece la toma de responsabilidades sobre las propias elecciones y recursos sobre lo que se espera obtener.	

4.3 ÁREA LABORAL-OCUPACIONAL

Cualquier actividad que se piense de naturaleza laboral está universalmente considerada como un factor de mucha relevancia vital. Proporciona a las personas una identidad, sentido de pertenencia a un grupo social en particular y se les dota de un valor funcional en la organización de la sociedad. El trabajo puede hacer sentir que la persona es necesaria para otros y que se cuenta con algo que es valioso para aportar. Debido a estas razones se le considera un elemento determinante para la construcción de vínculos interpersonales y por lo tanto juega un papel central en el proceso de rehabilitación y reinserción social (Sackstein, 1983).

En relación a la perspectiva de la inclusión social de personas con algún tipo de sufrimiento mental o en el caso específico de las adicciones, la reinserción laboral representa un elemento indispensable para el proceso de atención a la salud, al mismo tiempo que se presenta como un gran desafío.

La finalidad de los servicios que corresponden a esta área será trabajar en estrategias para desarrollar y fortalecer habilidades sociales y de capacitación, considerando que el ámbito laboral y ocupacional es un terreno que propicia el despliegue de capacidades, intereses y recursos personales que configuran al sujeto.

Las actividades laborales aportan cierta organización y estructura para la vida diaria de las personas. De la misma manera como funciona el Plan de Actividades Diarias del Centro de Día estructurando la modalidad y el tiempo mismo de los pacientes, el hecho de contar con una actividad laboral instaura una posibilidad de estabilización, a través de la planificación que puede hacerse de los días y de las actividades propias bajo un marco mediado también por un encuadre de tiempos, funciones, responsabilidades y beneficios económicos y sociales.

Algo importante a tener en cuenta en esta área es que puede ser muy común que las personas que sufren de alguna dependencia a sustancias o incluso aquellas quienes se encuentran en períodos de abstinencia prolongados, pueden enfrentarse con situaciones de discriminación en el ámbito laboral. Por lo que resulta indispensable acompañar a los pacientes en este proceso que puede resultar también doloroso, así como desarrollar habilidades y recursos personales que les permitan trabajar estas dificultades.

De acuerdo a la Organización Internacional de Trabajo (Sackstein, 1982) la mayor parte de los programas de rehabilitación que mejores resultados obtienen, conceden gran importancia al área profesional, es decir a incluir actividades en su programa encaminadas a desarrollar habilidades para lograr una inclusión laboral de los/as pacientes. Por lo que todas estas actividades deben ser consideradas en su justa medida de trascendencia terapéutica y no como meras actividades para mantener ocupado al paciente, pues esto podría sólo causar un estado de aburrimiento o ansiedad que puede sumirlo en una desmotivación frente a sus recursos laborales.



Será importante considerar, en la planeación de estas actividades, tanto las condiciones del medio al que el paciente pertenece como las demandas laborales que este medio plantea. Además es fundamental contar

con una perspectiva que no deje de alojar lo que sea propio de cada quien a partir de su historia, capacidades, sus intereses actuales y sus perspectivas futuras.

Es indudable que la intervención que se haga en el área laboral tiene una incidencia directa en los procesos de rehabilitación y reinserción social del paciente. Favoreciendo que se pueda integrar a una dinámica productiva, que adquiera recursos económicos, que pueda contar con una red de apoyo ya sea institucional o de compañeros de trabajo, entrar a ser parte de un contrato donde se encuadren derechos y obligaciones que normen los vínculos laborales, etc. Todo esto además contribuye a un proceso terapéutico que les permite a lo/as pacientes explorar otros aspectos sanos de ello/as mismo/as.

El desarrollo de esta área se pensará en dos vías: por un lado el trabajo reflexivo para el fortalecimiento de los recursos personales necesarios para la inserción en el mundo laboral y, por otro lado, la capacitación en recursos de oficio que les permitan a los pacientes aprender actividades que puedan convertirlas en un sustento para sus necesidades económicas, al mismo tiempo que encuentran un placer terapéutico en su realización.

Cabe destacar que la reinserción laboral es un indicador de desempeño e integración a una vida productiva, casi siempre de los hombres debido a las construcciones culturales que determinan que son ellos quienes cumplen con la función de proveedores de la familia; lo cual no necesariamente es un indicador para las mujeres; sin embargo, al adiestrarse en una actividad ocupacional se puede fortalecer su autonomía e incluso se espera la independencia económica tanto de hombres como mujeres. Es común que las mujeres sean quienes desarrollen tanto el trabajo doméstico (trabajo no remunerado) como el trabajo remunerado cumpliendo la doble jornada de trabajo, por lo que incrementa el desgaste físico y mental. Ante tal situación se proponen procesos reflexivos que cuestionen las construcciones de la masculinidad y la femineidad para que los hombres también se incorporen responsablemente al trabajo no remunerado que se realice en casa.

Finalmente, la inclusión a las actividades ocupacionales y laborales debe estar de acuerdo con los criterios clínicos que se consideren pertinentes para cada caso, de ahí que son parte del tratamiento singular; por lo que es importante evitar que se asignen conforme a estereotipos sociales o alguna otra imposición que violente procesos subjetivos.

OBJETIVOS:

- Desarrollar y fortalecer habilidades sociales que les permitan vincularse en el mundo laboral e inducir su autonomía.
- Brindar herramientas de capacitación en diversos oficios que les ofrezcan mayores oportunidades de remuneración económica.

4.3.1 TALLER DE HABILIDADES SOCIO-LABORALES

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

El desarrollo de habilidades socio-laborales se vuelve un recurso fundamental en el trabajo de rehabilitación y reinserción social, pues como ya se mencionó el área laboral es una dimensión primordial para generar procesos de vinculación social, construcción de redes, reconocimiento y adquirir cierta autonomía. Por lo tanto, abrir espacios para ejercitar habilidades y conocimientos que pueden resultar provechosos para el desarrollo sobre la dimensión laboral se vuelve indispensable.

Habilidades
para la vida

- Conocimiento personal
- Definición de objetivos
- Planeación de vida
- Ubicación de necesidades de desarrollo y económicas
- Recursos prácticos para la búsqueda y obtención de empleo

Se plantea que en el marco de este taller puedan trabajarse herramientas de conocimiento personal, definición de objetivos, planeación de vida, ubicación de necesidades de desarrollo y económicas; asimismo tiene la finalidad de obtener recursos prácticos para la búsqueda y obtención de empleo.

OBJETIVO:

Brindar un espacio para la socialización-reflexión de conocimientos y herramientas prácticas necesarias para la vinculación al espacio laboral.

METODOLOGÍA:

Recomendamos la revisión del Manual de Apoyo: Taller de Habilidades Socio-laborales Centros de Día, 2010. En donde podrán encontrar una descripción detallada del taller con los objetivos que perseguimos al intervenir en esta área. Dicho taller se estructura con los siguientes ejes temáticos:

- Autoevaluación
- Itinerario de búsqueda de empleo
- Nociones básicas de legislación laboral
- Prevención de Recaídas
- Evaluación

Cada uno de estos ejes temáticos se lleva a cabo por medio de sesiones donde se transmite información relevante; se expresan e intercambian reflexiones y puntos de vista; se tiene la posibilidad de retroalimentar y construir en conjunto las herramientas necesarias para la inserción en la vida laboral.

Las sesiones que componen el taller son las siguientes:

- **Autoevaluación**

Sesión: Mi historia laboral

Sesión: Mi proyecto laboral
Sesión: Mi proyecto de vida
Sesión: Los papeles que asumimos
Sesión: Redes de participación social
Sesión: Reconociendo mis necesidades
Sesión: Eficacia en la búsqueda de empleo
Sesión: Adaptación a las exigencias del trabajo

- **Itinerario de búsqueda de empleo**

Sesión: Mi Curriculum Vitae
Sesión: Iniciar la búsqueda
Sesión: Planificar el itinerario
Sesión: la entrevista de trabajo

- **Nociones básicas de legislación laboral**

Sesión: El contrato de trabajo

En esta temática es importante brindar herramientas que permitan mitigar la vulnerabilidad con que algunas personas se enfrentan durante un proceso de selección y contratación, por falta de desconocimiento de sus derechos. Por ejemplo: el derecho a la no discriminación bajo ninguna condición social, de origen, de preferencia sexual, etc. o para el caso de las mujeres, hacer de su conocimiento que el certificado de no gravidez no debe solicitarse.

- **Prevención de Recaídas**

Sesión: Identificar situaciones de riesgo
Sesión: ¿Cuáles son mis estresores?
Sesión: Estrategias de afrontamiento

- **Evaluación Final**

Sesión: ¿Cuánto aprendimos?

Recomendamos utilizar estas sesiones de acuerdo a las necesidades del proceso terapéutico, organizando los temas y las sesiones según convenga a las necesidades de los pacientes. Tiendo la finalidad de incidir en la exploración, fortalecimiento y estructuración de los recursos que cada sujeto tenga para la búsqueda, obtención y mantenimiento de un empleo. Así como una reflexión sobre sus propios deseos de capacitación y de desarrollo en esta área.

COORDINACIÓN:

Trabajo Social.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
• Desarrolla y refuerza habilidades como toma	• Potencia el desarrollo de creación de redes sociales y de

de decisiones, solución de problemas, conocimiento y regulación de emociones, comunicación asertiva.

- Desarrolla mayor tolerancia a la frustración.
- Estimula la autonomía personal.
- Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias.
- Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado.
- Refuerza el reconocimiento social hacia el/a paciente.
- Mitiga niveles de marginación y exclusión.
- Favorece la incorporación en el trabajo no remunerado y mayor integración con la familia.
- Oportunidades de desarrollo para las mujeres.

De la mano a este recorrido nos parece muy importante intervenir también desde la capacitación y la transmisión de oficios y/o habilidades que, al mismo tiempo que resultan terapéuticas como ocupación, ejercitan procesos de conocimiento y de relación con uno mismo, construyen vínculos con otros y dan posibilidades de ingresos. Aunado a posturas críticas de las construcciones sociales del ser mujer y ser hombre, favorece que las mujeres tengan la oportunidad de desarrollarse en el espacio público y que los hombres no vean como única responsabilidad el trabajo remunerado sino también el trabajo doméstico y cuidado de la familia.

Algunas de las actividades reportadas por los diferentes Centros de Día del país son:

4.3.2 CARPINTERÍA

DIRIGIDA A:

Pacientes.



JUSTIFICACIÓN:

Una actividad como la carpintería, estimula la mente a través de complejas mediciones, visualización y la solución creativa de problemas espaciales, todo esto puede tener considerables efectos positivos para el ejercicio mental y las conexiones neuronales. Al mismo tiempo que se realiza un trabajo manual con la madera como materia prima, que al ser un elemento natural puede tener efectos terapéuticos en su manipulación. Otro elemento a destacar en esta actividad es la cuestión estética que se pone en juego en el diseño de cualquier pieza, lo que puede resultar muy estimulante y placentero para quien lo realiza y lo diseña.

OBJETIVO:

- Capacitar en el oficio de carpintería como recurso que aporte elementos para una rehabilitación y reinserción social.

METODOLOGÍA:

Se lleva a cabo de manera grupal contando con todos los elementos de seguridad y protección necesarios para el uso de las herramientas.

El coordinador explicará las nociones básicas para el uso de los instrumentos, el trabajo en la madera y estimulará el diseño y creación de piezas a partir de la inspiración personal.

Es importante supervisar constantemente el adecuado uso de los instrumentos y el material que requiere cierta manipulación con seguridad.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIAL:

Espacio amplio, madera y herramientas para el trabajo de la madera.

COORDONACIÓN:

Personal Voluntario con conocimientos de carpintería.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo psicomotor 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla y refuerza habilidades como toma de decisiones, solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza el reconocimiento social hacia el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo y control del cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla mayor tolerancia a la frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitiga niveles de marginación y exclusión
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la creación e imaginación personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede resultar una fuente de ingresos económicos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece el trabajo en equipo centrado en la tarea
	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la concentración 	

4.3.3 COCINA**DIRIGIDO A:**

Pacientes o Familiares.

**JUSTIFICACIÓN:**

Esta actividad además de resultar muy rentable desde el punto de vista económico, puede aportar muchos beneficios al integrarla al tratamiento. Recuperamos de este taller los conocimientos que el/a paciente adquiere en cuanto a la información nutricional de los alimentos, la importancia de una sana alimentación, la conservación de los alimentos para mantener los nutrientes y los impactos de los alimentos en el cuerpo como la desnutrición y obesidad. Puede ser una herramienta que estimule el autocuidado, fomentar la participación familiar en los hábitos de la alimentación, el interés por estilos de vida más saludables. Otro

elemento a destacar es que es una actividad que aporta independencia y autonomía a los y las pacientes dotándolos de recursos indispensables para gestionar su alimentación.

Entre las alternativas en la preparación de alimentos están repostería, panadería y confitería.

OBJETIVO:

- Desarrollar habilidades en la preparación y conservación de alimentos y el conocimiento de los mismos y sus nutrientes, así como de una alimentación sana.

METODOLOGÍA:

Se podrán hacer ejercicios de reflexión e intercambio de ideas sobre todos estos temas a partir de la información que cada participante tenga de ellos, mientras el coordinador aporta información que considere relevante para ello.

Será importante que los y las pacientes participen del proceso de conseguir y seleccionar los insumos para la cocina, para que puedan relacionarse con los costos, los lugares de procedencia y la importancia del cuidado y atención para la elección de los alimentos.

Durante la sesión de cocina podrán irse planteando temas de discusión, de reflexión y/o información necesaria relacionada con las aristas de esta temática. Algunos ejemplos pueden ser: a) los ingredientes y sus componentes alimenticios, c) balance adecuado de alimentos y la importancia de una sana alimentación para el cuerpo y la mente, d) la autonomía y responsabilidad de preparar mis alimentos y e) la importancia social del ritual de la comida con los otros.

Cabe destacar que tanto en la preparación como en el ritual de la comida es importante que participe la familia en las tareas para fomentar la organización, colaboración entre las y los miembros y compartir los alimentos.

Sugerimos la preparación de alimentos que aporten elementos nutricionales, que contribuyan a una alimentación balanceada, que sean de bajo costo y sencilla preparación.

TIEMPO SUGERIDO:

90 min.

MATERIAL:

Cocina e ingredientes para preparar alimentos.

COORDONACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
• Mejora los hábitos	• Desarrolla y refuerza habilidades	• Potencia el desarrollo de creación de

alimenticios.	como toma de decisiones y solución de problemas.	redes sociales y de apoyo.
<ul style="list-style-type: none"> • Coadyuva en evitar la desnutrición y obesidad entre otras enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda conocimientos nuevos que generan mayor autoconfianza y autovaloración favorable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la autonomía personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza el reconocimiento social hacia el paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> • Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitiga niveles de marginación y exclusión.
		<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta la organización y participación de las familias.

4.3.4 ESTÉTICA

DIRIGIDO A:

Pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

Esta actividad puede resultar de mucho beneficio económico para los pacientes que realmente les interese capacitarse en ella. Además que se trata de una actividad que puede ejercitar ampliamente las capacidades para relacionarse con muchas personas, tener la capacidad de observar sus estilos, sus estéticas, escuchar las necesidades que tienen y poder dar un servicio inmediato al aspecto exterior de las personas. Todo esto puede resultar muy gratificante en el contacto social, así como puede exigir mucho del paciente, ya que además trabaja su concentración sus habilidades motoras y sus habilidades de comunicación.

OBJETIVO:

- Capacitar en el oficio de estética como recurso que aporte elementos para una rehabilitación y reinserción social favorable.

METODOLOGÍA:

El coordinador/a puede explorar los intereses del grupo en cuanto al aprendizaje de corte de cabello, teñido de cabello, maquillaje, arreglo de uñas, etc. Para poder conocer cuáles son las actividades que más interesan a sus participantes, conocer los recursos materiales con los que cuentan para realizar la actividad y a partir de esto proceder a mostrarles las técnicas.

Se puede invitar a los familiares y/o gente de la comunidad, para que sean quienes sirvan de modelos. Asimismo se puede incentivar a los/as pacientes a que vayan adquiriendo el material que necesiten y puedan realizar esta actividad de manera autónoma.

Cabe señalar que, socialmente esta actividad goza del reconocimiento para mujeres y hombres, por lo que con base a los criterios clínicos esta actividad puede beneficiar a las y los pacientes sin distinción de su sexo.

Cabe reflexionar que, trabajar en la mejora de la imagen de los otros, también puede aportar elementos para el arreglo personal y así influir en imagen propia y contribuir a fortalecer valoraciones propias también.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIAL:

Salón, espejo, sillas, tijeras de cabello, peines, rociador de agua, secador de pelo y herramientas para el teñido y peinado del cabello. Se puede incluir herramientas para el arreglo de uñas, así como maquillaje.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla y refuerza habilidades como toma de decisiones, solución de problemas y comunicación asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potencia el desarrollo de creación de redes sociales y de apoyo.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla mayor tolerancia a la frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado.
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la autonomía personal y fortalece su estima propia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza el reconocimiento social.
<ul style="list-style-type: none"> • Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitiga niveles de marginación y exclusión.
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la creatividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla habilidades de comunicación
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la autoimagen, autoconcepto y autoestima. 	

4.3.5 JARDINERÍA

DIRIGIDO A:

Pacientes.



JUSTIFICACIÓN:

El trabajo con plantas puede resultar muy terapéutico, ya que se trata de seres vivos que necesitan del cuidado del otro y de condiciones apropiadas a su medio para sobrevivir. Puede resultar muy enriquecedor sensibilizar a las y los pacientes sobre la importancia de un cuidado diario para el crecimiento y para la vida. Asimismo puede aportar efectos gratificantes al darse cuenta que tienen la capacidad para brindar cuidados y que pueden aportar vida a otro ser vivo, al mismo tiempo que necesitan de él para vivir también.

OBJETIVO:

- Aportar efectos terapéuticos en los pacientes a través del cuidado de plantas y trabajo de la siembra.
- Reflexionar sobre la ética del cuidado y el fomento del autocuidado de la salud en las y los pacientes.

METODOLOGÍA:

Ubicar un espacio donde pueda instalarse un jardín del que se apropiarán las y los pacientes. Será necesario que cumpla las condiciones de aire y luz adecuadas. Si no se cuenta con un espacio abierto con tierra para sembrar podrán conseguirse macetas.

Se les puede agrupar por parejas para que cada uno de la pareja sea responsable del cuidado de una planta. Se les concientizará sobre la responsabilidad de conocer sus características, conocer sus necesidades de tierra, agua y luz y responsabilizarse para brindar estos elementos.

Se puede sugerir hacer cronogramas para coordinar las responsabilidades para cada miembro de la pareja para que las realicen de manera autónoma y también programar sesiones con todo el grupo para que haya un momento grupal alrededor de esta actividad.

En las sesiones grupales se puede abrir un espacio para que los participantes expresen cómo ha sido la experiencia del cuidado de un ser vivo, cómo se han sentido, cómo ha sido la organización con su compañero/a y qué aportaciones tienen para seguir construyendo el jardín juntos.

El tema de la jardinería implica la cuestión de la ética del cuidado. La jardinería se dirige al cuidado del otro, en este caso un ser vivo, que depende en mucho de condiciones climáticas y de proveerle lo necesario para su desarrollo. El cuidado del otro es un tema que socialmente se había asignado a las mujeres, por lo que priorizan el cuidado de la familia y postergan su atención, siendo necesario que las mujeres reflexionen y se miren a sí mismas para destinar acciones para su propio cuidado. En el caso de los hombres, de manera general, su cuerpo había sido visto como una maquinaria que “aguanta”, por lo que muchos de ellos no se dan la oportunidad de sentirse enfermos o de tener actitudes de cuidados hacia ellos mismos, por asociarlo a la homosexualidad o a una actitud poco viril. De ahí que sea importante que también ellos se hagan responsables de su autocuidado y se sientan libres de participar también del cuidado de los otros.

Otra alternativa a esta actividad puede ser el cultivo de vegetales y hortalizas (huertos familiares, en casa, urbanos, orgánicos y ecológicos).

TIEMPO SUGERIDO:

30 min.

MATERIAL:

Espacio abierto, plantas, arena, macetas y/o espacio para sembrar, palas, regaderas y rastrillos.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo psicomotor	<ul style="list-style-type: none">• Desarrolla y refuerza habilidades como toma de decisiones, solución de problemas, conocimiento y regulación de emociones, comunicación asertiva.• Desarrolla mayor tolerancia a la frustración.	<ul style="list-style-type: none">• Potencia el desarrollo de creación de redes sociales y de apoyo.• Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado.
	<ul style="list-style-type: none">• Estimula la autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none">• Refuerza el reconocimiento social hacia el paciente.
	<ul style="list-style-type: none">• Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias.	<ul style="list-style-type: none">• Mitiga niveles de marginación y exclusión.
	<ul style="list-style-type: none">• Favorece la disminución de ansiedad	<ul style="list-style-type: none">• Fortalece la responsabilidad del cuidado y autocuidado de la salud.
	<ul style="list-style-type: none">• Favorece la concentración	<ul style="list-style-type: none">•
	<ul style="list-style-type: none">• Propicia momentos de disfrute	<ul style="list-style-type: none">•

4.3.6 TEJIDO

DIRIGIDO A:

Pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

Como otro tipo de actividades manuales, el tejido repercute positivamente en el plano psicológico, ya que estimula la imaginación y la creatividad; sentir a través de las manos la textura de la lana o los materiales suaves produce una sensación grata que influye directamente en la relajación de quien lo realiza. Además, la satisfacción y confianza que derivan del trabajo personal involucrado en un proceso de creación propia son de gran beneficio.

La experiencia de tejer en grupo si se encuadra desde el plano social, podemos observarlo como un entrelazamiento, una unión que se convierte en una trama irrompible que puede proteger, sostener, arropar, abrigar y contener. Este es justamente el sentido del tejido en grupo: que cada persona de vida a su propia creación y, mientras crea establece lazos sociales sólidos e integradores con otros participantes. (Club de tejedoras Santa Claridad, 2009).

El tejer es un tema que invita a reflexionar sobre los vínculos y nudos de una red. Las redes de apoyo social se entretejen con la finalidad de apoyar y sostener relaciones favorables.

OBJETIVO:

- Conformar un espacio de creación a través del tejido y de la convivencia con el grupo para destacar la importancia de entretejer redes de apoyo social.

METODOLOGÍA:

En un encuentro grupal se les puede mostrar a los participantes las formas y posibilidades que existen en el tejido para que ellos puedan elegir o diseñar la pieza (formas y colores) que deseen lograr. A partir de ahí a cada participante se le indicará el tipo de punto que realizará y se le irá dando seguimiento en cada reunión.

Conviene tener una actitud de motivación para cada participante y se pueden incluir temáticas diferentes (se puede hacer uso del tema de la semana) en cada reunión para intercambiar opiniones, reflexionar y realizar intercambio de ideas mientras se realiza el tejido.

TIEMPO SUGERIDO:

50 min.

MATERIAL:

Salón o espacio al aire libre, sillas, agujas de tejer y estambre.

COORDINACIÓN:

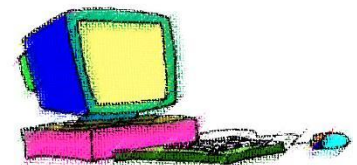
Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de la psicomotricidad fina. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrolla y refuerza habilidades como toma de decisiones, solución de problemas, conocimiento y regulación de emociones, comunicación asertiva. Desarrolla mayor tolerancia a la frustración. Estimula la autonomía personal. Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias. Favorece la creatividad. Favorece la concentración. 	<ul style="list-style-type: none"> Potencia el desarrollo de creación de redes sociales y de apoyo. Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado. Refuerza el reconocimiento social hacia el paciente. Mitiga niveles de marginación y exclusión.

4.3.7 CÓMPUTO**DIRIGIDO A:**

Pacientes.

**JUSTIFICACIÓN:**

Considerando el elemento tecnológico como uno de los sellos de nuestra época, conocer el uso adecuado de los sistemas de cómputo se vuelve indispensable, por lo menos a un nivel básico. Se trata de una habilidad imprescindible para una gran mayoría de empleos, desarrollos laborales o incluso para integrarse a redes sociales con características de vinculación de muy diversa índole.

Poder fortalecer este tipo de habilidades y conocimientos refuerza actitudes de autoconfianza, con una mejor valoración propia y con mayores posibilidades de establecer vínculos y sentirse más contextualizados con el elemento virtual de la época.

Es importante tener en cuenta que existe una brecha generacional en lo que se refiere a la comunicación digital. Las nuevas generaciones utilizan este elemento tecnológico de manera mucho más frecuente; mientras que las generaciones atrás, hay una gran mayoría, que puede no estar tan familiarizada con él. También puede ocurrir el encontrar que algunas mujeres estén rezagadas de la tecnología, por lo que es importante impulsar esta actividad en ambos sexos y para todas las edades tomando en cuenta las habilidades personales.

OBJETIVO:

- Brindar herramientas teóricas y prácticas para el uso de una computadora y de internet.

METODOLOGÍA:

A través de la práctica en el manejo de una computadora y de internet, se propone ir dotando de herramientas que estimulen la vinculación con redes que puedan colaborar con la rehabilitación y la reinserción social del paciente (a nivel psicosocial, reeducativa-formativa, laboral- ocupacional, lúdica-cultural o física-deportiva).

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIAL:

Centro de cómputo con conexión a internet.

COORDONACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Desarrolla y refuerza habilidades como toma de decisiones, solución de problemas, conocimiento y regulación de emociones, comunicación asertiva.	<ul style="list-style-type: none">• Potencia el desarrollo de creación de redes sociales y de apoyo.
<ul style="list-style-type: none">• Desarrolla mayor tolerancia a la frustración.	<ul style="list-style-type: none">• Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado.
<ul style="list-style-type: none">• Estimula la autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none">• Refuerza el reconocimiento social hacia el paciente.
<ul style="list-style-type: none">• Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias.	<ul style="list-style-type: none">• Mitiga niveles de marginación y exclusión.

4.3.8 IDIOMAS



DIRGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

El aprendizaje de nuevos idiomas es una herramienta de gran trascendencia para mejoras a nivel neurológico, cognitivo, afectivo y social. Cuando se trata del lenguaje estamos hablando de la actividad humana por excelencia, por lo que habilitar la posibilidad de comunicarse en otros idiomas, acceder a otra información y reflexionar la estructura de la propia lengua, gracias al conocimiento de una nueva, son estrategias que sin duda tienen un impacto benéfico para el sujeto. Además, se trata de un recurso altamente valorado por los espacios laborales y académicos, que dan un mayor reconocimiento a quienes pueden comunicarse en otro idioma además de la lengua materna.

Entre los idiomas se incluyen los de origen nacional y extranjero.

OBJETIVO:

- Capacitar en el aprendizaje de otro idioma reforzando habilidades para la abstinencia, la rehabilitación y reinserción social.

METODOLOGÍA:

Será necesario evaluar los recursos humanos con los que se cuenta para decidir el idioma que se implementará o revisar las inquietudes e intereses de los pacientes respecto a los idiomas que les interesaría aprender.

La metodología de esta actividad dependerá de la planeación hecha para el idioma seleccionado, el nivel del grupo y los objetivos que se pretenden alcanzar en un periodo de tiempo determinado.

TIEMPO SUGERIDO:

60 Min. una vez por semana.

MATERIAL:

Salón con sillas y pizarrón. Material didáctico del idioma que se imparta.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
• Reforzamiento de habilidades cognitivas.	• Desarrolla y refuerza habilidades como solución de problemas. • Ejercita proceso de comunicación y	• Potencia habilidades sociales y de comunicación. • Refuerza el reconocimiento social

expresión.	hacia el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Brinda conocimientos nuevos que generan mayor autoconfianza. • Estimula la autonomía personal y una mejor valoración propia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera ingresos económicos al encontrar un trabajo remunerado. • Otorga cualificaciones académicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Genera una actitud de compromiso con la obtención de las metas propias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitiga niveles de marginación y exclusión. • Establecimiento de vínculos

4.4 ÁREA LÚDICA-CULTURAL

Las actividades relacionadas con el arte y la cultura tienen una característica particular para su implementación terapéutica y es que son universales, es decir, realizadas ya sea de forma individual o grupal, pueden ser utilizadas con personas de todas las edades, diferentes orígenes, con diversas problemáticas sociales, físicas o emocionales.

En el caso específico de la problemática adictiva nos encontramos con una situación compleja, multicausal y que afecta diversas áreas de la persona. Esta manera de ubicar la problemática obliga a pensar estrategias de intervención y tratamiento también abarcados por la complejidad, integrando múltiples disciplinas de manera coherente y con un sentido terapéutico que pueda lograr transformaciones en diversas áreas del sujeto, considerando su dimensión bio-psico-social.

Ubicamos este tipo de actividades como aquellas que guardan una forma de expresión permeada por un lenguaje artístico, caracterizada por códigos flexibles que responden a lógicas internas y que permiten recrear y resignificar cuestiones que aluden al sujeto creador; son actividades que, además, guardan un mensaje estético, están íntimamente ligadas al acto de la creación y su índole terapéutica se organiza a partir de que posibilitan una subjetividad particular que pueda instituirse en el mundo. (Zellis y Yompart, 2006).



Desde esta postura consideramos las actividades, relacionadas con el arte y la cultura, como medios de apoyo en el tratamiento de las adicciones y como espacios que ayudan a la rehabilitación del paciente brindándole la posibilidad de crear, ensayar nuevas formas de expresión, representar sus conflictos desde las lógicas creativas que el arte permite y encontrar nuevas posibilidades de ser.

Las diferentes actividades artísticas como la música, pintura, danza, escultura, literatura, teatro, dibujo favorecen y estimulan, el desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa; ayudan a mantener y mejorar la atención, la concentración, las operaciones mentales, la memoria, la observación, la iniciativa, la voluntad y la autoconfianza. En el área socioemocional pueden favorecer también la aceptación de sí mismo con sus posibilidades y límites, mejorar sus habilidades de comunicación, potenciar la autonomía, propician la cohesión grupal, ayudan a interactuar y facilitan la inclusión social.

Las actividades relacionadas con el arte y/o la cultura tienen una larga trayectoria como herramientas de intervención terapéutica. Sin embargo el uso y la finalidad que se ha hecho de esta herramienta no es homogénea y ha estado sujeta a diversas metodologías, fundamentos teóricos y así se van integrando a la clínica desde muy diversas perspectivas. Frigato y Col. (2011) distinguen, por lo menos, cuatro usos diferentes que se le ha dado al arte en las instituciones psiquiátricas y los centros de atención psicoterapéutica:

1. El arte como entretenimiento, es decir, el fin es una mera ocupación para el paciente sin que necesariamente implique algún sentido para él.

2. Talleres artísticos basados en los fines terapéuticos que guardan en sí mismas estas actividades. La propuesta aquí es el arte como un medio para alcanzar fines individuales de orden psicoterapéuticos, ya sea para elaborar un diagnóstico o como intervención en el tratamiento.
3. La actividad artística como elemento que favorece la creación de lazo social en el paciente. Aquí se orientan las actividades hacia procesos más grupales y colectivos.
4. El arte como resistencia o lucha social enfocada a transformar prácticas e interpelar el *status quo* del mundo “psi”.

Esta clasificación en la práctica se complejiza ya que se impregna de las ideologías que estén en sus fundamentos, los referentes teóricos que las sostengan, los marcos institucionales en donde se implementen, las características particulares del terapeuta que las aplique, los pacientes que participen, etc.

Es menester que el terapeuta que dirija las sesiones artísticas se preocupe por la técnica en cuestión a transmitir, pero es más importante que pueda permitirse que el arte lo atraviese convirtiendo su trabajo en un proceso de creación en acto, que se vaya recreando junto con los pacientes y la técnica misma. Que permita a la técnica emerger en el momento específico de la creación.

Y cuando hablamos de proceso artístico, no sólo nos referimos a la técnica sino también al elemento artesanal que guarda el acto clínico, dar lugar a la creación en conjunto, elaborar, cuidar, catalizar las posibles transformaciones subjetivas y grupales que la técnica, el material, en suma la creación con otros puede originar.

Hablando desde la perspectiva terapéutica, los dispositivos creativos artísticos y culturales funcionan ayudando a facilitar la tramitación del sufrimiento, a elaborarlo de manera dialógica entre el grupo y la actividad.

Las posibilidades que alberga el arte y las actividades culturales pueden ser infinitas, desde posibilidades internas que en cada sujeto pueden armarse de manera particular, como de manera externa, creando formas de socialización, facilitando la creación de vínculos, la transformación dentro de procesos grupales y sociales. Posibilita nuevas formas de comunicación y expresión distintas a las que se generarían por otros medios.

Cabe señalar que el uso de las actividades artísticas y culturales en sí mismas no necesariamente provoca un efecto terapéutico o facilitan la reinserción social, esto será labor del terapeuta o coordinador/a. Se propone un compromiso ético y estético en busca de parámetros que orienten y den sentido a las prácticas y actividades que se realicen.

Para hacer referencia a las actividades lúdicas, retomaremos el concepto de tiempo de ocio o tiempo de esparcimiento, Frigato y Col. (2011) lo describe como el “tiempo para sí”, como aquel tiempo en el que cada cual personaliza una serie de actividades practicándolas según sus necesidades, sus deseos, sus motivaciones, sus intenciones y sus decisiones. Poniendo en juego todos los recursos singulares y llegando así a la satisfacción y a la expansión personal, posibilitando una transformación de sí mismo y de las cosas.

Seguendo a Corbeña (1997), el *ocio terapéutico* sería definido por el uso de actividades recreativas para producir un efecto terapéutico en las esferas social, física, emocional y cognitiva, de individuos que tienen necesidades especiales. El autor plantea, para que una actividad de ocio cumpla un objetivo terapéutico deberá cumplir las siguientes condiciones:

- ❖ Voluntariedad (el individuo la elige libremente).
- ❖ Capacidad para:
 - Producir una vivencia placentera, creativa, constructiva y recuperadora.
 - Potenciar el desarrollo de la autonomía.
 - Desarrollar una actitud positiva hacia la vida.

Desde esta perspectiva, el ocio cumple las siguientes funciones:

- Fomentar el desarrollo de la autonomía, la capacidad de decidir y elegir.
- Desarrollar las habilidades sociales y ayudar a madurar a la persona.
- Fomentar la creatividad, la apertura hacia nuevos intereses y actividades permitiendo desarrollar capacidades que no son usadas de forma cotidiana.
- Despertar la capacidad de disfrute lúdico.
- Favorecer la recuperación de la autoestima y la seguridad en uno mismo.
- Facilitar la inclusión y la integración social de las personas con carencias en este campo.
- Ayudar al establecimiento del intercambio y el contacto humano (ocio compartido), potenciando no sólo los aspectos individuales sino también los sociales y relacionales.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.

OBJETIVO:

- Coadyuvar a los procesos de rehabilitación y reinserción social de las y los pacientes por medio de acciones relacionadas con el arte, la cultura y actividades lúdicas, dando un nuevo sentido al uso del tiempo libre y al espacio de ocio.

4.4.1 EXPRESIÓN ARTÍSTICA



DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Existen muchas clases de expresión, lo que concebimos como expresión artística es la respuesta a la necesidad de comunicar una sensación, idea, emoción, afecto o concepto con herramientas creativas.

Actividades donde se ejerciten medios alternativos para comunicar ideas y emociones son indispensables para poder integrar un plan de rehabilitación y reinserción social que acompañe al tratamiento, ya que se trata de brindar otro tipo de posibilidades para los pacientes, para que desde terrenos más lúdicos, estéticos y creativos puedan servirse de recursos diferentes a los del lenguaje hablado para poder elaborar alguna idea o emoción.

OBJETIVO:

- Expresión y manifestación de estados emocionales a través de recursos artísticos.

METODOLOGÍA:

Desde este espacio puede trabajarse con distintas técnicas según los recursos materiales y creativos de quienes participan y coordinan. Se puede hacer uso de herramientas como pintura, dibujo, fotografía, escultura, cine, teatro, danza, *performance*, arte digital, literatura y el arte en todas sus formas, sirviéndose de éste como medio para expresar el mundo interno de quien las utiliza.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIALES:

Pinturas, pinceles, crayolas, resistol, papeles de diferentes texturas, objetos para reciclar, tijeras, bisutería, manta, tela, plástico, barro o lodo, plastilina, palillos, lápices, carboncillos, reglas, recipientes, batas, hilos, tablas, bastidor, etc.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de la motricidad gruesa y fina.	<ul style="list-style-type: none">• Posibilidades para identificar sensaciones, emociones y poder expresarlas.	<ul style="list-style-type: none">• Integración y reconocimiento social.
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo del hemisferio derecho del cerebro.	<ul style="list-style-type: none">• Estimulación de actitudes creativas y lúdicas.	<ul style="list-style-type: none">• Fomenta la vinculación con otros desde espacios de creación.
	<ul style="list-style-type: none">• Estimula la imaginación y relajación por medio de la ocupación en actividades que resulten placenteras.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece el trabajo grupal

-
- Estimula la concentración.
 - Favorece la autoestima y seguridad.
 - Descubrimiento de sí mismo/a y de sus habilidades, capacidades y limitaciones.
 - Favorece la autonomía y toma de decisiones.
 - Favorece la comunicación verbal y corporal.
-
- Fomenta la cohesión social

4.4.2 MANUALIDADES

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN:

Esta actividad pretende incluir a los pacientes en diversas prácticas relacionadas con el mundo estético y creativo, mediante la elaboración de diferentes productos de ornata, de uso doméstico, artesanías en general que puedan usar ellos mismos, regalar o incluso vender para poder obtener un ingreso económico de esta actividad.

La finalidad es que los pacientes puedan explorar sus habilidades de expresión con el mayor número de medios posibles, propiciando procesos creativos y afinando habilidades motoras que permitan tener mejores estrategias para la tolerancia a la frustración, manejo de estrés, disminución de ansiedad, etc.

OBJETIVO:

- Desarrollar habilidades creativas para la realización de diferentes productos coadyuvando al desarrollo de estrategias para el manejo de dificultades que puedan ser factores de riesgo para una recaída.

METODOLOGÍA:

Bajo la modalidad de un taller, se propone diseñar actividades donde, a través de la observación y el ejercicio de técnicas manuales, se propicie el despliegue de la imaginación de los participantes haciendo uso de diferentes herramientas donde se pongan en práctica diferentes destrezas de los pacientes.

Se sugiere también, que se ponga atención en el valor hecho por uno mismo, favoreciendo el descubrimiento de capacidades propias a través de un espacio donde se pueda trabajar de manera cómoda, relajada y con actividades de fácil realización.

Algunas de las técnicas que se proponen son las siguientes:

- Elaboración de portarretratos con foami
- Elaboración de separadores de lectura con semillas
- Elaboración de tarjetas de papel corrugado con filigrana
- Portarretratos con colores de madera
- Bordado
- Origami

TIEMPO SUGERIDO:

90 min.

MATERIALES:

Diversos materiales según la técnica.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de habilidades motoras finas. 	<ul style="list-style-type: none"> Contribuya a mejorar la atención y la concentración. Fortalece el autoconcepto de los participantes y sus valoraciones propias. Estimula la creatividad y la autonomía. Desarrolla destrezas personales y únicas en las personas. 	<ul style="list-style-type: none"> Genera actitudes de reconocimiento entre los participantes y de la comunidad hacia ellos. Genera un espacio de creatividad y relajación donde se pueden construir vínculos diferentes.

4.4.3 PINTURA**DIRIGIDO A:**

Pacientes

**JUSTIFICACIÓN:**

La pintura es una técnica artística para representar, en un lienzo o superficie, cualquier objeto real o imaginario por medio del dibujo y el color. Se vale de los conceptos de la teoría del color para la creación de dimensiones, formas y la expresión de una gran diversidad de emociones.

El acto de pintar puede ser muy valioso como recurso para la rehabilitación ya que cuando, mediante el color, se van creando formas e imágenes y ocurre una transformación, porque el cuadro contiene en sí un lenguaje y se va creando una historia. El proceso creativo es un facilitador de la expresión oral, emocional, cognitiva que permite dar voz al malestar interno más allá de las palabras.

También es un recurso para hacer contacto con el disfrute y la alegría ya que como técnica artística estimula procesos estéticos de creación que pueden resultar placenteros tanto para el creador como para el espectador.

Destacamos además, que la pintura ayuda a trabajar las capacidades de concentración, paciencia, perseverancia, disciplina y creatividad.

OBJETIVO:

- Coadyuvar al trabajo del manejo y expresión de emociones a través de diversas técnicas de pintura.

METODOLOGÍA:

Se propone que se elijan diversas técnicas para que los participantes puedan conocerlas y tomar contacto con las herramientas que involucran la técnica de la pintura. Se recomienda también sensibilizar a los participantes conociendo la vida y obra de pintores relevantes con los que puedan identificarse y apreciar la técnica como un arte para una profunda expresión emotiva.

Recomendamos que se fomente un espacio propicio para fomentar procesos creativos, donde pueda trabajarse en silencio con uno mismo y al mismo tiempo de manera grupal. Donde se incentive a los participantes a que ensayen técnicas creativas, que encuentre cada uno el material, los colores y formas con las que realmente pueda establecer un contacto interno.

TIEMPO SUGERIDO:

90 min.

MATERIALES:

Materiales diversos de acuerdo a la actividad.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades motoras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la expresión emotiva y episodios de imaginación y creatividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento social.
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercita habilidades espaciales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rompe con algunos conflictos emocionales dando recursos creativos para su elaboración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera un espacio de creatividad y relajación donde se pueden construir vínculos diferentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la aceptación propia y una mejor valoración de sí. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye niveles de estrés y ansiedad. • Estimula la memoria sensorial, la atención y la concentración. 	

4.4.4 PSICODANZA

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN:

Psicodanza es una técnica que sirve como forma de canalizar las emociones. Su aplicación se basa en la idea de que el cuerpo y la mente son inseparables, por lo que el movimiento refleja estados emocionales internos que pueden, por medio de movimientos, ser tratados para lograr una salud integral.

De acuerdo a Cordero (2012) este tipo de técnicas relacionadas con la danza y el cuerpo y aplicadas a un espacio terapéutico, funcionan en personas que tienen problemas físicos, sociales, emocionales o cognitivos y buscan estimular en los participantes la conciencia de la forma en que sus sentimientos pueden afectar sus músculos, su postura y sus movimientos en general. Al desarrollar esto, se vuelven cada vez más capaces de expresar sin palabras y por medio del movimiento sus sentimientos íntimos.

Según la Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (DMT) lo que se busca en este tipo de actividades es favorecer procesos de integración emocional, cognitiva, física y social. Lo que la convierte en una actividad idónea para la integración del tratamiento y de la rehabilitación y reinserción social. (Cordero, 2012).

Cabe mencionar que en el Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) de Buenos Aires se incorporó la DMT hace un año como parte de la rehabilitación en casos tan diversos como: lesión cerebral por traumatismo o por ACV, afasia adquirida, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Parkinson, retraso madurativo y dificultades intelectuales en adultos, estado de mínima conciencia, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención y esquizofrenia.

OBJETIVO:

- Incidir en procesos de integración física, emocional y social a través del conocimiento del cuerpo y sus posibilidades de movimiento.

METODOLOGÍA:

Se propone que la experiencia de esta actividad sea siempre grupal e invitando al trabajo personal de explorar los propios recursos corporales. Se puede trabajar ubicando categorías o temáticas específicas que enmarquen diferentes sesiones por ejemplo: Sexualidad, Afectividad, Imagen, Conflicto. Otra opción puede ser trabajar con el tema de la semana.

Es importante que todas las sesiones se inicien con un calentamiento físico que ubique a los participantes en la actividad, para hacer contacto con su cuerpo y su estado de ánimo. Además es importante que ubiquen el espacio general y el espacio en relación con los otros que también están ahí.

Al finalizar las actividades será necesario realizar una relajación en donde puedan integrar algo de lo experimentado durante los ejercicios.

TIEMPO SUGERIDO:

90 min.

MATERIALES:

Un salón suficientemente amplio, reproductor de música y música variada.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Fortalece habilidades motoras, de orientación y coordinación. Fortalece y flexibiliza el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Promueve mejoras en las áreas de atención, concentración, control de impulsos y motivación. Brinda estrategias cognitivas para la resolución de problemas. Facilita la expresión Regula estados de ánimo, mejora el humor y permite desarrollar mecanismos de adaptación a situaciones nuevas. Reduce sensaciones de estrés y ansiedad. Ocurren cambios favorables en la autoestima e imagen corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Potencia habilidades sociales y la identificación del afecto hacia otros. Fomenta habilidades de comunicación más óptimas. Concientiza sobre la expresión corporal hacia los otros y de los otros hacia uno mismo. Puede crearse una red de contención y adaptación.

4.4.5 TEATRO**DIRIGIDO A:**

Pacientes

**JUSTIFICACIÓN:**

El término “actuar”, significa poner en acto, es decir, poner en acción. Por lo tanto, el teatro es un ejercicio activo y experimental. La posibilidad de accionar permite que el paciente sea el protagonista de su tratamiento, ocupando un rol activo y comprometido con el mismo. A través de poner en acto (de manera lúdica), el paciente puede reconocer, explorar y transformar sus conductas, como así también, fortalecer la autoestima y la confianza en sí mismo.

El teatro, con sus recursos escénicos, es un espacio donde los participantes pueden ser libres para desarrollar su creatividad sin competencias, bases estereotipadas, ni juicios. Es por eso que el teatro en sí mismo, se considera terapéutico, pues permite sentir desde ángulos diferentes al que se está normalmente, provocando que se genere una acción de muy diversa índole a la conocida.

Dentro del amplio marco que engloba el teatro y sus diferentes técnicas, podemos resaltar la improvisación como una herramienta que ayuda a estimular la creatividad, generar ideas, tomar decisiones, poder hacer

algo frente a lo inesperado, usar el error como recurso, crear y contar historias; perder el miedo a hablar en público; desahogarse y además divertirse.

OBJETIVO:

- Facilitar recursos de las artes escénicas para coadyuvar a los pacientes a explorar su mundo interno y sus recursos afectivos y sociales.

METODOLOGÍA:

Se realizará la sesión en tres tiempos:

- 1) **Calentamiento:** Es el momento inicial que sirve para poner el cuerpo en movimiento, ejercitarlo, movilizar articulaciones, ponerlo en movimiento, ejercitar la voz y reconocer los espacios.
- 2) **Ejercicio teatral:** La técnica propiamente que se elija.
- 3) **Relajación y Cierre:** En este momento se buscará la relajación del cuerpo y la mente, invitando a la calma interior para finalizar con una breve ronda abierta donde puedan comentar lo experimentado en la clase.

TIEMPO SUGERIDO:

120 min.

MATERIALES:

Un salón que pueda acondicionarse a manera de escenario con un espacio para espectadores. Material diverso que se requiera para llevar a cabo los ejercicios.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Mejora del control corporal.	<ul style="list-style-type: none">• Brinda recursos expresivos.• Fortalece el concepto y la valoración de sí mismo.• Desarrolla habilidades de concentración, atención, agilidad mental.• Mejora la dicción y la lectura.• Ayuda a conocerse a uno mismo y experimentar emociones y afectos.	<ul style="list-style-type: none">• Genera espacios de ocio y recreación saludables.• Fortalece los lazos sociales entre sus integrantes.• Se ejercita la escucha y la observación de los otros.• Fomenta el trabajo en equipo.• Mejora procesos de comunicación.

4.4.6 MUSICOSOPHIA⁵

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Siguiendo la experiencia del CIJ Benito Juárez, podemos definir esta actividad como un método de escucha de la música clásica, orientado a la comprensión de la música en su plenitud. Es una técnica de meditación activa que nos aproxima a la vivencia real de un presente, enfocando la mente en el aquí y en el ahora, vibrando y sintiendo los acordes musicales como propios.



El creador de este método es George Balan, musicólogo rumano, que dirige la Escuela Internacional para el Arte de la Escucha Musical Consciente, en un pueblo de la Selva Negra alemana llamado Sankt Peter. Este método de aproximación a la música ha recorrido desde 1979 un amplio y completo itinerario a través de Europa Occidental y América, desentrañando cada pieza musical y haciéndola propia en un sentir presencial y vivencial que nos aproxima a nuestra auténtica esencia.

Entre los beneficios reportados en el trabajo con pacientes con algunas enfermedades neurológicas han sido cierta disminución de la ansiedad, duración y efectividad del sueño, concentración y coordinación motora.

Podemos decir que la musicosophia integra elementos terapéuticos vinculándolos con recursos musicales que promueven la amplitud en la conciencia personal, estados de equilibrio interno y el desarrollo personal.

OBJETIVO:

- Promover y/o fortalecer la habilidad de escucha consiente, agilizar su memoria, además de reducir la tensión y coadyuvar en el control de emociones y conductas impulsivas.

METODOLOGÍA:

La Musicosophia es una intervención para lograr resultados individualizados dentro de una relación terapéutica. Esta propuesta práctica de intervención es susceptible de ser acomodada a diferentes ámbitos teóricos y campos de intervención, siendo uno de ellos la drogadicción.

En esta ocasión se trabajara como parte de la rehabilitación de los pacientes consumidores de drogas, con la finalidad de potencializar habilidades sociales y manejo de emociones a través de una serie de actividades que se irán desarrollando durante 10 sesiones, trabajando el proceso de la escucha consiente, al tiempo que se acompaña del movimiento corporal y de la voz mediante el tarareo. Una escucha que significa prestar atención a lo que se oye, y para ello ha de implicar la intención, la voluntad.

⁵ Agradecemos al CIJ Benito Juárez que colaboró con la información de esta actividad.

A través de la escucha repetitiva los sonidos se revelan como un idioma sin palabras, capaces de mostrar nuestras aptitudes musicales y posibilidades creativas, para llegar a sentir la vibración interior de cada tono, de cada nota musical en un estado consciente de presencia.

EJEMPLOS DE SESIONES:

1ª Sesión: se realiza un encuadre de trabajo e introducción a la música.

2ª. Sesión: se realiza la escucha con los ojos cerrados para que nuestra atención se focalice en la música. 3ª. Sesión: En ese primer acercamiento podremos expresar y evocar las sensaciones y sentimientos que nos despierta la música.

4ª. Y 5ª. Sesión: se hará un análisis más concienzudo, para poder descubrir su estructura, como un organismo vivo y latente. Apoyándonos del movimiento de nuestros brazos, ascensos, descensos, cambios bruscos, zigzags, etc.

6ª. Sesión: nos apoyamos de la imaginación con los cuales pintaremos en el aire con pinceles invisibles los vaivenes de las notas.

7ª. Sesión: se anotaran en hojas de papel bond los movimientos, mediante dibujos simples haremos montañas y valles, sinuosas serpientes y profundas simas.

8ª. Sesión: nos apoyaremos del uso del color, y con acuarelas plasmaran nuevamente movimientos y dibujos que les transmita la música que están escuchando.

9ª. Sesión: será libre, solo se les proporcionaran hojas y lápices y ellos representaran sus emociones en relación con la música.

10ª. Sesión: llevaremos a cabo la escucha consciente, dinámica, la meditación interior, en el aquí y en el ahora haciendo usos del movimiento de los brazos, con el oído interno abierto a los ritmos cambiantes, llevándolos a fluir y vibrar con las notas, y logrando que puedan expresar lo que representa la música, acercándolos a su interior.

Al final se hace un silencio de 5 minutos y se les pide que posteriormente expresen de manera individual lo vivido a lo largo del taller. La enseñanza se basa en obras maestras seleccionadas: desde el canto gregoriano a los autores modernos pasando por Bach, Mozart, Beethoven y numerosos compositores occidentales.

TIEMPO SUGERIDO:

50 min.

MATERIALES:

Música clásica, rotafolios, plumones, pinceles acuarelas, hojas lápices, reproductor de música.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Ejercita ambos hemisferios cerebrales.	<ul style="list-style-type: none">Fomenta el ejercicio de diálogo interno.	<ul style="list-style-type: none">Promueve la integración grupal de manera lúdica y creativa.

<ul style="list-style-type: none"> Relaja los músculos del cuerpo y mejora la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilita recursos para la expresión de emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercita y desarrolla habilidades sociales.
<ul style="list-style-type: none"> Se trabajan habilidades motoras. 	<ul style="list-style-type: none"> Canaliza la búsqueda de nuevas sensaciones de manera saludable y lúdica. Mejora la memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Fomenta la escucha y el diálogo. Se practica una actividad de ocio saludable.
	<ul style="list-style-type: none"> Disminuyen estados de estrés y ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye comportamientos agresivos y violentos.

4.4.7 PASEOS CULTURALES Y RECREATIVOS

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Lamentablemente el contexto de la recreación y el ocio ha estado cargado de ciertas concepciones que lo pueden volver un concepto nebuloso, incierto, el territorio donde habitan los improductivos, desocupados y artistas, entendidos estos a su vez como seres que la sociedad los asume como irremediamente necesarios pero absolutamente irresponsables y no aptos para enfrentar las tareas serias de construcción política, social y económica (Rico, 2002). En estos grupos podemos encontrar que también se encuentran las personas consumidoras, ya que una parte del imaginario social de las adicciones tiene que ver con la idea de que el consumidor es una persona “ociosa”, por lo tanto excluida de la vida productiva y social.

De acuerdo a Mesa (en Artazcoz, 2002) la recreación la entendemos como una práctica social e histórica, que se lleva a cabo especialmente en el tiempo libre de las personas, ya sean personas jóvenes, adultas, niños y niñas/ o ancianos/as. Aunque no es algo privativo del tiempo libre, esta práctica también se manifiesta en los diversos ámbitos de la vida social tales como el trabajo, la familia, la escuela, el barrio, el club, el grupo de amistades.

Las prácticas recreativas, presentes a lo largo de la historia de la humanidad, se consideran también objeto tanto de transformaciones como de continuidades, de acuerdo a la función social asignada socio-culturalmente (Mesa, 1997). A partir de esto, podemos pensar que los modos de ejercer la recreación puede también definir la permanencia del *statu-quo* o a su transformación.

Siguiendo a Artazcoz (2002) si consideramos a la recreación como parte del conjunto de acciones que promueven el desarrollo y la construcción de la convivencia y la paz, es necesario atribuirle un valor pedagógico. Es decir, se puede afirmar que las actividades recreativas se desarrollan a través de procesos que también tienen el rasgo educativo. En este sentido concebimos a la recreación tanto como una práctica pedagógica como un medio que permite alcanzar determinados fines, en este caso terapéuticos y de rehabilitación.

OBJETIVO:

- Organizar actividades recreativas fuera de la institución con el fin de fortalecer lazos y participar de eventos culturales de la comunidad coadyuvando a generar procesos de rehabilitación y reinserción social.

METODOLOGÍA:

Para llevar a cabo esta actividad, algunos centros comentan realizar los siguientes documentos:

- ❖ Permiso por escrito de los padres y madres de familia o tutores para el caso de menores de edad.
- ❖ Responsiva del paciente ante cualquier evento que pudiera ocurrirle mientras están fuera de la institución.
- ❖ Acordar conjuntamente comportamientos que favorezcan la seguridad y facilitar la coordinación grupal.

Sugerimos que se pueda estar en contacto con alguna agenda cultural de la delegación para conocer los eventos que están al alcance. Informarse sobre eventos gratuitos y sobre instalaciones culturales, recreativas y deportivas con las que se puedan establecer convenios para poder asistir a diversos eventos.

Recomendamos que las actividades sean elegidas de acuerdo a los intereses de quienes vayan a asistir. Al final del paseo o en el siguiente encuentro dentro de la institución se les puede escuchar a los participantes sobre la experiencia que vivieron. Por ejemplo: ¿Qué les pareció el lugar? ¿Cómo se sintieron en ese lugar? ¿Cómo se sintieron con el grupo? ¿Qué fue lo que les llamó la atención? ¿Les gustaría continuar visitando otros lugares? ¿Cuáles espacios proponen visitar?

TIEMPO SUGERIDO:

90-120 min.

COORDINACIÓN:

Dirección, EMT y Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto de acuerdo al tipo de actividad que se realice. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la relajación y el esparcimiento de manera saludable. • Más impactos de acuerdo al tipo de actividad que se realice. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de lazos sociales entre pacientes y EMT. • Acercamiento y participación con la comunidad. • Beneficios de acuerdo al tipo de actividad que se realice.

4.4.8 RELAJACIÓN PSICOCORPORAL**DIRIGIDO A:**

Pacientes

CONSULTARLO EN:

Manual de Apoyo para las Actividades de la Comunidad Terapéutica. 2011. Página 21.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Se desarrollan estrategias para manejar los cambios fisiológicos provocados por situaciones de estrés, al mismo tiempo que se conoce mejor el propio cuerpo.	<ul style="list-style-type: none">• Se genera un espacio para establecer contacto con las propias emociones.	<ul style="list-style-type: none">• Una mejor conciencia de los espacios/tiempos propios y los espacios/tiempos de las demás personas.
<ul style="list-style-type: none">• Mejorías en los hábitos de respiración que aportan una mayor cantidad de oxígeno al cerebro.	<ul style="list-style-type: none">• Se desarrollan habilidades para afrontar situaciones de ansiedad y angustia.	<ul style="list-style-type: none">• Mayor percepción de los estados corporales de los otros. Sensibilizando empáticamente frente a la relación con los demás.
<ul style="list-style-type: none">• Favorece la eliminación de tensión muscular acumulada.	<ul style="list-style-type: none">• Se puede generar un espacio de escucha interna para poder atender demandas propias y conflictos de uno mismo.	

4.4.9 DESTREZA MENTAL

DIRIGIDO A:

Pacientes

CONSULTAR EN:

Manual de Apoyo de Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011. Página 65.

ÁREAS DE IMPACTO:

PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Fortalece el desarrollo de habilidades del pensamiento	<ul style="list-style-type: none">• Se estimula el trabajo en equipo así como la competitividad sana entre pares.
<ul style="list-style-type: none">• Favorece la resolución de problemas por medio de un sentido lúdico.	<ul style="list-style-type: none">• Se generan espacio de distensión y diversión que favorecen el intercambio afectivo y la cohesión grupal.
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de habilidades para afrontar situaciones de frustración, ansiedad y estrés	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento de recursos sociales para afrontar diversas situaciones y establecimiento de reglas y convivencia en general como recursos para establecer nuevo lazo social.

4.4.10 JUEGOS DE MESA

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Además de que los juegos de mesa cumplen una función lúdica y de entretenimiento muy importante, existen otros aportes fundamentales para nuestra vida cognitiva y social. Este tipo de actividades puede mantener la mente activa y estimulada, favoreciendo capacidades y habilidades para un pensamiento lógico.

Existe una amplia variedad de juegos, algunos enfocados a la planeación estratégica y otros más orientados al azar, pero la mayoría incluyen desafíos mentales o físicos que ponen a los participantes en marcha en la resolución de problemáticas ya sea de manera individual o en equipo.

Es importante considerar que existen juegos especializados para el desarrollo de habilidades específicas: motoras, de lectura, matemáticas, memorísticas, etc. que pueden resultar valiosos para implementar en la rehabilitación de los pacientes que tengan ciertas carencias en algunas de estas áreas.

OBJETIVO:

- Brindar un espacio de ocio que estimule una convivencia lúdica y saludable entre los pacientes.

METODOLOGÍA:

En un espacio cómodo se disponen los diferentes juegos de mesa. Se pueden establecer acuerdos básicos con los pacientes para realizar esta actividad, tales como que se nombre un responsable por juego para el cuidado del material, realizar las actividades bajo orden y respeto, el compromiso de recoger y guardar todo el material una vez terminada la actividad, etc.

Se pueden formar equipos para poder hacer uso de diferentes juegos de mesa. Es importante estimular una competencia saludable y una convivencia que propicie el estrechamiento de los vínculos entre los participantes.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIALES:

Diferentes juegos de mesa, espacio iluminado, ventilado y cómodo para ubicar los juegos.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de habilidades motoras.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece la concentración y la atención.• Fortalece la memoria.	<ul style="list-style-type: none">• Estimula la convivencia grupal.• Fortalece actitudes de cooperación y competencia saludable, así como el trabajo en equipo.
	<ul style="list-style-type: none">• Desarrolla la imaginación y creatividad.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece el desarrollo de habilidades sociales.

4.4.11 TALLER DE AJEDREZ

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN:

Son muchos los beneficios que se le atribuyen a esta actividad, ya que se trata de un juego basado en el diseño de estrategias y solución de problemas con cada movimiento que se decide.

En un estudio de la Universidad de Sydney, el PhD. Peter Dauvergne (2000) habla de las ventajas del ajedrez para la rehabilitación de personas jóvenes principalmente. En esta investigación destaca que las personas ejercitadas con esta actividad mejoran su capacidad para resolver problemas, sus habilidades lectoras, de lenguaje, matemáticas y memorísticas; desarrollan un pensamiento creativo y original, aprenden a tomar decisiones más precisas y rápidas bajo presión, mejoran sus notas en los exámenes, aprenden a elegir mejor entre varias opciones y se concentran mejor.

OBJETIVO:

- Generar un espacio de ocio creativo y estimulante que contribuya a desarrollar habilidades cognitivas y sociales en los pacientes.

METODOLOGÍA:

Se recomienda tener más de un tablero para poder ubicar cada tablero con dos participantes o con 4 para hacer una competencia por parejas. Será necesario ubicar los niveles de conocimiento que tienen los participantes para poder agruparlos: principiantes-medios-avanzados. Se recomienda poner más atención en aquellos participantes con nivel de principiantes para poder instruirlos en el juego y generar interés por la actividad.

TIEMPO SUGERIDO:

90 min.

MATERIALES:

Tableros de ajedrez y espacio cómodo (cerrado o al aire libre).

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Estimula ambos hemisferios cerebrales.	<ul style="list-style-type: none">• Estimula procesos creativos.	<ul style="list-style-type: none">• Fomenta una actitud empática y de consideración de la existencia de otro.
<ul style="list-style-type: none">• Se generan nuevas conexiones neuronales.	<ul style="list-style-type: none">• Fortalece la memoria.	<ul style="list-style-type: none">• Estimula la socialización entre gente con muy diversas características sociales, de sexo y

		edad pues es universal.
<ul style="list-style-type: none">• Ejercita el cerebro.	<ul style="list-style-type: none">• Desarrolla habilidades para la resolución de problemas.• Facilita la concentración y mejora de atención.• Estimula actitudes previsoras y de planificación.	<ul style="list-style-type: none">• Facilita la participación de un encuentro enmarcado por reglas.• Favorece la convivencia y competencia saludable.

4.5 ÁREA FÍSICA-DEPORTIVA

La actividad física implica movimiento, interacción, esfuerzo, contacto con el propio cuerpo, en algunos casos interacción con otros o con el medio ambiente. Y es importante considerar que aunque se le denominen actividades físicas, se está haciendo referencia a una amplia gama de prácticas humanas que hacen del cuerpo un recurso para la acción, pero como es el caso de cualquier elemento de la vida humana implica diversas dimensiones de la esfera no sólo física, sino cognitiva, social y psicológica.

Tal como lo define Devís y Col. (2007) al mencionar que la referencia más extendida para hablar de las actividades físicas implica únicamente la dimensión biológica, definiendo a éstas como cualquier actividad corporal que se realice con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía. Sin embargo estos autores también consideran a esta definición como un intento simplista por describirla, ya que sabemos que la actividad física también puede ser una de las muchas experiencias que las personas viven explorando la capacidad de movimiento y respiración que le proporciona su capacidad corporal.

Podemos afirmar que la práctica de deportes y actividad física y los beneficios que tiene para la salud del cuerpo es algo que se encuentra ampliamente documentado. Como sostienen los autores, basándose en evidencias de las diferentes investigaciones de los últimos 30 años, se puede asegurar que incluso, por medio de una considerable y constante actividad física se pueden prevenir enfermedades tales como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama (Jacoby y Col. ,2003).

Siguiendo a Devís y Col. (2007) coincidimos en que a pesar de la vasta información que existe sobre los beneficios preventivos de las actividades deportivas, aún es bajo el nivel de compromiso que existe con las actividades físicas y su vinculación con la noción amplia de bienestar, que integra la visión personal, la social y la medioambiental de la salud.

En la actualidad se pueden distinguir tres perspectivas en la relación de la actividad física y la salud: 1) la perspectiva de la prevención, 2) la perspectiva del fomento orientado al bienestar más holístico y 3) la perspectiva de la rehabilitación (Devís y Col. 2007). Consideramos que las tres vertientes se pueden relacionar con la atención a la problemática de la drogodependencia, ya que de alguna manera ninguna de ellas llega a ser excluyente sino que se encuentran íntimamente vinculadas.

Así la actividad física viene a representar una actividad que se puede relacionar con aspecto lúdicos que generen placer en la persona, la posibilidad de relacionarse con las posibilidades de su cuerpo, explorar su fuerza, su resistencia, su flexibilidad. Si se lleva a cabo a través de un deporte ya sea en equipo o no fortalece un vínculo social que permite dejar la marginalidad del paciente con problemas de adicción y si ésta llega ser por medio de cualquier otra actividad que no sea un deporte, de igual manera genera un trabajo intrasubjetivo y un contacto con el medio ambiente, con el espacio que se



recorra, etc.

Otros autores como Márquez (1995) refieren que son mayores los beneficios psicológicos que aquellos que ocurren a nivel fisiológico, por lo que habla de la actividad física como terapia. En este punto cabe considerar que, como lo menciona Lafontaine y Cols. (1992), desde la psicología no se puede únicamente esperar resultados terapéuticos a partir sólo de la actividad física. Ésta debe ser parte de un plan integral de tratamiento, donde se haga uso de una intervención con un equipo multidisciplinar.

Podemos decir que los principales beneficios que se reportan desde las actividades físicas como herramientas de la intervención terapéutica pueden ser: mejora de la autoconfianza, sensación de bienestar, satisfacción sexual, disminución de la ansiedad, disminución de la depresión, mejora del funcionamiento intelectual, entre otras.

En el caso del tratamiento de personas con abuso o dependencia de sustancias se reportan efectos favorables que se explican por la sensación de maestría y seguridad que produce la mejora en cualquier habilidad motora o física en general, por efecto equiparable a la meditación que puede dar tranquilidad desde lo corporal y lo psíquico en una gran variedad de actividades físicas y también porque la respiración, desgaste de energía y relajación pueden contribuir a calmar niveles de ansiedad e incluso discriminar estímulos causantes de mayor ansiedad (Márquez, 1995).

OBJETIVO:

- Posibilitar, mediante la actividad física, estados emocionales que contribuyan a mantener la abstinencia, generar nuevos vínculos sociales y favorecer el cuidado por el propio cuerpo.



4.5.1 YOGA

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN:

El yoga atiende a las necesidades físicas, psíquicas y espirituales de las personas. Por ello, por medio de prácticas relativamente sencillas le propone al individuo tener dominio de su cuerpo y de sus emociones, tratando de combatir la ansiedad y el estrés.

Las personas dependientes a las sustancias generalmente se encuentran que el yoga es algo absolutamente distinto de aquello que habían conocido en su búsqueda de evasión. Les invita a enfrentar y mirar aquello de lo que se habían acostumbrado a huir. A pesar de que muchos pacientes con dependencia a sustancias presenta una especial dificultad para quedarse quietos y para volver la mente hacia dentro, las características de los movimientos involucrados en las diferentes posturas del yoga, la implicación de la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad para realizarlas, así como el intenso manejo de la respiración contribuyen al logro de una concentración que ayuda a disminuir los niveles de estrés.

En años recientes la ciencia ha hecho eco de esta antigua sabiduría, con descubrimientos lo suficientemente alentadores como para animar a los escépticos a practicar, no sólo por las bondades de ejercitar el cuerpo, sino porque los estudios apuntan a que meditar y realizar posturas de yoga puede influir en la experiencia que se tenga del mundo remodelando la estructura física del cerebro (Kushner, 2010).

De acuerdo a Santis (2010) en el caso de las personas que abusan de sustancias tóxicas y han desarrollado un cuadro de dependencia, las bondades del yoga y la meditación se traducen en una mejor tolerancia del estrés, disminución de la ansiedad, baja de la impulsividad y una mejor disposición para la introspección.

OBJETIVO:

- Brindar una actividad física que desarrolla la fuerza, equilibrio y flexibilidad física y mental.

METODOLOGÍA:

Para ampliar la información consultar el Manual de Apoyo de Actividades de la Comunidad Terapéutica, 2011. Página 25.

Para ser realmente efectiva, la práctica de yoga debe realizarse con regularidad y por un período de tiempo significativo, ya que sus efectos más profundos, tales como la revalorización de sí mismo y la reconciliación con el propio cuerpo no son objetivos a corto plazo.

En este sentido, es importante no aferrarse a metas distantes, y en cambio acompañar a los pacientes en pequeñas mejoras en lo cotidiano. Cada evento o actividad en el tratamiento da la oportunidad de practicar el Yoga, en el sentido amplio de re-conectarse consigo mismo en el momento presente.

MATERIAL:

Salón ventilado y luminoso, mantas para yoga, sacos de arena para yoga, almohadas o cojines para yoga.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario que sea Instructor de Yoga.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> Se desarrollan estrategias para manejar los cambios fisiológicos provocados por situaciones de estrés, al mismo tiempo que se conoce mejor el propio cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Actividad que propicia el autoconocimiento.
<ul style="list-style-type: none"> Mejorías en los hábitos de respiración que aportan una mayor cantidad de oxígeno al cerebro. 	<ul style="list-style-type: none"> Se trabaja con la fortaleza, flexibilidad y equilibrio mental.
<ul style="list-style-type: none"> Favorece la eliminación de tensión muscular acumulada. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorece procesos de atención y concentración.
<ul style="list-style-type: none"> Se trabaja en la fortaleza, flexibilidad y equilibrio del cuerpo. 	

4.5.2 DEPORTES EN EQUIPO**DIRIGIDO A:**

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

La práctica de deportes es una de las actividades más positivas, para cualquier edad. Pero si además se trata de un deporte de equipo, los beneficios pueden ser aún mayores. Esto se debe a que los deportes en equipo son actividades que aportan un sentido de comunidad y de logro en equipo que además de los beneficios físicos, implican muchos otros beneficios de reconocimiento social y de mucha socialización mientras se practican.

Dentro de estos deportes podemos mencionar el fútbol, baloncesto, voleibol, etc. Mientras que cada uno guarda sus reglas específicas, son todos ellos una plataforma satisfactoria para estimular procesos grupales y fortalecer vínculos en el desarrollo de un trabajo en equipo donde se comparte un objetivo con el resto de los compañeros.

Asimismo consideramos que, al tratarse de un equipo donde la participación de cada uno es indispensable para el beneficio del resto, se adquiere un compromiso mayor por un bienestar en común que favorece el cuidado propio y el cuidado del otro.

OBJETIVO:

- Generar un espacio para la práctica de una actividad en equipo que desarrolle habilidades sociales y de trabajo en equipo.



METODOLOGÍA:

La metodología se realizará según el deporte que se elija (baloncesto, fútbol, voleibol, etc.)

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIALES:

Los materiales serán de acuerdo al deporte que se elija.

COORDINACIÓN:

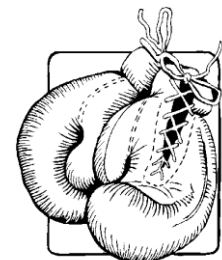
Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Ejercita el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorece a una sensación de satisfacción personal. 	<ul style="list-style-type: none"> Se fortalecen posturas de disciplina y la importancia de normas sociales.
<ul style="list-style-type: none"> Fortalece músculos y mejora estados físicos pulmonares y cardiacos. 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalece el concepto y valoración propia. 	<ul style="list-style-type: none"> Se estimula el trabajo en equipo.
<ul style="list-style-type: none"> Explora su fuerza física, resistencia y flexibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Favorece actitudes de cuidado propio, compromiso y responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Se desarrolla actitudes de liderazgo y solidaridad.
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Contacto con el medio ambiente

4.5.3 BOX**DIRIGIDO A:**

Pacientes

**JUSTIFICACIÓN:**

El boxeo ha dado muestra de ser una disciplina que ha permitido integrar a personas que de otra manera hubieran tenido un futuro incierto. El sentido de pertenencia a un grupo, el respeto por los demás, el compañerismo y la solidaridad son conceptos que se van incorporando desde el momento en que se arriba al propio gimnasio. Por medio del Box se puede inculcar el respeto y la disciplina para que, a través del deporte puedan tener una mejor vida.

El Boxeo puede ser una formación personal pero que tiene un fuerte sentido socializador, a la que además se le suma la preparación netamente deportiva, tanto técnica como táctica. El boxeador aprende a controlar sus impulsos, evitando la violencia en la calle para dejar lo aprendido en el espacio deportivo donde gana el mejor, el que más entrenado esté.

OBJETIVO:

- Lograr que los usuarios se interesen por una actividad deportiva que los ayude a canalizar su violencia, que les da contención y fortalece la abstinencia.

METODOLOGÍA:

La enseñanza y aprendizaje de éste deporte debe basarse en los siguientes principios:

- El principio de **SEGURIDAD** es el principio fundamental sobre el cual debe edificarse la práctica de este deporte. Se deben respetar las normas que garanticen la seguridad de todos los involucrados.
- El principio de **PROGRESIÓN** de la enseñanza, significando ello que únicamente se podrá pasar a la siguiente fase cuando el alumno domine las distintas etapas previas de aprendizaje.
- El principio de **RESPECTO A LAS FORMAS** del boxeo, entendiéndose que: del correcto aprendizaje de las formas del golpe surge la optimización de la potencia de los mismos; del correcto aprendizaje de los desplazamientos se obtiene el manejo de las distancias de un combate; del correcto aprendizaje de las defensas deviene una mayor seguridad para el boxeador.

TIEMPO SUGERIDO:

120 min.

MATERIALES:

Guantes, vendajes, casco, zapatillas, protector bucal.

COORDINACIÓN:

Entrenador de Box.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Potencia y desarrollo de fuerza y resistencia física. • Agilidad motora 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la confianza propia y la mejora del propio concepto. • Desarrollo de conductas de disciplina, tenacidad y compromiso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el compañerismo y el respeto por el otro. • Genera actitudes de solidaridad con los compañeros.

4.5.4 GIMNASIO

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo al Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIH, 2010 por sus siglas en inglés). El ejercicio físico se está volviendo cada vez más un componente de muchos programas de tratamiento y ha mostrado ser eficaz, en combinación con otras actividades terapéuticas, sobre todo para los casos de consumo de tabaco. Esta institución considera que el ejercicio puede producir efectos beneficiosos llenando necesidades psicosociales y fisiológicas que el reemplazo de la nicotina por sí solo no logra, aminorando los efectos negativos, reduciendo el estrés y ayudando a prevenir el aumento de peso que produce el dejar de fumar.

Un gimnasio es un espacio diseñado para el acondicionamiento físico por medio de diversos aparatos.

La asistencia a un gimnasio con regularidad se va convirtiendo en un estilo de vida porque genera vínculos con las personas que asisten al mismo lugar y que realizan el mismo tipo de actividad. La sociabilidad que se puede generar es un factor muy importante que se encuentra en un gimnasio porque se genera una convivencia constante con personas que comparten intereses.

OBJETIVO:

- Generar motivación, disciplina y cuidado físico a través de los ejercicios que se ofrezcan en el espacio de gimnasio.

METODOLOGÍA:

Será importante tomar en cuenta la evaluación médica realizada a los pacientes para poder determinar qué tipos de ejercicios son aptos y cuáles no para cada uno de ellos. Se aconseja, además, contar con personal capacitado en acondicionamiento físico que pueda evaluar las necesidades singulares de las y los paciente y así poder establecer rutinas deportivas para cada uno de ellos.

De preferencia se sugiere que sea una actividad realizada de manera grupal aunque haya particularidades en las sesiones para cada uno de los participantes.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIALES:

Aparatos de ejercicios y tapetes.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Mejora la capacidad respiratoria y la circulación sanguínea.• Fortalece los músculos	<ul style="list-style-type: none">• Baja niveles de estrés y ansiedad.• Favorece actitudes de confianza, cuidado y apreciación por el propio cuerpo e imagen.• Fortalece actitudes de disciplina y compromiso.	<ul style="list-style-type: none">• Favorece la socialización en un contexto de cuidado y disciplina.• Propicia mayor reconocimiento social e integración.
<ul style="list-style-type: none">• Mejora el rendimiento físico.• Control de sobrepeso• Favorece el descanso y los ciclos de sueño y vigilia.		

4.5.5 KICK BOXING

DIRIGIDO A:

Pacientes

JUSTIFICACIÓN:

Éste es un deporte de contacto que, mediante la combinación de patadas y golpes de puño provenientes de distintas artes marciales, permite quemar calorías, definir músculos, aumentar la resistencia y coordinación del organismo, y aprender técnicas de defensa personal.

Se trata de una actividad que además facilita el establecimiento de una íntima relación entre el cuerpo y la mente. En este deporte de contacto es muy importante, porque se basa en movimientos de ataque y defensa personal entre dos adversarios que tienen un encuentro.

Tal como sucede con aikido, karate, judo y tae kwon do, el kickboxing es identificado como deporte y, al mismo tiempo que como arte marcial, pues incorpora valores como la convivencia pacífica, meditación, autoexploración y, ante todo, una forma de ver al mundo que permite el desarrollo de creatividad, flexibilidad y apertura personal.

OBJETIVO:

- Llevar a cabo una actividad con los pacientes que al mismo tiempo que ejercita el cuerpo, sirve para el desahogo de emociones agresivas y fomenta la concentración mental.

METODOLOGÍA:

Es importante fomentar el entrenamiento físico y la concentración mental, de manera que se promueva una forma de pensar pacifista en donde la violencia sea el último recurso y tenga un espacio acotado y bajo un encuadre deportivo.

La rutina de kickboxing en gimnasio consiste en lanzar puños y patadas sin descanso durante 60 minutos, sin hacer contacto en el oponente, de manera que sin peligro de lesiones se consigue optimizar el estado físico.

Todos los ejercicios, movimientos y desplazamientos que se hacen en una clase de kickboxing se practican al ritmo de la música y con coreografía. Existen algunos puños y patadas básicos que se hacen en cada sesión y desde donde se debe iniciar en todo entrenamiento. Es importante primero transmitir la técnica adecuada y hasta que esta no esté bien adquirida no se podrán ejercer los golpes, ya que pueden causar lesiones importantes.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIALES:

Guantes, vendas, protector bucal, costal de lona para box, espinillera.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> Favorece la flexibilidad, balance y equilibrio del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorece la valoración de uno mismo y la propia confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorece la vinculación con otros en un espacio recreativo y disciplinado.
<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la condición física. Incrementa la resistencia y capacidad pulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> Genera actitudes de disciplina. Facilita el manejo de emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad personal con conocimiento de una técnica de autodefensa.
<ul style="list-style-type: none"> Mejora la coordinación motora. 		

4.5.6 NATACIÓN

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN:

Uno de los deportes más completo, sanos y recomendable es la natación, ya que con es una actividad en la que intervienen todos los músculos del cuerpo. Los beneficios más comunes si practicamos natación a un ritmo constante y durante (algo más de veinte minutos ininterrumpidamente) son la estimulación del metabolismo, la quema de grasa y la mejora del estado de forma general, ya que es un ejercicio aeróbico excelente y desarrolla una gran resistencia cardiopulmonar.

La natación es también un deporte de autosuperación, pues se nada con el propósito de mejorar las propias marcas, o sea, nadar la misma distancia cada vez en menos tiempo. Uno de los ejercicios más completos para trabajar tu mente y cuerpo es la natación; te mantiene en forma, fortalece tus músculos y tu memoria, por lo que es recomendable que se practique a cualquier edad.

OBJETIVO:

- Contribuir a la rehabilitación física, cognitiva y social de la persona a través de una actividad deportiva y recreativa.

METODOLOGÍA:

Hay cuatro disciplinas diferentes para practicar: Croll, Espalda, Pecho y Mariposa.

TIEMPO SUGERIDO:

50 min.

MATERIALES:

Alberca, traje de baño, gorro y gafas.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario que sea entrenador de natación.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento y mejora de la capacidad motriz, memoria y coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta la relajación mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el contacto con el medio ambiente de una manera más respetuosa y saludable.
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el fortalecimiento, flexibilidad y tonificación de los músculos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la valoración propia y fomenta la autosuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta una actitud de sana competencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la actividad del sistema cardiorrespiratorio. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el grosor de los huesos haciéndolos más resistentes. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la flexibilidad de la columna y elimina dolores posturales. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la circulación. 		

4.5.7 PILATES**DIRIGIDO A:**

Pacientes

**JUSTIFICACIÓN:**

El método Pilates, o simplemente Pilates, es un sistema de entrenamiento físico y mental que ideado para fortalecer todos los músculos, sin que su volumen se vea aumentado, consiguiendo estabilizar el equilibrio del cuerpo, estilizar la figura a través de series repetitivas de movimientos fluidos. La gran

mayoría de ejercicios, se hacen en posición horizontal, sentada o arrodillada reduciendo así el peligro de lesiones. Además, esto evita la presión del cuerpo sobre los músculos y articulaciones.

Los **ejercicios de Pilates** están indicados para personas de todo tipo y edades, ya que por su propia naturaleza, no son ejercicios agresivos ni requieren una preparación física determinada. Es una disciplina que no es aeróbica y se basa en la tonificación de los músculos del cuerpo, por lo que no es un ejercicio que se practique para perder peso, si no, más bien para la mejora de forma física y el bienestar general de la persona que lo practica. Su intensidad puede adaptarse a las posibilidades de cada persona.

OBJETIVO:

- Realizar una actividad para ejercitar a los pacientes y tener un impacto en su rehabilitación.

METODOLOGÍA:

- ❖ **Concentración:** Los ejercicios deben realizarse prestando una gran atención a los movimientos. Es muy importante hacerlos correctamente puesto que en esta disciplina se prima la calidad ante la cantidad.
- ❖ **Control:** Para realizar los movimientos correctamente, además de concentración necesitaremos control. Debemos procurar que con cada ejercicio se trabajen las zonas indicadas sin aprovechar las inercias de nuestro propio cuerpo.
- ❖ **Precisión:** El Método Pilates también da mucha importancia a la precisión a la hora de realizar los ejercicios. Si hacemos los ejercicios con precisión lograremos trabajar el cuerpo con más intensidad y reduciremos el riesgo de lesiones.
- ❖ **Respiración:** Aprender a respirar correctamente durante los ejercicios es fundamental. Pilates da mucha importancia a la respiración, según él, hay que inspirar y expirar profundamente para favorecer la capacidad y el trabajo pulmonares.
- ❖ **Fluidez:** Durante la sesión, los ejercicios deben ir encadenados con fluidez. Este aspecto se trabaja y se mejora con la práctica continuada puesto que poco a poco las rutinas se van aprendiendo y perfeccionando.

Existen más de 300 ejercicios diferentes (con sus variantes) siendo la mayoría de ellos practicados en posición horizontal, tumbados en el suelo. También se suelen practicar o con ayuda de un conjunto de aparatos diseñados especialmente para este método.

TIEMPO SUGERIDO:

60 Min.

MATERIALES:

Salón, tapete, esferas, aros y ligas.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario que sea entrenador de Pilates.

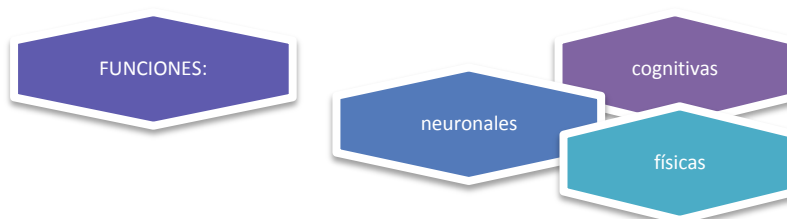
ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Mejoramiento del tono muscular.	<ul style="list-style-type: none">Favorece al adecuado manejo de estrés y ansiedad.	<ul style="list-style-type: none">Estimula la convivencia con otros en un espacio recreativo y saludable.
<ul style="list-style-type: none">Mejora la postura y el equilibrio del cuerpo.	<ul style="list-style-type: none">Fortalece el concepto y valoración propia.	
<ul style="list-style-type: none">Alivia los dolores lumbares.	<ul style="list-style-type: none">Favorece una actitud comprometida y disciplinada.	
<ul style="list-style-type: none">Mejora la condición física.	<ul style="list-style-type: none">Fomenta el establecimiento y logro de objetivos.	

4.5.8 PING PONG

DIRIGIDO A:

Pacientes



JUSTIFICACIÓN:

El Centro de Tenis de Mesa Gilbert (2011) considera el tenis de mesa o ping pong como el “deporte para los cerebros” ya que se le considera una herramienta de mucha utilidad para ejercitar funciones cognitivas, evitar demencias y hacer rehabilitaciones cognitivas, neuronales y físicas.

A partir de la experiencia que existe sobre el uso del ping pong con pacientes de Alzheimer o con otros problemas se puede asegurar que se trata de una actividad de bajo impacto que estimula la concentración, mejora la coordinación mano-ojo y la función motora, además de que proporciona entretenimiento entre los participantes, motivándolos a aprender y ejercitar habilidades que, en algunos casos pueden ser inesperadas.

OBJETIVO:

- Implementar una actividad física que, al mismo tiempo de servir de recreación, sea un elemento de socialización entre los pacientes.

METODOLOGÍA:

Los partidos pueden ser individuales o dobles. Cada jugador o pareja sacará dos veces, pasando a continuación el saque al jugador o pareja contraria. En el caso de que la bola, tras realizar un saque correcto, de en el campo del jugador que saca, golpee en la red o sus soportes y entre en el campo contrario, se deberá repetir el saque tantas veces como sea necesario.

Si cualquiera de los dos jugadores toca la mesa con cualquier parte de su cuerpo que no sea la raqueta, será punto para el contrario.

En los partidos de dobles los jugadores de la pareja tendrán que golpear alternativamente a la bola (uno primero y otro después). En dobles el saque se realizará cruzado siempre desde el lado derecho del jugador

que saca hacia el lado derecho del jugador del equipo contrario incluyéndose el rebote en la línea central como válido.

El juego o set acaba cuando uno de los dos jugadores llegue a 11 puntos ganando por diferencia de dos, en caso de que queden empatados a diez, se seguirán jugando puntos sucesivos en los que cada jugador hará un saque por turno hasta que uno de los dos gane por diferencia de dos.

El servicio es libre. Hay que sacar, sosteniendo la pelota completamente inmóvil, con la mano abierta, elevarla verticalmente y golpearla por detrás por encima del nivel de la superficie de juego. La pelota debe botar una vez en el campo del que sirve y una vez en el campo del que recibe. Solo puede botar una vez en cada campo. Solo hay que cumplir eso, por lo demás, el saque es válido. Si la pelota toca la red y el saque cumple todo lo dicho en el punto anterior, se repite. El saque se repetirá tantas veces como sea necesario. Cumplido el servicio la pelota se podrá devolver sin botar en la superficie de juego. Se le podrá dar efecto a la bola en el saque.

TIEMPO SUGERIDO:

60 min.

MATERIALES:

Mesa de Ping Pong, pelotas, raquetas.

COORDINACIÓN:

Personal Voluntario.

ÁREAS DE IMPACTO:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">Favorece las habilidades motoras.Desarrollo de fuerza y velocidad física.	<ul style="list-style-type: none">Fortalece la confianza en uno mismoGenera una actitud de bienestar y optimismo.Fomenta el ejercicio de toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none">Se le reconoce al paciente su potencial.Genera una actitud de motivación dentro de una participación en comunidad.Se brindan recursos saludables para el disfrute del tiempo libre.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abeijón, J.A. (2010). La comunidad terapéutica y la terapia sistémica. El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica. La Metodología de la Comunidad Terapéutica. Recuperado en <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- American Music Therapy Association (2014). What is Music Therapy? Recuperado en <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- Asociación Cultural dedicada al Teatro en Barcelona. (2011). Beneficios del Teatro. Recuperado en <http://hacerteatro.org/2011/01/04/393/>
- Asociación desarrollo e investigación psicodrama (2012). Teatro. Recuperado en <http://www.adip.escenica.org/psicodrama/psicodrama.html>
- Artazcoz, M. y Ossa, A. (2002). Algunos aportes desde la recreación dirigida para la construcción de la convivencia y la paz. Recuperado en <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso7/MArtazcoz.html>
- Bion, W. (1961). Experiencias en grupos, Buenos Aires: Paidós.
- Brito, C. (2010). Yoga en el Tratamiento de la Adicciones. Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242010000200012&script=sci_arttext
- Butler, J. (1990). *El género en disputa*. México: Paidós.
- Cano, G. (2004). *Presentación*. En Debate Feminista. 29 (15). 56-66.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2010). Guía Técnica de Consulta Externa.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2010). Guía Técnica de Centros de Día.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2010). Manual de Apoyo para Actividades de la Comunidad Terapéutica.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2012). Manual de Apoyo de Talleres de Rehabilitación y Reinserción Social.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013). Manual de Apoyo Rehabilitación y Reinserción Social.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013). Psicoeducativos y Reflexivos con Perspectiva de Género en las Unidades de Hospitalización.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013). Manual de Apoyo Taller de Habilidades Socio-Laborales de Centro de Día.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2010). Manual de Apoyo Taller de Habilidades Socio-Laborales de Centro de Día.

- Club de Tejedoras Santa Claridad. (2009). Tejido como terapia. Recuperado en <http://www.revistabuenasalud.com/el-tejido-como-terapia/>
- Comas, D. (2010). La metodología de la Comunidad Terapéutica. Recuperado en <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, CONACULTA. (2002). Fichero de Actividades de Fomento a la Lectura en las Bibliotecas Públicas. Recuperado en: <http://dgb.conaculta.gob.mx/Documentos/PublicacionesDGB/ApoyoCapacitacionBibliotecaria/SerieFomentoLectura/FicheroActividadesFomento/FicheroActividadesFomento.pdf>
- Dauvergne, P. (2000). The Case for Chess as a Tool to Develop Our Children's Minds. Recuperado en <http://www.auschess.org.au/articles/chessmind.htm>
- Diario Educación. (2010). Actividades de Expresión Artística. Recuperado en <http://diarioeducacion.com/actividades-para-expresion-artistica>
- Duque, C. y Mosquera, J. (2004). La importancia de la implementación de actividades recreativas, para el manejo del tiempo libre de las personas con limitación visual. Recuperado en <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso8/CDuque.html>
- Elkins, G.; Marcus, J. Hasan, M. Y Durgam, S. (2005). Complementary and alternative therapy use by psychotherapy clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 232-235.
- Fischetti, R. (2009). Introducción a los Grupos Operativos. Recuperado en http://www.psicologiagrupal.cl/escuela/index.php?option=com_content&view=article&id=332:introduccion-a-los-grupos-operativos&catid=43:articulos&Itemid=69
- Fullea, P. () Ludología: La indagación del juego por el juego. Recuperado en: http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/ludologia.html#_ftn1
- Gale Encyclopedia of American History, (2006) Grupos y movimientos civiles. Recuperado en www.gale.com
- Gammon, E. (2010). Dance as Therapy for Individuals with Parkinson Disease. Recuperado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780534/>
- Gombrich, E. (s/f). Cuatro teorías sobre la expresión artística. Recuperado en <http://www5.uva.es/ega/wp-content/uploads/teorias-de-la-expresion-ega.pdf>
- Guía de Prevención de Drogodependencias. Habilidades para la vida. Dirección General de Salud Pública. Recuperado en <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/69202-cuaderno4.pdf>

- Henri Matisse. La danza I (1909) Nueva York, MOMA.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2007). Programa de Integración Social a través del Ocio. Recuperado en <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/ProgramaIntegracionS.pdf>
- Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos: una lógica para los pequeños grupos*. Lugar Editorial.
- Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2011). El acompañamiento terapéutico como dispositivo. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lipszyc, M. (2013). Manual de Auriculoterapia. Editorial Kier. Recuperado en http://issuu.com/javierlu/docs/auriculoterapia_de_lipszyc
- Llorente del Pozo, J., & Fernández, C. (1999). Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change. New York: Guilford Press.
- Montañó Fraire, R.(2013). Entornos grupales autogestivos para la ayuda mutua. *Psicología Iberoamericana. Nueva época*, 8(3-4), 1405-0943.
- Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- OMS (2013). Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
- OMS. (1993). Habilidades para la vida. Recuperado en <http://www.who.int/es/>
- Proyecto Hombre (2001). Análisis de la Eficacia y Prevención de Recaídas en el Consumo de Drogas. Recuperado en <http://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe%20final%20ph.pdf>
- Pedagogía (2007). Pensamiento lógico matemático: Conceptos básicos. Recuperado en <http://www.pedagogia.es/pensamiento-logico-matematico/>
- Raben (2007). Acupuntura según el protocolo NADA. *Revista Internacional de Acupuntura*. Recuperado en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13111734&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=279&ty=138&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&an=es&fichero=279v1n2a13111734pdf001.pdf
- Rico, C. (2002). Políticas Públicas de Recreación. Recuperado en <http://www.redcreacion.org/documentos/7CNR.html>

- Roca, F. (1998). Los desconocidos Grupos de Ayuda Mutua. Recuperado en <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9898110251A/8258>
- Rosa Sánchez, J. (2014). Talleres y Juegos Matemáticos. Recuperado en <http://www.actiludis.com/?cat=9>
- Sabsay, L. (2009). Judith Butler para principiantes. Género sin lugar a dudas. Recuperado en http://singenerodedudas.com/2003_2012/tirnamban/1129/judith-butler-para-principiantes
- Secretaría de Educación Pública, SEP. (2013). Manual: 6 Acciones para el Fortalecimiento de la Biblioteca Escolar. http://www.lectura.dgmie.sep.gob.mx/11mas5_2012/doctos_materiales_apoyo/manuales/6eis_acciones_completo.pdf
- Stolkner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *IX Jornadas Nacionales de salud mental, I Jornadas Provinciales de psicología, salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy*, Argentina.
- Torre, L. (2007). El adicto y la familia en Recuperación. Recuperado en http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/adicto_y_familia_en_recuperacion.pdf
- Warburton, D., Nicol, C. y Bredin, S, (2006). Health benefits of physical activity. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809.
- Zanin, L. (2014). Exploring the Effect of Participation in Sports on the Risk of Overweight. Recuperado en <http://link.springer.com/article/10.1007/s11482-014-9317-3>

IX. ANEXOS

1. ACTIVIDADES DE CÍRCULO DE LECTURA

“La hora del cuento”

La preparación

1. Determina un día y una hora para la realización, tomando en cuenta que será adecuada en el horario de mayor asistencia a la biblioteca.
2. Elige del acervo el cuento que vas a leer.
3. Lee con detenimiento el cuento elegido.
4. Ejercita la lectura en voz alta, cuidando la pronunciación, respetando la puntuación, etcétera.
5. Ambienta el espacio donde se llevará a cabo la actividad.
6. Difunde la actividad a través de carteles dentro y fuera de la biblioteca.

La realización

1. Da la bienvenida a los participantes.
2. Menciona el título de la lectura y una breve biografía del autor.
3. Lee el cuento en voz alta o realiza alguna de las siguientes técnicas: cuento congelado, cuento con sombras chinescas o cuento con sonidos.
4. Termina la actividad con una ronda de comentarios o con alguna actividad complementaria.

Cuento congelado

1. Selecciona del acervo un cuento a propósito del tema.
2. Lee el cuento en voz alta a los participantes.
3. Divide a los participantes en equipos (mínimo dos).
4. Pide a cada equipo que escoja una escena del cuento leído y para que la represente como una “escena congelada”; es decir, que cada uno de los participantes adopte una posición determinada y que no se mueva.
5. Organiza la representación por equipos de su escena y explica que los otros equipos deberán adivinar cuál es la parte del cuento representada.
6. Termina con una ronda de comentarios respecto a la actividad.

Cuento con sombras chinescas

1. Ten a la mano tela o papel blanco; cartulina o cartoncillo oscuros; palitos de madera, lápiz, tijeras, pegamento y una fuente de luz (un foco, una vela o una linterna).
2. Elige las siluetas de los personajes u objetos representativos del cuento.
3. Dibuja y recorta sobre el cartoncillo o la cartulina la silueta del personaje u objeto y pégale un palito de madera que servirá para sujetarlos.
4. Cuelga la tela o el papel blanco sobre un marco que sea lo suficientemente grande para que las siluetas, a manera de títeres, se desplacen con facilidad; coloca la fuente de luz aproximadamente a dos metros, detrás de la tela o el papel blanco y dirige la luz a las siluetas para que se proyecten las sombras en la pantalla.
5. Pide a algunos participantes ayuda para mover las siluetas de manera coordinada con la lectura del cuento.
6. Ensaya la lectura del cuento en voz alta junto con las siluetas, de manera que se coordine el movimiento y la aparición de las siluetas con la lectura.
7. Procura que el área donde se efectuará la actividad esté en penumbra.
8. Inicia la actividad mencionando el título de la lectura y una breve biografía del autor.
9. Realiza la lectura acompañada de las sombras.

Cuento con sonidos

1. Selecciona del acervo un cuento, de preferencia uno que contenga muchos personajes y situaciones.
2. Lee el cuento para conocer la historia y poder determinar qué sonidos pueden acompañar a los personajes o las situaciones.
3. Explica a los participantes que volverás a leer el cuento y les dirás qué sonidos acompañan a los personajes o las situaciones.
4. Lee el cuento en voz alta y pide a los participantes que imiten los sonidos de los personajes o situaciones que vayan apareciendo en el transcurso del cuento.
5. Termina con una ronda de comentarios respecto a la actividad.

“Tertulia”

Es un círculo de lectura fundamentado en una charla, donde se promueve la participación del grupo en torno a un tema.

1. Elige un tema en torno al cual se van a intercambiar ideas y comentarios.
2. Localiza en el acervo los libros y selecciona las lecturas para apoyar y estimular los comentarios sobre el tema.
3. Realiza alguna actividad de presentación.
4. Propicia un ambiente agradable, donde los participantes compartan de manera libre y respetuosa sus ideas y comentarios en torno al tema.
5. Lee en voz alta un texto a propósito del tema.
6. Inicia la charla haciendo comentarios respecto al tema. Pide a los participantes sus comentarios procurando alternarlos con la lectura de algunos textos seleccionados para este propósito.
7. Termina la actividad animando a los participantes a dirigirse al acervo para localizar libros en la estantería sobre otros temas que hayan surgido.
8. Brinda la orientación necesaria para la utilización de todos los servicios bibliotecarios.

“Teatro en atril”

Es un círculo de lectura basado en un guión de teatro o texto corto que contiene diálogos.

1. Selecciona un guión de teatro o un texto con diálogos.
2. Ten a la mano suficientes ejemplares del texto, para darle uno a cada personaje.
3. Organiza a los participantes asignándoles los personajes que intervienen en el texto, si es necesario; considera también al narrador y a una persona que haga efectos especiales como: lluvia, pasos, viento, etcétera, si el texto lo requiere.
4. Pide que lean individualmente y en voz baja el texto para identificar los diálogos de su personaje y los momentos de sus intervenciones. Lo mismo hará el narrador y la persona encargada de los efectos especiales.
5. Explica que al momento de leer deberán respetar los turnos de aparición, cuidando el volumen, la claridad y la modulación de la voz para interpretar al personaje y transmitir su emoción: tristeza, felicidad, ternura, humor, cólera, etcétera.
6. Coordina la lectura del texto.
7. Pide al grupo, al finalizar la lectura, que haga comentarios sobre lo leído.

“Poetas, hechiceros de la palabra”

1. Selecciona del acervo diez o más libros de poesía.
2. Coloca los libros en el centro de una mesa alrededor de la cual se sentarán los participantes.
3. Indica que cada participante deberá imaginar que tiene que visitar a un adivino, pitonisa, brujo, vidente, mago, etcétera, para obtener la respuesta a una pregunta que le inquieta.

Orienta a los lectores para que las preguntas tengan un carácter general.4. La persona a tu derecha iniciará la actividad diciendo su pregunta en voz alta y el que le sigue (a la derecha) dirá un número al azar, y el que sigue (a la derecha) escogerá también un libro al azar y lo abrirá en la página que indica el número que se dijo y leerá la respuesta, que puede ser un fragmento de un poema.

5. La dinámica finaliza cuando todos los participantes hayan hecho su pregunta.
6. Trata de hacer de las “respuestas” algo divertido o misterioso.
7. Termina la actividad invitando a los participantes a comentar las coincidencias que pueden existir entre sus preguntas y los fragmentos de los poemas.

“Buscatítulos”

1. Selecciona un cuento o leyenda donde aparezcan ángeles, animales fantásticos o personajes misteriosos.
2. Transcribe el texto y omite el título y el final.
3. Pide a alguno de los asistentes que lea en voz alta el texto.
4. Explica a los participantes que deben poner nombre a la historia que escucharon y además pensar en un final para la misma.
5. Da un tiempo de diez minutos a los participantes para que escojan el título y el final.
6. Solicita un voluntario para que lea el título que inventó, después otro y así sucesivamente, hasta que haya participado todo el grupo. Repite la dinámica, ahora leyendo los finales.
7. Finaliza la actividad leyendo el título y el final verdaderos.

“El juego de las letras”

1. Selecciona un cuento o fragmento de una novela que hable sobre el tema que vas a tratar.
2. Prepara con tarjetas tamaño media carta un abecedario (una letra en cada tarjeta).

3. Lee frente al grupo el texto seleccionado y al terminar organiza a los participantes para que se pongan de pie y formen un círculo.
4. Coloca al pie de cada participante una tarjeta con la letra del abecedario (no importa si algunos participantes tienen dos o más tarjetas).
5. Pide a los participantes que giren a la derecha al compás del sonido producido con las palmas de las manos, objetos o música y cuando cese el sonido, se paren atrás de la tarjeta que tengan más cerca y piensen durante unos segundos en una palabra que empiece con la letra que les tocó y que tenga relación con el texto leído.
6. Pide a un participante que diga la palabra que pensó y cuál es la relación que tiene con el texto. El resto del grupo otorgará su aprobación, y si no la otorga, ese participante buscará una nueva palabra y esperará su turno.
7. Termina pidiendo al grupo que opine sobre lo leído.

Texto para Lectura: Don Quijote de la Mancha.



Don Quijote de la Mancha



Dibujos de la Propuesta didáctica El Quijote en el mundo
Gobierno de Canarias
Consejería de Educación

Autor:
Juan de la Cruz Melchor
Rodríguez Hernández

Ilustraciones:
Victor Pereyra Serral

Lee el fragmento y realiza las actividades.

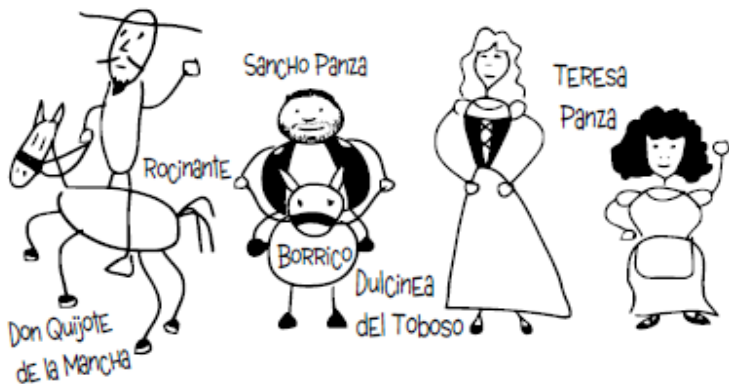
En un lugar de la Mancha de cuyo nombre no quiero acordarme, no ha mucho tiempo que vivía un hidalgo de los de lanza en astillero, adarga antigua, rocín flaco y galgo corredor. Los ratos que estaba ocioso - que eran más del año -, se daba a leer libros de caballerías con tanta afición y gusto, que olvidó casi de todo punto el ejercicio de la caza, y aun la administración de su hacienda; y llegó a tanto su curiosidad y desatino en esto que vendió muchas fanegas de tierra de sembradura para comprar libros de caballerías. Se enfrascó tanto en su lectura que pasaba las noches leyendo de claro en claro, y los días de turbio en turbio; y así del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro, de manera que vino a perder el juicio. Se le llenó de fantasías de todo aquello que leía en los libros hasta que, rematado ya su juicio, vino a dar en el más extraño pensamiento que jamás loco en el mundo, y fue que le pareció conveniente y necesario, así para el aumento de su honra como para el servicio de su república, hacerse caballero andante e irse por todo el mundo con sus armas y caballo a buscar las aventuras y a ejercitarse en todo aquello que él había leído que los caballeros andantes se ejercitaban. Una vez decidido a convertirse en caballero andante, este buen hombre se pasó un gran rato limpiando unas armas y una armadura que había heredado sus bisabuelos; a la armadura le faltaba la celada, así que se la hizo de cartón. Enseguida pasó cuatro días pensando qué nombre le pondría a su caballo, hasta que le pareció que no había mejor nombre que Rocinante, y de ocho días más pensando en su propio nombre, hasta que llegó a la conclusión de que no había mejor manera de llamarse que don Quijote de la Mancha. Por último, se dio a entender que no le faltaba otra cosa sino buscar una dama de quien enamorarse; porque el caballero andante sin amores era un árbol sin hojas y sin fruto y cuerpo sin alma. Y fue a lo que se cree, que en un lugar cercano del suyo había una moza labradora de muy buen parecer, de quien él un tiempo anduvo enamorando aunque según se entiende, ella jamás lo supo ni se dio cuenta de ello. Se llamada Aldonza Lorenzo, y a ésta le pareció ser bien el título de señora de sus pensamientos y, buscándole mucho del suyo y que tirarse y se encaminase al de princesa y gran señora, vino a llamarla Dulcinea del Toboso.

Contesta las preguntas en tu cuaderno:



1. ¿Por qué el hidalgo se pasaba mucho tiempo leyendo?
2. ¿De qué crees que tratarían los libros que leía el hidalgo?
3. ¿Por qué se volvió loco? Explicalo.
4. Describe todo lo que piensas que imaginaba el hidalgo iba a hacer una vez convertido en caballero.
5. Escribe las dos cosas necesarias que, según el hidalgo debería tener un caballero.
6. ¿A qué se refiere cuando don Quijote dice: "porque el caballero andante sin amores era un árbol sin hojas y sin fruto y cuerpo sin alma"?

Dibuja en tu cuaderno estos personajes, colorea y describe a cada uno de ellos.



Investiga en tu diccionario el significado de las siguientes palabras: ASTILLERO, ADARGA, FANEGAS, CELADA Y REPÚBLICA

¿Sabes por qué el hidalgo se autollamó "quijote"? Investígalo



Por una Pedagogía Humana, sin exámenes, sin miedo.
Construyendo aprendizajes con significado.



Mtro. Jesús González Molina
gonzalez_molina79@hotmail.com

2. EJERCICIOS LÓGICO MATEMÁTICOS.

"Haciendo cuadrados"

(Dos jugadores)

Objetivos matemáticos:

1. Aplicación de estrategias.
2. Desarrollar la atención.

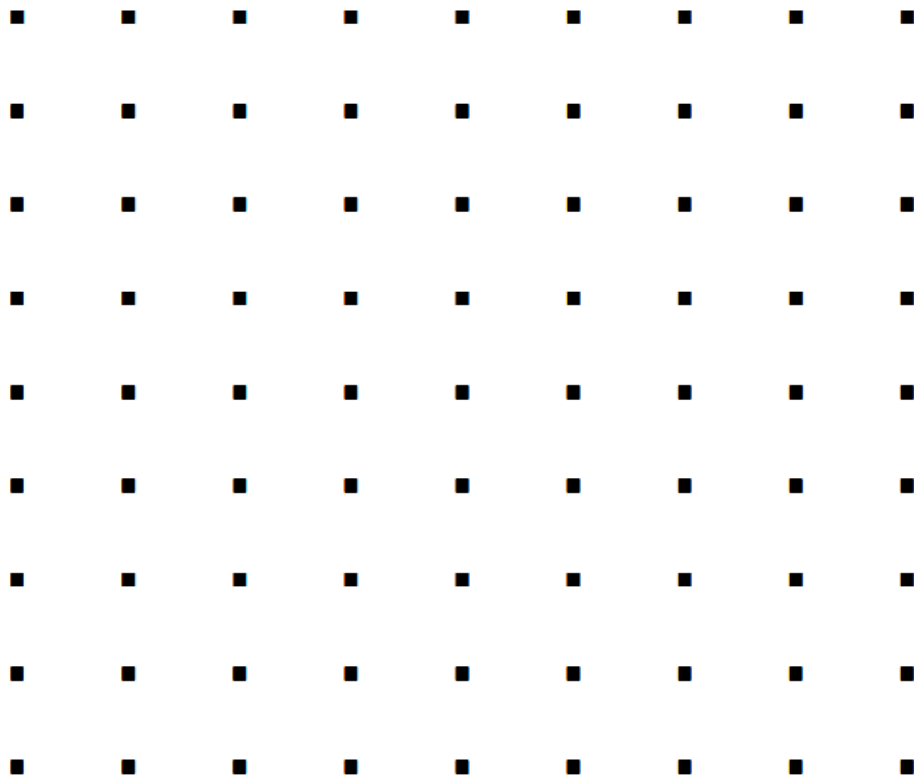
Material:

1. Malla cuadrada de 7x7 o 9x9 puntos.

Desarrollo del juego:

Cada jugador utiliza un bolígrafo de distinto color.

Se juega por turnos, uniendo dos puntos en horizontal y vertical (pero nunca en diagonal) deben formarse cuadrados y el que cierra el cuadrado lo marca con un aspa. Gana el que más cuadrados consiga.



“Adivina un número”

(Desde dos jugadores a toda la clase)

Objetivos matemáticos:

1. Formas de contar.
2. Aplicación de estrategias.
3. Desarrollar la atención.

Desarrollo del juego:

Cada vez un jugador dirige el juego. Anota un número de tres cifras (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) sin que nadie lo vea y sin repetir ninguna con la condición de que la primera no puede ser cero.

Empieza un jugador pidiendo un número y el que dirige el juego responde herida si hay una cifra igual pero en distinta posición y muerta si la cifra además está en la posición correcta; pero no dice cuál es la cifra herida o muerta).

Después le toca pedir al siguiente y así hasta que se adivine el número.

Se pueden jugar dos o tres partidas toda la clase para ver como funciona el juego y después jugar por grupos de 5 o 6 participantes.

También se puede jugar por parejas donde cada uno debe adivinar el número de su pareja.

“Pasar el río”

(Por equipos)

Objetivos matemáticos:

1. Aplicación de estrategias.
2. Desarrollar la atención.

Material:

1. Cuatro fichas para cada uno de diferentes colores.

Desarrollo del taller:

Un titiritero que iba recorriendo la ciudad llevaba consigo un lobo, una cabra y una col. Al llegar a la orilla de un río se encuentra con que la única manera de cruzarlo es con una barca en la que sólo cabe él y el lobo, o él y la cabra, o él y la col. Por supuesto no se atreve a dejar al lobo solo con la cabra ni a la cabra sola con la col. ¿Cómo conseguirán cruzar el río?

Para facilitar la tarea les podemos dar fichas de colores que simulen a los cuatro, o simplemente un recorte de papel con el nombre de cada uno.

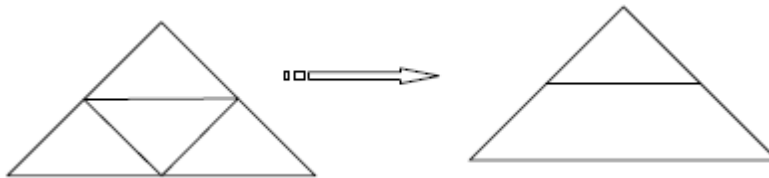
“PALILLOS”

Las siguientes instrucciones se pueden realizar por medio de dibujos o utilizando palillos para construir las figuras y probar con las formas:

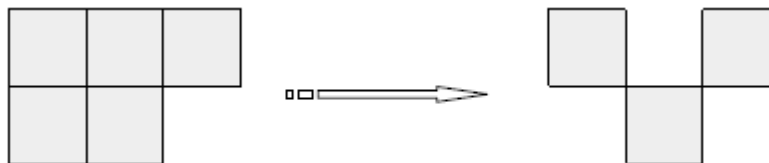
- Quitando dos palillos conseguir dos cuadrados.



- Quitando dos palillos conseguir dos triángulos equiláteros.



- Quitar tres palillos de los quince que forman esta figura de manera que queden tres cuadrados iguales.



- Intenta ahora retirar dos palillos y que queden también tres cuadrados (esta vez no tienen porqué ser iguales).

