



UAI
Universidad Abierta Interamericana



Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía

Carrera

Licenciatura en Psicopedagogía

Título

Trayectoria de rehabilitación de adultos adictos en cocaína, como proceso de aprendizaje

Tema

Recuperación de adultos adictos

Título a obtener

Licenciada en Psicopedagogía

Profesora en Psicopedagogía

Tutoras de tesis

Berta Rostein Gueller

Gabriela Márquez

Alumna

Melina Sol Jerez Valle

Sede

Centro

Año

Febrero, 2022

Agradecimientos

A mi madre y mi padre, mis mentores y a mi hermano, quienes fueron mis pilares por haberme acompañado y alentado de forma incondicional durante todo este tiempo, cuando mis fuerzas flaqueaban, inculcando siempre el no rendirse.

A mi hija, mi tesoro, quien supo comprender mis largas jornadas de estudio con todo su apoyo y amor.

A mi pareja, quien supo acompañarme en todos estos años.

A mis cuatro abuelos, quienes siempre me alentaron a seguir adelante.

A mi tía y a mis entrevistados ya que sin ellos no podría haber realizado este estudio de investigación.

A mis amigos, que compartieron conmigo sus experiencias, saberes y emociones.

A mis compañeras /os de estudio, por sus consejos y empatía.

A mis tutoras, Prof. Berta Rotstein Gueller y Gabriela Márquez quienes tan cálidamente me guiaron, tuvieron paciencia y respeto.

Resumen

Este Trabajo Final de Carrera presenta la problemática referente a: ¿Qué aprendizajes lograron en el proceso de rehabilitación, adultos adictos en cocaína, de acuerdo al Modelo Minnesota en la provincia de Buenos Aires, Argentina 2021?

En primer lugar, se llevó a cabo un estudio de indagación con enfoque cualitativo, descriptivo e interpretativo, en el cual se utilizó como estrategia metodológica el estudio de caso, por medio del instrumento de recolección de Historia de Vida de dos adultos adictos en cocaína, quienes iniciaron un proceso de rehabilitación en la Institución Identidad, de acuerdo al Modelo Minnesota. Este último es un tratamiento con enfoque integral de adicciones, el cual plantea dos requerimientos para iniciar la trayectoria de recuperación: Abstinencia total de todo tipo de sustancia psicoactiva en el organismo y cambio de hábitos mediante la aplicación de Los Doce Pasos, originarios de Alcohólicos Anónimos.

En segundo lugar, se utilizó la Teoría Fundamentada de los Datos para la sistematización y el análisis de la información recolectada.

En conclusión, se obtuvo como resultado que en el proceso de rehabilitación los adictos, mediante un cambio de razonamiento, lograron aprendizajes dirigidos hacia el autoconocimiento, autoconfianza y autocuidado.

En síntesis, estos sujetos lograron superar sus adicciones a partir de un trabajo en conjunto con la familia y el equipo interdisciplinario, siendo éstos un recurso de sostén primordial en la rehabilitación.

Palabra clave: adultos adictos, rehabilitación, Modelo Minnesota, aprendizajes, trayectoria

ÍNDICE

Introducción	5
Relevancia	6
PRIMERA PARTE: Antecedentes científicos	9
SEGUNDA PARTE: Marco teórico	14
Capítulo 1: Adicción	14
1.1 Conceptualización.....	14
1.2 Perspectiva de la adicción.....	14
1.3 Componentes:	16
1.4 Droga.....	18
1.1.4 Tipo de usos.....	19
a)-Social.....	19
b)-farmacológico.....	19
1.1.5 Vías de administración.....	20
1.5 Adicto.....	21
1.6 Marco Legal.....	21
1.7 Contexto Institucional.....	24
Capítulo 2: Aprender y rehabilitar	28
2.1 Como proceso de aprendizaje.....	29
2.1.1 Enfoques del aprender.....	28
a)-Desde la Cognición situada.....	29
b)-Como condicionamiento.....	30
2.2 Perspectiva médica e integral.....	30
2.3 Como elaboración de duelo de un adicto en recuperación.....	33
Capítulo 3: Trayectoria	34
3.1 Conceptualización.....	34
TERCERA PARTE	
Decisiones metodológicas	37

Encuadre	37
Instrumento y Muestra.....	37
Tema	37
Problema	37
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37
Análisis de los datos y diálogo con la teoría	38
Categorías emergentes.....	39
Inicio del proceso de rehabilitación.....	40
Contexto contextual.....	40
Componente Psicológico	45
Componente Social.....	49
Componente Biológico.....	49
CUARTA PARTE:	52
Conclusión.....	52
A modo de sugerencia:La intervención psicopedagógica.....	53
Referencias Bibliográficas.....	55
Anexo	62
Tabla de Matriz Categorical	
Entrevista 1 (A1)	
Entrevista 2 (A2)	
Entrevista 3 (D3).	

Introducción

El presente trabajo indaga la trayectoria de rehabilitación de adictos adultos en cocaína, como proceso de aprendizaje, implementando el Modelo Minnesota, en la Institución Identidad, perteneciente a la provincia de Buenos Aires, Argentina 2021.

Este modelo es un tratamiento con enfoque integral de adicciones, basado en la filosofía de recuperación o cuidado continuo del sujeto, que se diferencia de otros por concebir a la adicción como enfermedad incurable, multifacética y progresiva. Sus planteamientos han servido para desarrollar programas de rehabilitación en alcoholismo y otras sustancias psicoactivas en el mundo.

El siguiente trabajo final está organizado en cuatro partes de la siguiente manera:

En la primera parte se exponen los Antecedentes Científicos, los cuales muestran una vacancia de investigaciones específicas acerca de los aprendizajes logrados en el proceso de rehabilitación de adultos adictos a la cocaína, de acuerdo al Modelo Minnesota.

En la segunda parte se desarrolla el Marco Teórico organizado en tres capítulos.

En el primer capítulo se detalla la conceptualización de la adicción y los elementos interactuantes en el desarrollo de la misma. En el segundo capítulo se desarrollan tres enfoques de la rehabilitación. En el tercer capítulo se aborda la conceptualización de trayectoria y se ofrece una breve descripción de su clasificación.

En la tercera parte se enuncian Decisiones Metodológicas de la investigación, tales como el encuadre, los instrumentos y muestra, los objetivos, el análisis de los datos y las categorías emergentes.

En la cuarta parte el trabajo concluye con los aprendizajes logrados en el proceso de rehabilitación de adultos adictos a la cocaína y se implementan sugerencias en relación a la intervención psicopedagógica.

A continuación, se presentan las **Referencias Bibliográficas** y como **Anexos** las transcripciones de las entrevistas realizadas, gráficos y la tabla correspondiente a la matriz categorial.

Relevancia

Para Sánchez (2016) las adicciones constituyen uno de los principales desafíos para el sistema sanitario, ya que, en los últimos años en la Argentina, en general y en la provincia de Buenos Aires, en particular, ha habido un incremento muy significativo en el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, siendo cada vez más alto el porcentaje de personas que enferman y mueren, sin recibir una adecuada respuesta del Estado Argentino. Asimismo, este fenómeno está teniendo un alto impacto social, debido a que ejerce influencia directa en el aumento de la violencia doméstica y urbana, como así también en la inseguridad social, la inestabilidad laboral, el embarazo adolescente, la deserción escolar, la delincuencia, el suicidio, los accidentes de tránsito y en el deterioro de los lazos sociales.

Respecto a esta problemática, el consumo de alcohol en la Argentina, se posiciona como primera adicción, pasando el consumo de marihuana a ubicarse en un segundo lugar. Se estima que en nuestro país mueren más de 30.000 personas por año, por causas asociadas al consumo de alcohol. En tercer lugar, se encuentra el consumo de cocaína. Al respecto, un Informe de Naciones Unidas (ONUDD), en el 2010 señala que en la Argentina el 2.6% de la población comprendida entre los 15 y 64 años consume cocaína (equivalente a 600 mil personas), poniéndose por primera vez en el mismo nivel que Estados Unidos. Asimismo, Argentina posee el mayor consumo de cocaína en toda América.

De acuerdo a las adicciones como objeto de preocupación, se visualiza un aumento en la exclusión social y estigmatización, por este motivo se propone la inclusión en la agenda política y sanitaria de los países, respecto a la accesibilidad en la atención de la salud de personas con problemáticas de consumo. Señalan que la lucha contra el estigma, constituye uno de los asuntos más relevantes a nivel mundial, y que las reacciones sociales de estigma y discriminación, pueden constituir una epidemia más explosiva que la producida por la propia enfermedad.

Tal es la importancia que adquirió el consumo problemático de sustancias, que existe un marco legal en la República Argentina que lo contiene, en donde la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) plantea lineamientos específicos en cuanto a las políticas, los servicios de atención como al enfoque de Derechos Humanos con eje en la disminución del estigma y la discriminación que sufren las personas adictas cuando se vinculan con los efectores de salud.

La Ley Nacional 26.657 plantea como objeto:

Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Argentina, 2010, Art.1)

En su **Artículo 4** establece lineamientos específicos para las adicciones. Expresa que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (Argentina, 2010, Art. 4)

Habiendo expuesto que la problemática de las adicciones requiere la realización de un tratamiento, es importante pensar que los sujetos pueden tomar la decisión de recuperarse al iniciar una rehabilitación, que desde nuestra práctica psicopedagógica es concebida como un proceso de aprendizaje, ya que implica una transformación del adicto, quien debe aprender a convivir con su enfermedad y a apropiarse de conocimientos nuevos. A raíz de ello el campo psicopedagógico supone en palabras de Pozo (1996) en Reaño (2011) ser constituido como: “Un campo complejo de múltiples atravesamientos: subjetivo, familiar, escolar, institucional, político y cultural”(p.11). En este campo intervienen múltiples disciplinas para poder pensar el objeto de la Psicopedagogía: El aprendizaje.

Este último (aprendizaje) puede ser concebido por la autora Ricci (2020) como:

La configuración de los procesos situados de aprendizaje, que los sujetos en contexto construyen a lo largo de los distintos ciclos vitales o edades de la vida, al mismo tiempo lo conforman las vicisitudes que esos procesos de construcción de aprendizajes conllevan. (pp.75-116)

Vale mencionar que lo enunciado contribuye al campo psicopedagógico, ya que éste posee diversos ámbitos, uno de ellos judicial, asociado al campo de acción perteneciente a la Psicopedagogía Forense. Ésta interviene en los procesos de rehabilitación, debido a que se ocupa del impacto que causan distintas problemáticas sociales (adicciones) en el proceso de

aprendizaje del sujeto. Desde nuestra incumbencia psicopedagógica se trabaja en la detección, en la intervención del tratamiento y en la prevención.

PRIMERA PARTE: Antecedentes Científicos

Se hallaron estudios a nivel internacional, referidos a las distintas perspectivas y modos de abordaje asistenciales para el proceso de rehabilitación de sujetos con adicción en cocaína, quienes pertenecen en su mayoría a la población consumidora española, abarcando una franja de edad concentrada especialmente entre los 15 y 34 años, vinculada a la etapa de adultez. A continuación, la importancia de estas investigaciones supone diferenciar dos tipos de tratamiento de adicción en cocaína, los cuáles se complementan en el tratamiento.

Tratamiento Psicológico de adicción en cocaína

Sánchez Hervás et al.(2004) en sus estudios concluyen que las perspectivas de tratamientos que han demostrado ser efectivas para el manejo de la dependencia (adicción) a drogas como cocaína, opiáceos, alcohol, tabaco y benzodiacepinas corresponden al Modelo Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual, el cual tiene por objetivo el cambio de pensamiento, sentimiento y conducta.

En concordancia Secades-Villa et al.(2007) distinguen formas de intervención correspondientes a aquel modelo psicoterapéutico, las cuales son derivadas de diferentes modelos de aprendizaje, tales como: Exposición, proveniente del condicionamiento clásico; El manejo de contingencia, derivada del condicionamiento operante y la prevención de recaídas, derivada de la técnica cognitivo conductual.

Complementando con estos autores, García Rodríguez (2008), sostiene que el tratamiento psicológico incide en la importancia de los aprendizajes, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del consumo de cocaína. Este autor afirma que en la intervención vinculada a prevención de recaídas (derivada de la técnica cognitivo conductual) ,se pretende reconocer las situaciones de riesgo en las que es más probable que el paciente consuma, evitar estas situaciones cuando es posible y afrontar de forma más eficaz los problemas asociados al abuso de sustancias, de este modo, se focaliza en desarrollar el autocontrol, aprender a lidiar con el craving o deseo y manejar las emociones negativas relacionadas con el consumo y la desintoxicación. La misma se lleva a cabo mediante sesiones de formato individual en un contexto externo cuya duración es entre 12-16 sesiones a lo largo de doce semanas aproximadamente.

La intervención vinculada a la exposición consiste en modificar la sensibilidad ante los estímulos que producen angustia o temor, por ende, el adicto es puesto en contacto

sistemático y de forma segura con la situación que le genera conflicto, con los estímulos que le desencadenan ansiedad, miedo o que le producen emociones negativas, con lo cual puede establecer un nuevo aprendizaje.

La intervención vinculada al manejo de contingencias busca eliminar el consumo de drogas, por ende, identifica los factores de riesgo a nivel social, psicológico y biológico que contribuyen al uso de sustancias y ofrece un sistema de reemplazo con incentivos y desincentivos para promover la abstinencia de las mismas.

Como resultado, concluye que estas tres intervenciones son complementarias y deben integrarse dentro de los programas de tratamiento disponibles.

Tratamiento farmacológico de adicción en cocaína

Algunas investigaciones colocan su mirada en la perspectiva psiquiátrica del tratamiento. De acuerdo a este enfoque, La Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento (2015) (Agencia de Salud Pública de Catalunya), plantea que no existe un antídoto específico de eficacia comprobada para el tratamiento de adicción en cocaína, sin embargo, existen distintos medicamentos que pueden contribuir a dejar el consumo de la misma.

Los antidepresivos también han demostrado su eficacia en el tratamiento de la dependencia a la cocaína. Mientras que la fluoxetina no tiene un efecto en la reducción del consumo, el resto de antidepresivos en conjunto sí consigue reducirlo como por ejemplo la desipramina.

En pacientes con una patología psiquiátrica comórbida debido a la dependencia de la cocaína, se recomienda el uso de antipsicóticos. En este tipo de pacientes hay más experiencia con risperidona y olanzapina.

El Disulfiram ha demostrado su eficacia en personas con dependencia alcohólica asociada a la cocaína.

La Agencia de Salud Pública de Catalunya, (2018) concluye que la eficacia y éxito de cualquier tratamiento para la adicción en cocaína, dependerá de que el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario trabajen conjuntamente en la misma dirección y sigan las indicaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas.

Almanza Avendaño y Hortensia Gómez (2020) hallaron que los familiares intervienen en el desarrollo de la adicción. debido a que se ha obtenido mediante sus relatos los daños

provocados a nivel físico, psicológico y social (causados por la dependencia de su pariente) los cuales están vinculados a la incertidumbre, preocupación, ambivalencia, malestar emocional, entre otros. Como resultado, los autores plantean que la inclusión de los miembros de la familia, es un recurso valioso para el proceso de rehabilitación del adicto al promover el inicio de recuperación de éste.

Por su parte González Llona et al. (2015), en sus estudios, sostienen que el consumo de cocaína es más frecuente en hombres que en mujeres en la franja de edad entre 15 a 34 años y se relaciona a la cultura de la noche y fiesta, caracterizada por un consumo de menor cantidad, generalmente por vía nasal. Estos autores concluyen que las adicciones son cada vez más ampliamente reconocidas como una enfermedad crónica, en la cual, las recaídas son comunes, por lo tanto, el foco se centra cada vez más en la prevención y reducción de daños, los que se asocian frecuentemente a comorbilidad de enfermedades mentales. Afirman que dentro de las complicaciones psicopatológicas del consumo de cocaína los síntomas psicóticos son muy habituales, siendo la paranoia transitoria la más común.

Asimismo, Lorenzo (2014) en sus estudios, posee la intención de justificar la adicción como una enfermedad multifacética, crónica, progresiva e incurable. Esta autora concluye que aquella es una enfermedad física, mental y espiritual, que afecta a todos los aspectos de la vida del adicto, ya que plantea que el área física de la enfermedad consiste en el acto de compulsión de drogas, es decir, la incapacidad de parar de consumir una vez que se ha empezado. Define el área mental como la obsesión o el deseo abrumador de consumir, aunque el adicto tenga destrozada su propia vida y relaciona el área espiritual con el egocentrismo, el cual es concebido como un rasgo predominante del adicto, conocido como defecto de carácter y para modificarlo es necesario trabajar con los 12 pasos originarios del programa de Alcohólicos Anónimos.

Diagnóstico diferencial de trastornos relacionados con la adicción en cocaína

De acuerdo a la clasificación de los trastornos relacionados con sustancias, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR (1994), desarrolla estudios que dan a conocer datos estadísticos sobre la salud pública y específicamente recoge de forma extensa diferentes trastornos relacionados con cocaína, generado por el propio consumo, el cuál puede ser originado por intoxicación, abuso y dependencia o

inducidos por él, ya sea al transitar abstinencia, delirium, psicosis, ansiedad y alteración del ánimo, del sueño o sexual. Sin embargo, interesa mencionar aquellos signos relacionados al consumo, en especial a la dependencia de cocaína. Según el Manual estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) (1994), se define la dependencia como:

La creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia de cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Los sujetos con dependencia de cocaína a menudo necesitan discontinuar el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, como el cuidado de los hijos, pueden abandonarse para obtener o consumir la cocaína. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración. Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas. (p.235)

En contraposición con la cuarta edición, el DSM-V-TR (2014) incluye cambios cualitativos respecto al consumo relacionado con cocaína, ya que se elimina la distinción entre dependencia y abuso y se concluye como resultado la existencia del trastorno por consumo de estimulantes. Según el DSM V-TR (2014) para diagnosticar el trastorno por consumo de sustancias debe cumplirse dos criterios de los siguientes, durante 12 meses:

- Uso peligroso.
- Problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo.
- Incumplimiento de los principales roles por su consumo.
- Síndrome de abstinencia (también para el cannabis).
- Tolerancia, uso de mayor cantidad de sustancia o más tiempo.
- Intentos repetidos de dejarlo o controlar el consumo.
- Emplear más tiempo del que se pensaba en actividades relacionadas con el consumo.
- Tener problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo.
- Dejar de hacer otras actividades debido al consumo

En síntesis, se observó a España como aquel país donde se ve reflejado el mayor consumo problemático de cocaína, que es concebida como una droga ilícita y peligrosamente adictiva, que provoca graves consecuencias orgánicas, psiquiátricas y sociales en los adultos jóvenes, por ende, para abordar su adicción, entendida como una enfermedad multifacética,

progresiva e incurable, existen distintas perspectivas y modos de abordaje asistencial basados en la modificación de la conducta, los cuales son eficaces, tanto en ambientes residenciales como ambulatorios. En líneas generales, se recomienda incorporar a los familiares en los tratamientos, ya que la recuperación es considerada un proceso dinámico que no sólo ocurre a través del tiempo, sino que se relaciona con redes de personas, quienes retroalimentan al adicto brindándole apoyo emocional y convirtiéndose en motivadores para el cambio. La participación de los familiares no solo favorece el ingreso del adicto al tratamiento, sino que aumenta las probabilidades de que lo concluya y obtenga mejores resultados. Desde los hallazgos, las terapias conductuales (psicológicas) a menudo son el único tratamiento eficaz disponible para muchos de los problemas relacionados con las drogas.

Sin embargo, la combinación de terapias farmacológicas y conductuales o cognitivas son las que ofrecen mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con dependencia a la cocaína. Aún no se logra un fármaco eficaz para tratar la adicción a la cocaína. Se ha evidenciado vacancia, a nivel nacional, de investigaciones específicas que describen las vicisitudes pertenecientes a cada una de las fases de la recuperación de adultos adictos en cocaína, de acuerdo al enfoque del Modelo Minnesota. Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, se plantea como interrogante: ¿Qué aprendizajes lograron en el proceso de rehabilitación adultos adictos en cocaína, de acuerdo al Modelo Minnesota, en la provincia de Buenos Aires Argentina, 2021?

SEGUNDA PARTE: Marco Teórico

Capítulo 1: Adicción

1.1 Conceptualización

En el año 1974 la OMS arriba a la conclusión de que la adicción dejó de ser un término científico y recomendó su sustitución por el término dependencia a droga.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1982) la ha definido como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación. Esta definición puede ser aplicada tanto a las sustancias lícitas como a las ilícitas, según la clasificación del discurso jurídico.

Se toma aquí la conceptualización de la enfermedad desde el modelo de determinantes sociales, sostenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el marco de las Convenciones y principios de Derechos Humanos. Para este modelo es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.

1. 2 Perspectiva de la adicción

A mediados del siglo XX, tanto desde la Medicina como desde el Derecho, comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad antisocial que provoca una afección bio-psico -social y algo que hasta ese momento no era concebido como una problemática, comenzó a serlo. El argumento sobre la peligrosidad y la amenaza hacia terceros que genera el consumo de drogas, fue el más utilizado para justificar los tratamientos que recomendaban los especialistas para los adictos.

Las acepciones del término toxicómano, adicto, drogodependiente o drogadicto también responden a construcciones que varían a lo largo de la historia y que dependen de quién las expresa.

Según Touzé (2006) estos conceptos implican dar cuenta de diferentes modelos ideológicos que subyacen, los cuales analizan desde su perspectiva la interacción de tres elementos que intervienen en las adicciones:

- Sustancia
- Persona

- Contexto

Es posible señalar que este estudio se asienta bajo la perspectiva correspondiente al Modelo Bio- Psico- Social y Educativo.

Modelo Bio Psico Social y Educativo

Este modelo concibe a las adicciones como un proceso en el que coexisten. Según Romani(2016): “Una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social.”(p.119)

Para Romani(2019):“La representación más común de los factores de riesgo descritos es a través del triángulo: sustancia-sujeto-entorno (p.11). Este se expresa así:

- Las características de la persona, desde su estado de salud física y mental, factores biológicos, conductuales, características sociales, educativas, formativas y laborales, culturales, de identidad sexual, género, hasta su manera de interactuar en su contexto.
- El contexto en el que vive la persona, desde el más cercano (familia, amistades, comunidad), al más estructural (contexto socioeconómico, cultural y político).
- La sustancia o sustancias que consume, su cantidad, frecuencia, vía de consumo.

En primer lugar estos factores son representados de este modo porque son mutuamente influyentes, ya que cada individuo reacciona de una manera ante la sustancia que consume, ya sea por su edad, su estado anímico o el contexto en donde lo efectúe (en un ambiente recreativo, familiar, en el trabajo, en un centro penitenciario) y brindan una visión más completa ,puesto que permite ajustar más el diagnóstico individualizado, lo cual significa que no existen dos individuos iguales, ni las mismas motivaciones para consumir, ni la misma forma de interactuar con su contexto, ni de concebir su relación con el entorno, por ende el diagnóstico y la intervención deben centrarse en las características y necesidades de cada sujeto.

En segundo lugar, cada persona requiere un acompañamiento personalizado, basado en el análisis de los tres factores mencionados.

En tercer lugar, el Modelo Bio Psico Social, al integrar estos tres factores. Según Pons(2008):“No contempla a la persona que consume de forma aislada, sino integrada dentro de una estructura social que interviene sobre sus circunstancias, pero donde interviene a la vez” (pp.177-178). Por ello es tan importante contar con el entorno social en el tratamiento, tanto para buscar factores que intervengan en la adicción como para que sea posible que el sujeto bajo tratamiento pueda recuperar los vínculos con el entorno.

Asimismo, el énfasis en lo educativo refiere a dos factores:

1) “A la generación de hábitos de salud en la persona consumidora que pasa por el proceso de intervención terapéutica para tener hábitos saludables, seguir pautas de autocuidado y adquirir y mantener prácticas saludables, evitando las de riesgo(Instituto de Adicciones de Madrid,2017, p.75).

2) “A la facilitación de entornos comunitarios resilientes y protectores que potencien la cultura como factor protector del consumo de drogas, siempre bajo una perspectiva transcultural, de acuerdo con la diversidad del entorno donde se realice la intervención.” (Generalitat de Catalunya, 2020, p.36).

1.3 Componentes

A la luz de investigaciones recientes sobre la adicción, cabe destacar que tal como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad cerebral que provoca la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias adversas que ésta provoque. Asimismo, el Instituto Castelao, un centro de sanidad privada especializado en el tratamiento de adicciones, plantea diversos componentes que inciden en el desarrollo de las adicciones .

Para este instituto, la adicción es una enfermedad que posee una base biológica, psicológica y social, según las características de cada individuo:

Biológico: Refiere a la existencia de una predisposición genética en el individuo que lo hace más propenso, tanto a recurrir al consumo de drogas como a desarrollar una adicción. Este componente explica que el adicto no puede controlar su tendencia a tomar sustancias psicoactivas, puesto que su propia fisiología lo impulsa a ello. Las compulsiones y la necesidad de suministrarse constantemente dosis de drogas dominan la vida del sujeto, quien carece de herramientas de autocontrol sobre la situación de consumo problemático (adicción).

Psicológico: Predice el grado de riesgo de caer en el consumo de drogas como mecanismo de afrontamiento de la realidad. Este componente se vincula con el nivel de tolerancia del individuo a situaciones de estrés o frustración, así como a las habilidades sociales que éste posea. Entre las mayores causas psicológicas de riesgo que incrementan la condición de dependencia a sustancias nocivas para la salud se incluyen:

1. El estado de salud física y mental, la edad y la madurez psicológica.
2. Los niveles de estrés o ansiedad que maneje el sujeto, así como de dependencia emocional
3. La inseguridad personal o la baja autoestima.
4. El bajo nivel de autocontrol y de habilidades sociales y emocionales (entre las que se incluye el saber decir no, el expresar los propios sentimientos).
5. La búsqueda de sensaciones nuevas o de experiencias transgresoras o riesgosas
6. Baja satisfacción personal, actitud abúlica, la desconexión con sus pasiones, sus aficiones más genuinas, no saber procurarse sus propios momentos de divertimento de forma saludable.
7. El aislamiento, la inadaptación social
8. Las creencias y expectativas sobre el uso de drogas.
9. Falta de valores morales, éticos y metafísicos que sirvan de guía y den estructura a su vida.

Social: Se centra en el medio circundante donde está inserto el sujeto y en las interacciones sociales que posee el mismo en cuanto a familia, amistades o grupo de iguales. El inicio del consumo de drogas se realiza normalmente en la adolescencia; en el seno familiar o motivado por el grupo de iguales.

En relación a este último factor (social) podemos citar a Danis (2016) quien plantea que: “Es en el seno de la familia donde la adicción se hace sentir en primera instancia”. (p.77)

Por otra parte, Danis (2016) sostiene que: “En general la adicción se mantiene oculta por largo tiempo. Tanto el adicto como su familia viven en secreto su situación, debido a la vergüenza y el miedo que genera su posible descubrimiento”. (p.77)

En adhesión a los vínculos con el entorno, en este trabajo se refleja la existencia de una relación de dependencia por parte de los familiares con el pariente adicto, conocida como codependencia, por lo tanto, Danis (2016) plantea que “La codependencia se trata de una verdadera dependencia relacional que lleva a una relación fusional con el adicto, lo cual impide a este afrontar las consecuencias progresivamente desastrosas de su consumo.” (p.23)

Este fragmento refiere a que el codependiente intenta de manera compulsiva salvar al adicto de enfrentarse con la realidad, dejando de lado su vida, es decir olvidándose de sí mismo y colocando en primer lugar al otro (adicto), por ende, la dependencia con el sujeto enfermo es psicológica.

1.4 Droga

En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS), manteniendo un criterio clínico, la define como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. De esta manera, droga viene a ser sinónimo de fármaco y así continúa utilizándose en la literatura inglesa: *Drug*.

La OMS (1982) intenta delimitar cuáles son las sustancias que producen dependencia y conceptualiza el término droga como aquella con efectos psicoactivos, capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, susceptible de ser autoadministrada.

Actualmente desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de ésta.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan.
- No tienen ninguna indicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por lo tanto, el término droga se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica, también física y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social.

1.1.4-Tipo de usos

a) Social

- **Sustancias lícitas:** Son las socialmente aceptadas, de producción y distribución dentro del circuito legal. Ejemplo: El café, el mate, el tabaco, el alcohol.
- **Sustancias ilícitas:** Son las socialmente prohibidas. La producción y distribución de estas sustancias se realizan a través de un circuito ilegal y clandestino. En la cultura occidental, por ejemplo, son drogas ilegales la marihuana, el paco, el éxtasis, la cocaína, el lsd, entre otras.

b) Farmacológico

Según los efectos en el SNC, existen sustancias:

- Depresoras,
- Estimulantes,
- Alucinógenos
- Cannabinoides.

No obstante, este estudio propone abocarse a un tipo de consumo problemático vinculado a la droga ilícita y estimulante. La problemática de la misma (cocaína) comprende larga data y es abordada por diversos autores desde sus perspectivas, en distintos períodos, entre ellos se destaca Sigmund Freud, quien, en el año 1880 indaga los efectos y usos terapéuticos que genera aquella en el sujeto consumidor.

Mantiene un conflicto intenso ya que en un principio la considera un instrumento terapéutico, que ansiaba ligar con la cura de afecciones psíquicas. Este autor en Julio de 1884 publica “Uber Coca”, el cual es su primer escrito sobre la sustancia e identifica una sensación de optimismo, euforia y un marcado poder estimulante. Sin embargo, concluye que la misma produce efectos negativos al experimentar con un colega suyo, que, al ser tratado por un dolor con inyecciones subcutáneas, terminó desarrollando paranoia, delirios, trastornos y pérdida de autocontrol.

Por su parte Pascual, en el año 2001, reflexiona, a partir de un abordaje histórico, por qué ha crecido tanto en la actualidad el consumo de cocaína en España, ya que es considerada el país con más muertes por este tóxico y lo explica adoptando una postura etnográfica describiendo los usos de esta sustancia como el elemento de las prácticas culturales, entre ellas la proveniente de la tradición Inca. Según este autor:

- La palabra coca deriva de la lengua aymara y significa simplemente planta o árbol, también se dice que proviene del término Inca Kuka y tuvo un importante uso durante su imperio (originario de la región del Cuzco) en los siglos XIII al XVI de nuestra era. Para la tradición incaica fue Manco Copac quien otorgó la bendición de Mama Coca a una humanidad abrumada, para hacerla capaz de soportar el hambre y las fatigas. Mama Coca era una deidad equivalente a la diosa Ceres de otros cultos, y se incluía la coca en los sacrificios, en la creencia de que lo más valioso debía ofrecerse a los dioses. Los pueblos originarios de América masticaban las hojas tanto de tabaco como de coca como sustituto del refrigerio, para elevarse psicológicamente, como si alcanzaran un éxtasis muy leve.

Una de las coincidencias registradas acerca de los efectos producidos por la sustancia respecto de la cultura incaica, se relaciona con la perspectiva farmacodinámica, adoptada por Pascual (2001), quien afirma que:

La cocaína es un compuesto cristalino, C₁₇ H₂₁ N O₄, de color blanco y sabor amargo; es soluble en agua y reacciona con los ácidos formando sales. Penetra directamente en el sistema nervioso central (S.N.C.) a través del torrente sanguíneo produciendo una sensación agradable, anestésica y estimulante. (p.13)

1.1.5- Vías de administración de drogas

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (s.f), las vías consisten en la forma en que se introduce una sustancia en el organismo. Se clasifican en:

- Vía oral
- Inyección intravenosa (IV)
- Subcutánea o intramuscular
- Inhalación

- Fumada, o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, como las encías, el recto o los genitales.

1.5 Adicto

Según Valentín Anders (s.f) adicto proviene del latín addictus, cuyo significado es: *adjudicado legalmente a*. Este vocablo latino es designado en tiempos muy antiguos a un esclavo, el cual era en principio un hombre libre y había sido adjudicado a otro mediante un juicio oral. En épocas muy remotas de Roma se podía llegar a la esclavitud temporal o permanente por deudas.

Según la literatura de Narcóticos Anónimos (N.A) (s.f): “Una persona adicta es aquella cuya vida está controlada por las drogas.” Es una enfermedad crónica y progresiva que arrastra al sujeto invariablemente a los mismos lugares: Cárceles, hospitales y muerte.

1. 6 Marco legal

Los avances en materia de políticas de tratamiento de las adicciones y el consumo problemático de sustancias, reconocen que deben ser tratadas integralmente dentro del campo de la salud y en particular, de la salud mental y promover la descriminalización de las personas que usan drogas:

Ley 26.586 Sancionada:

Diciembre 2 de 2009 Promulgada:

Diciembre 28 de 2009

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso,etc. sancionan con fuerza de Ley:

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION Y PREVENCION SOBRE LAS ADICCIONES Y EL CONSUMO INDEBIDO DE DROGAS

Título I

Creación ARTÍCULO 1º — Toda persona tiene derecho a formarse para tener una vida digna vivida en libertad y es en la familia y en el ámbito educativo que se deben promover los valores, actitudes y hábitos de vida que permitan desarrollar una verdadera educación para la salud y la vida.

ARTÍCULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación, con

responsabilidades concurrentes del Ministerio de Salud, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en coordinación con la SEDRONAR o el organismo que tenga a su cargo las competencias en materia de prevención de las adicciones.

Título II

Objetivo

ARTÍCULO 3° — El presente programa tiene como objeto orientar las prácticas educativas para trabajar en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del Sistema Educativo Nacional.

ARTÍCULO 4° — Son objetivos del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas:

- a) Contribuir a formar personas que funden sus comportamientos y hábitos de vida en valores trascendentes que la ayuden a descubrir el sentido de respeto de sí misma, de libertad, de responsabilidad, de búsqueda del bien común y que puedan construir un juicio crítico, acerca de los mensajes que desde los medios de comunicación, fomentan la resolución de malestares o la mejora del rendimiento a través del consumo de sustancias;
- b) Diseñar e implementar acciones interdisciplinarias de educación y prevención sobre las adicciones, el consumo indebido de drogas en el ámbito educativo formal, de manera gradual, integral, continua y sistemática;
- c) Capacitar al personal docente y no docente de la institución escolar para educar para la salud y para la vida, en el marco de la libertad de enseñanza, de forma tal que los niños, niñas y adolescentes, desarrollen una personalidad que les permita afrontar con confianza los desafíos de la vida y los ayuden a construir proyectos personales y colectivos. Ofrecer a los demás miembros de la comunidad educativa espacios apropiados con la misma orientación;
- d) Complementar esta tarea con la difusión de medidas preventivas, que ayuden a orientar comportamientos y evitar situaciones de riesgo, incluyendo la revisión crítica de actitudes dentro del propio sistema educativo;
- e) Promover la vinculación con distintos sectores e instituciones, con el propósito de sensibilizar a la sociedad toda, sobre la necesidad de actuar conjuntamente en la prevención de esta enfermedad bio-psico-social y espiritual.
- f) Fomentar la realización de actividades con la finalidad de apoyar a las familias en su tarea educativa, en el contexto de un entorno afectivo y formativo que ayude a crecer en el

desarrollo de la voluntad, la libertad, la responsabilidad, el razonamiento y el juicio crítico, instando al acompañamiento familiar permanente, en el proceso de detección, tratamiento y seguimiento del consumo indebido de drogas;

g) Fomentar la no discriminación de las personas con conductas adictivas.

Título III

Autoridad de Aplicación

ARTÍCULO 5° — El Ministerio de Educación, propondrá a las provincias dentro del Consejo Federal de Educación los lineamientos curriculares mínimos del Programa Nacional de Educación y Prevención de las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTÍCULO 6° — El Ministerio de Educación con el acuerdo del Consejo Federal de Educación desarrollará los contenidos y el diseño de los programas y, a través del Instituto Nacional de Formación Docente, efectuará la capacitación por los mecanismos o procedimientos que permitan su multiplicación, de manera tal que puedan acceder a ellos todos los docentes.

ARTÍCULO 7° — Facúltase al Ministerio de Educación de la Nación para crear un Consejo Consultivo, de carácter federal, en el que se encuentren representados la sociedad civil, credos, centros académicos y expertos de reconocida trayectoria y experiencia en la materia. El desempeño de los mismos será honorario. El Consejo podrá ser requerido para: - Proponer acciones o instrumentos que mejoren y fortalezcan el desempeño del Programa. - Proporcionar e impulsar propuestas que atiendan a mejorar y facilitar la articulación territorial del Programa. - Difundir la información disponible del Programa entre las personas e instituciones de la sociedad.

ARTÍCULO 8° — La autoridad de aplicación, el Ministerio de Salud, en el marco del Consejo Federal de Salud, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en el marco del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia y el SEDRONAR, en el marco del Consejo Federal de Drogas, COFEDRO, o el organismo que tenga a su cargo las competencias en materia de prevención de las adicciones, articularán los esfuerzos con los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para facilitar la

disponibilidad de profesionales y equipos técnicos que efectúen las acciones requeridas por las autoridades educativas dirigidas a la comunidad.

Título IV

Financiamiento

ARTÍCULO 9º — El Poder Ejecutivo nacional incluirá anualmente una partida presupuestaria en la jurisdicción del Ministerio de Educación, con el objeto de dar cumplimiento al programa establecido en la presente ley. Título V Disposiciones transitorias

ARTÍCULO 10. — Autorízase al Jefe de Gabinete de Ministros a reformular el Presupuesto de la Administración Pública Nacional, a efectos de designar las partidas presupuestarias necesarias para dar cumplimiento al programa establecido por la presente ley.

ARTÍCULO 11. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DOS DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE. .

REGISTRADA BAJO EL N° 26.586 — JOSE J. B. PAMPURO. EDUARDO A. FELLNER.

— Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada

1.7 Contexto Institucional

Tal como se mencionó anteriormente, este estudio aborda la trayectoria de rehabilitación de adultos adictos a la cocaína, como proceso de aprendizaje. El mismo se realizó en la Institución Identidad, ubicada en la provincia de Buenos Aires Argentina, 2021.

Es una ONG dedicada al tratamiento integral de las adicciones, declarada en el año 2006 como entidad de bien público en el partido de San Isidro. A su vez comprende distintos centros de recuperación, con amplios espacios para el desarrollo de las actividades terapéuticas posibilitando la calidez, calidad y tranquilidad necesarias para vivenciar un proceso de rehabilitación confortable

Conformación de equipo interdisciplinario

La institución Identidad está constituida por un equipo interdisciplinario, el cual está integrado por profesionales provenientes de distintas disciplinas: Médico clínico. médico psiquiatra, consejeros especialistas en adicciones, psicólogos, profesor de gimnasia y asistente social.

Modelo Minnesota: Contexto Histórico

Se aborda las adicciones desde un enfoque de tratamiento integral llamado Modelo Minnesota, el cuál surge de la llamada Experiencia Minnesota y se origina en los Estados Unidos en los años '50, donde se implementa en tres centros pioneros: Willmart State Hospital- Hazel den y Pionner House la época en que el modelo se inicia, a pesar de no poder establecer una relación entre la adicción y alguna condición física o psiquiátrica, se plantea que debía haber congruencia entre considerar el alcoholismo una enfermedad y no responsabilizar al sujeto de esta.

Fundamentación

El Modelo Minnesota se asienta bajo una perspectiva concerniente al Modelo Bio Psico Social y Educativo, que considera el estilo de vida de los individuos como la interacción de tres niveles de comportamiento: Biológico, psicológico y social, en relación con el medio ambiente específico en el que cada sujeto se desenvuelve.

Según éste, la aparición de una conducta adictiva es resultado de la existencia de déficits en alguno de estos tres niveles (biopsicosocial) o de su medioambiente y encamina sus objetivos a solventar los déficits en la medida de lo posible, así como a fortalecer y optimizar, tanto a nivel individual como socio comunitario, los aspectos generadores de comportamientos adaptativos que facilitan el desarrollo de la persona y la permanencia en su medio ambiente.

Se considera necesario un programa de tratamiento científico y multidisciplinar, en el cuál participen profesionales de diversas disciplinas: psicólogos, médicos, pedagogos, asistentes sociales. La consideración multicausal biopsicosocial de la etiología adictiva obliga al establecimiento de objetivos de intervención en cada una de estas tres áreas: Médico – sanitaria. Psicológica. Socio – laboral. Aquel debe situarse dentro del modelo cognitivo comportamental, que explica el fenómeno de las adicciones mediante procesos interactuantes de aprendizaje: condicionamiento clásico, operante, aprendizaje mediacional, variables cognitivas, entre otras.

La conducta adictiva se define bajo dos supuestos básicos:

- Es una conducta aprendida
- Es una conducta que comporta recaídas.

El empleo del Análisis Funcional ilustra que cada sujeto es único con respecto a sus antecedentes, consecuencias de consumo y alternativas viables a ella. Estas diferencias animarán a los miembros del grupo a discutir sus antecedentes y consecuentes y les ayudará a identificar más aspectos de su problema.

Modelo Minnesota: Enfoque de tratamiento integral de adicciones

El Plan Minnesota combina elementos de los modelos terapéuticos tales como la Terapia Cognitiva Conductual, la Terapia Gestalt, la Terapia Sistémica.

La Teoría Cognitivo Conductual

La Teoría Cognitiva Conductual se aboca a modificar pensamientos y comportamientos. Está orientada hacia el presente, ya que se investiga el funcionamiento actual y no existen mayores exploraciones del tiempo pasado, sin embargo, se realiza una historia clínica y se focaliza en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conducta, es decir la TCC enfatiza aquello que debe hacer el sujeto para cambiar, en vez del por qué.

La Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt es un enfoque holístico de la experiencia humana. Asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos en curso y conciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción. Esta terapia moviliza el pasado vivido de cada sujeto y establece un contacto con el presente y un intercambio favorable con el entorno. A diferencia de la TCC cambia el "por qué" por el "cómo" otorgando perspectiva y orientación. Sus bases son el aquí, el ahora y la toma de consciencia de lo que hace el sujeto cómo lo hace y qué es lo que quiere o necesita en realidad y cómo puede conseguirlo.

La Terapia Sistémica

En la Terapia Sistémica, el punto de partida consiste en que el principio de toda conducta es la comunicación. La misma consiste en intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

Danis (2016) plantea que: “El modelo adopta la postura teórica de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y de los A.A y considera a la adicción como una enfermedad’ (p.43). En relación a la concepción de adicción como enfermedad, bajo este modelo, la misma presenta tres características:

- a) Es crónica, es decir incurable ya que un adicto jamás podrá consumir drogas en forma segura. Sin embargo, posee cuidado continuo(recuperación).
- b) Es progresiva, ya que lentamente el sujeto pierde salud, claridad en el pensamiento, en las relaciones, en el sano juicio, en la capacidad de decidir por el bien propio, y así se dirige hacia la autodestrucción.
- c) Es multifacética porque daña las distintas áreas del sujeto a nivel físico, mental y emocional.

En el plan Minnesota se estructura la atmósfera terapéutica para ofrecer el apoyo profesional y la guía necesaria para alcanzar las metas de tratamiento. Es un enfoque integral y multidisciplinario, donde los principios de Alcohólicos Anónimos (AA) son fundamentales.

El modelo, como se menciona en párrafos anteriores aboga por el concepto de enfermedad sin cura, pero con recuperación siempre y cuando se adhiera a las propuestas del modelo. Por ende, un adicto a cualquier sustancia, se mantiene en cuidado continuo si practica diariamente los principios espirituales del Programa de Doce Pasos (originario de Alcohólicos Anónimos), tomando como principal el Primer Paso, cuya intención es la aceptación de la propia enfermedad. Los Doce Pasos son un recurso que ofrece la Institución a los adictos y sirven de guía para cambiar de hábitos/actitudes, permitiéndoles así afrontar cualquier situación. Para trabajar estos pasos, es necesario fijar una meta a corto plazo: *Sólo por hoy*, cuál es el lema principal que pregona Alcohólicos Anónimos a sus miembros.

Recurso: Programa de los 12 pasos de A.A

1. “Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.”
2. “Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.”
3. “Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.”

4. “Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.”
5. “Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.”
6. “Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.”
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.”
8. “Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.”
9. “Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellas o a otras.”
10. “Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos rápidamente”.
11. “Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.”
12. “Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.”

Capítulo 2: Aprender y rehabilitar

2.1 Como proceso de aprendizaje

Este estudio aborda la rehabilitación de los adictos a la cocaína, como proceso de aprendizaje. Según Ricci (2020) el aprendizaje se puede concebir como:

La configuración de los procesos situados de aprendizaje, que los sujetos en contexto construyen a lo largo de los distintos ciclos vitales o edades de la vida, al mismo tiempo lo conforman las vicisitudes que esos procesos de construcción de aprendizajes conllevan. (pp.75-116)

Aquello es inherente al campo psicopedagógico, por ende, conviene destacar que la rehabilitación vista como proceso de aprendizaje, implica trabajar con el adicto, la autoestima, los pensamientos, los sentimientos, los hábitos, la capacidad de escucha, el respeto por los demás, actitudes prosociales y asertividad entre otras.

En concordancia con lo expuesto, López (s.f) plantea que aprender y rehabilitar es pensado como el acompañamiento al sujeto hacia su plena integración social, lo cual requiere

del sujeto transitar un proceso singular en contexto en el cual se apropian conocimientos nuevos y se los ejecuta en la práctica, mediante la toma de decisiones. En definitiva, la intervención, el trabajo de rehabilitación con enfermos crónicos debería contemplar cuatro direcciones diferentes, pero íntimamente conectadas: Salud, Educación, Calidad de vida, Comunitaria.

2.1.1 Enfoques del aprender

a-Desde la Cognición situada

Desde el paradigma de la Cognición situada, es decir, el aprendizaje *in situ*, en el cual se ponen en juego las subjetividades, la cuestión del otro, el contexto adverso, pensar en la rehabilitación del adicto como un proceso, implicaría formularse ¿Cómo aprende en situación este sujeto?. Se parte de la premisa que el conocimiento es situado, es parte y producto de la actividad, el contexto y la cultura en que se desarrolla y utiliza.

Desde la cognición situada, el aprendizaje se entiende como los cambios en las formas de comprensión y participación de los sujetos en una actividad conjunta. Debe comprenderse como un proceso multidimensional de apropiación cultural, ya que se trata de una experiencia que involucra el pensamiento, la afectividad y la acción.

Considerar el aprendizaje como un proceso multidimensional, implica pensarlo como objeto de estudio complejo, por ende, en lo que concierne a nuestro estudio, la trayectoria que realiza el adicto en ese proceso es personal, en la cual se trabajan los componentes a nivel biológico, psicológico, social y contextual que inciden en el desarrollo de la adicción. De acuerdo a la modalidad de trabajo implementada en el Modelo Minnesota los adictos logran modificar su pensamiento (afectado tras los años de consumo) y a raíz de ello aprenden a vincularse de otro modo con ellos mismos, (ya no desde la culpa, la mentira, manipulación, desconfianza, victimismo) y con el resto de los individuos, por medio de la honestidad, receptividad y serenidad, posicionados como sujetos enfermos, pero responsables. Este cambio en ellos es posible a través de los distintos recursos ofrecidos por la Institución, cuyo equipo interdisciplinario es quien se ocupa de realizar las distintas dinámicas de taller, armado de planes terapéuticos (personalizados), Aplicación de los Doce Pasos de A.A entre otros.

Por tal motivo, este cambio de razonamiento, desde el punto de vista psicopedagógico, implicaría una flexibilización de la forma relativamente estable que el sujeto tiene para vincularse con los objetos de conocimiento, es decir, de su modalidad de aprendizaje, la que es conceptualizada por Fernández (2010) como:

Un molde o esquema que se va a ir utilizando en las diferentes situaciones de aprendizaje, por lo tanto, mantiene la tensión entre lo que se impone como repetición/permanencia de un modo anterior de relacionarse y lo que necesita cambiar en ese mismo modo de relacionarse con el objeto a conocer, consigo mismo como autor, y con el otro como sujeto enseñante. (p.96)

Esta modalidad de aprendizaje se va estructurando en la interacción del sujeto con el medio.

b-Como condicionamiento

Desde la teoría psicológica del conductismo, el cual se ocupa de analizar la conducta observable, se desprende una de las variables denominada Teoría del Condicionamiento Operante, cuyo exponente es Skinner (1937), quien supone que la misma busca la consolidación de las respuestas según el estímulo. Este autor plantea que las acciones seguidas por un sistema complejo de recompensa se reforzarán y es más probable que vuelvan a ocurrir en el futuro. Desde esta perspectiva la rehabilitación implica un cambio de conducta por parte del adicto para vivir una vida en recuperación. Por ende, en este estudio se toman ambos conceptos (rehabilitación-recuperación) como sinónimos, teniendo en cuenta que poseen como característica común, ser un proceso que debe llevar un sujeto tras una enfermedad a fin devolver a adquirir aquello que se tuvo en algún momento previo y que, por distintos motivos, se había perdido:

2.2 Desde la perspectiva médica e integral

Por otra parte, es necesario destacar que la rehabilitación se conceptualiza desde dos modelos de abordaje que se mencionan a continuación,

a-Médica:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de rehabilitación alude a un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.

A su vez se refiere a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con miras a restituir a la persona su funcionalidad social y laboral o integral. Puede referirse más específicamente a:

- **Rehabilitación neuropsicológica**: Es un proceso en la atención sanitaria encaminado específicamente a restituir funciones cognitivas a quien sufrió un daño a las estructuras del sistema nervioso central.
- **Rehabilitación cardíaca**: Es un tipo específico de rehabilitación en medicina encaminado a habilitar funcionalmente a pacientes con cardiopatías.
- **Rehabilitación oral**: Es el tipo específico de rehabilitación en atención sanitaria y específicamente en odontología para devolver la función estética y armonía oral mediante prótesis dentales.
- **Rehabilitación psicosocial**: Es el proceso específico para que una persona con traumas mentales recupere capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad. Es fase necesaria en la rehabilitación social y laboral de personas con discapacidad y minusvalía por secuelas de enfermedad o trauma.
- **Rehabilitación laboral**: Es el proceso para restituir a una persona sus capacidades productivas laborales.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1969) define la rehabilitación como el conjunto de medidas médicas, educativas, sociales y profesionales para preparar o readaptar al individuo, con el fin de alcanzar la mayor proporción posible de capacidad funcional.

Integral:

Gómez y Curcio (2002) plantean que la rehabilitación es un concepto que evolucionó a expensas de la concepción de la salud y de la enfermedad, y determinan algunos elementos constitutivos del mismo.

- Su eje central es la consecución de la recuperación de la función.
- Más que la búsqueda de la supervivencia, propende al autodesarrollo.

- Las estrategias se orientan a recuperar, mantener o preservar la independencia física, mental, social y espiritual.
- Atención institucionalizada (incremento de costos sociales, familiares y personales, surgimiento de barreras de acceso e inequidades).
- Desarrollada por equipos interdisciplinarios.
- Introducción de nuevas técnicas y tecnologías soportadas con conocimientos científicos y populares.
- Acompañamiento, seguimiento y evaluación en su propio medio del progreso, deterioro y potencialidades.
- Requiere de una inversión mayor de tiempo, esfuerzo y recursos.
- Con objetivos específicos, concretos, realistas y conocidos por el adulto mayor, su familia y los cuidadores.

Sin embargo, estos elementos sugieren también una mirada distinta del abordaje de la rehabilitación, en términos de un trabajo más centrado en la familia, la comunidad y la corresponsabilidad individual y grupal para garantizar el contacto de la persona en su contexto cultural y social, es decir, “poder volver a ser para poder hacer”). Metáfora que induce a comprender la rehabilitación más allá de la recuperación, es decir, al mantenimiento de la funcionalidad.

Implica el logro de la autonomía e independencia, el establecimiento de redes y relaciones familiares, sociales y de apoyo, la continuidad o el rescate en la productividad, la autoconfianza, expresiones de comunicación y reforzamiento de capacidades para ser, hacer, tener, poder y amar.

Desde esta perspectiva, el modelo de rehabilitación ha de ser integral e integrado. Incluir al individuo en su ambiente y con su familia. Abordar el ser en su totalidad, desde lo biofísico, social, psicológico, afectivo y espiritual. Sustentados científicamente y en armonía entre los conocimientos, las tecnologías y los procedimientos. Con interacciones interdisciplinarias y multiprofesionales donde se conserven las individuales, pero con acciones globalizantes, es decir, que se tengan en cuenta las particularidades de cada persona y las generalidades de todos. Igualmente, han de ser dinámicos, flexibles y coordinados.

Esta conceptualización hace énfasis también en la educación y el entrenamiento como componentes fundamentales de la rehabilitación; por lo tanto, es la posibilidad de dotar a las personas de capacidades para seguir siendo, actuando y viviendo.

2.3 Elaboración de duelo de un adicto en recuperación

Fernandez (2010) en Marquez (2019) define el duelo como “el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad” (p. 39).

Una de las acepciones del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2018) refiere a algo personal y único, por lo que cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo, produce reacciones humanas comunes, afectando a la persona en diferentes aspectos: psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales.

Estas emociones se presentan en etapas, por lo que se deduce que el duelo es un proceso. No todas las personas avanzan del mismo modo por estas etapas, sino que cada persona puede percibir las etapas con distinto orden y distinta intensidad

Son numerosos los autores de las áreas de Psicología, Psiquiatría y Enfermería que han investigado sobre las etapas o fases por las cuales atraviesa la persona en el proceso de elaboración del duelo, una de ellas fue la elaborada por Elizabeth Kübler-Ross (1975)

-Etapas del duelo

La autora distingue cinco etapas, definidas por los cambios conductuales ante la pérdida. También suelen aparecer en profesionales sanitarios, familiares y allegados, generándose el siguiente proceso:

1) **Negación:** Es un mecanismo primario por el cual la persona en duelo no acepta aún su pérdida.

2) **Ira:** En esta etapa la rabia, el enojo, la ira, el odio y la envidia, surgen de manera irracional, incontrolable, ante la pérdida y los cambios que es necesario realizar para adaptarse a la nueva situación. El doliente, se encuentra enojado con Dios, con la vida y consigo mismos.

3) **Negociación:** Es la etapa en la que el doliente está evasivo, incrédulo, ambivalente, porque todavía no termina de aceptar su situación.

4) **Depresión:** Es una etapa de profunda tristeza; evidentemente, la manifestación propia del duelo. Es la fase de mayor duración, donde se expresa más libremente el dolor por la pérdida, real o simbólica.

5) **Aceptación:** En este momento, el doliente logra aceptar la pérdida y se reincorpora a su vida familiar y laboral.

Parkes (1970) describe el proceso de duelo recurriendo al concepto de fases, definiendo cuatro fases del mismo, y teniendo en cuenta que las personas pueden fluctuar entre las mismas, en lugar de seguir una secuencia fija, o saltarse alguna en el proceso. La primera fase es el período de insensibilidad que se produce en los momentos cercanos a la pérdida. Esta insensibilidad, que experimentan muchos supervivientes, les ayuda a desatender el hecho de la pérdida al menos durante un breve período de tiempo. Entonces la persona pasa a la segunda fase, la fase de anhelo, en la que se anhela que la persona perdida vuelva y tiende a negar la permanencia de la pérdida. La rabia juega una parte importante en esta fase. En la fase de desorganización y desespero, la persona en duelo encuentra difícil funcionar en su medio. Finalmente, es capaz de iniciar la cuarta fase, la fase de conducta reorganizada, y empieza a recuperar su vida.

Capítulo 3: Trayectoria

3.1 Conceptualización

Si bien este trabajo no se vincula directamente con el aprendizaje escolar, resulta relevante conocer las implicancias del término trayectorias según Terigi (2009)

- Trayectoria Teórica
- Trayectoria Real

Continuando con esta autora, mirar la trayectoria invita a redescubrir a la persona en el alumno, al alumno en su aula con un docente y tiempo determinado, al aula en la escuela conducida por un equipo directivo que a su vez es acompañado por un supervisor. El

concepto de trayectoria invita a pensar, y sobre todo a actuar, para promover la inclusión educativa y garantizar el ejercicio real y efectivo del derecho a la educación

Trayectoria Teórica

Según Terigi (2007): “Las trayectorias teóricas expresan itinerarios en el sistema que siguen la progresión lineal prevista por éste en los tiempos marcados por una periodización estándar.” (p.2)

Aquello refiere al desempeño de los alumnos a lo largo de su escolaridad, año a año, observando su punto de partida y los procesos y resultados del aprendizaje. Este concepto subraya la importancia de conocer la historia de cada alumno en la escuela, teniendo en cuenta su pasado y su futuro.

Trayectoria Real

Son expresiones de un conjunto de condiciones socioeducativas diversas que atraviesan la vida escolar. Esto no implica que deban verse como trayectorias fallidas. Sino que en el día a día de las escuelas hay discontinuidades y rupturas.

Hay alumnos que ingresan tardíamente al sistema, abandonan temporalmente, tienen inasistencias reiteradas o prolongadas, repiten de año una o más veces, presentan sobreedad, tienen un rendimiento menor al esperado. Estos factores determinan que las trayectorias reales, las que se encuentran en las escuelas, difieran de la teórica.

En síntesis, un conjunto complejo de factores incide en las múltiples formas de atravesar la experiencia escolar, muchas de las cuales no implican recorridos lineales por el sistema educativo.

Este último concepto se ve reflejado en las trayectorias de recuperación que comprenden los procesos de rehabilitación de cada adicto, ya que el plan Minnesota, plantea determinados objetivos, metas a corto /largo plazo y fases de manera gradual y secuencial, sin embargo, no todos los sujetos transitan el mismo recorrido ,debido a que existen obstáculos que promueven al fracaso del tratamiento, uno de ellos podría vincularse a no recibir apoyo familiar, o bien tener una recaída o reincidencia, la cual implica retornar a un estado inicial, es decir volver a tomar contacto con aquello (químico) frente a lo que se tenga dependencia,

independientemente de la cantidad o dosis. Por este motivo en este estudio, los entrevistados manifiestan que la recuperación es personalizada, cuyo tiempo depende de cada individuo.

TERCERA PARTE: Decisiones Metodológicas

Encuadre

Este estudio cualitativo es de tipo descriptivo e interpretativo en el que se analizan los aprendizajes logrados por los adultos adictos en cocaína durante el proceso de rehabilitación

Como enuncian Hernández Sampieri et al (1996):

El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es interpretativo pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen. (p. 10)

Instrumentos y Muestra

Los datos se obtuvieron con Historia de vida, de dos adultos adictos del mismo género, seleccionados por haber transitado iniciado un proceso de rehabilitación en una Institución llamada Identidad, perteneciente a la provincia de Buenos Aires Argentina, 2021.

El análisis se realizó a través de la teoría fundamentada de los datos.

Tema:

- Recuperación de adultos adictos

Problema:

- ¿Qué aprendizajes lograron en el proceso de rehabilitación, adultos adictos en cocaína, de acuerdo al Modelo Minnesota en la provincia de Buenos Aires, Argentina 2021?

Objetivos Generales:

- Comprender cuáles fueron los aprendizajes logrados, durante el proceso de rehabilitación por adicción en cocaína de los adultos adictos que participaron del plan terapéutico.

Objetivos específicos

- Relevar cuáles fueron las acciones que se ejecutaron para su recuperación.
- Describir los recursos utilizados para el logro de los aprendizajes
- Determinar cómo intervienen los diferentes componentes que configuran la adicción

Análisis de los Datos y Diálogo con la teoría

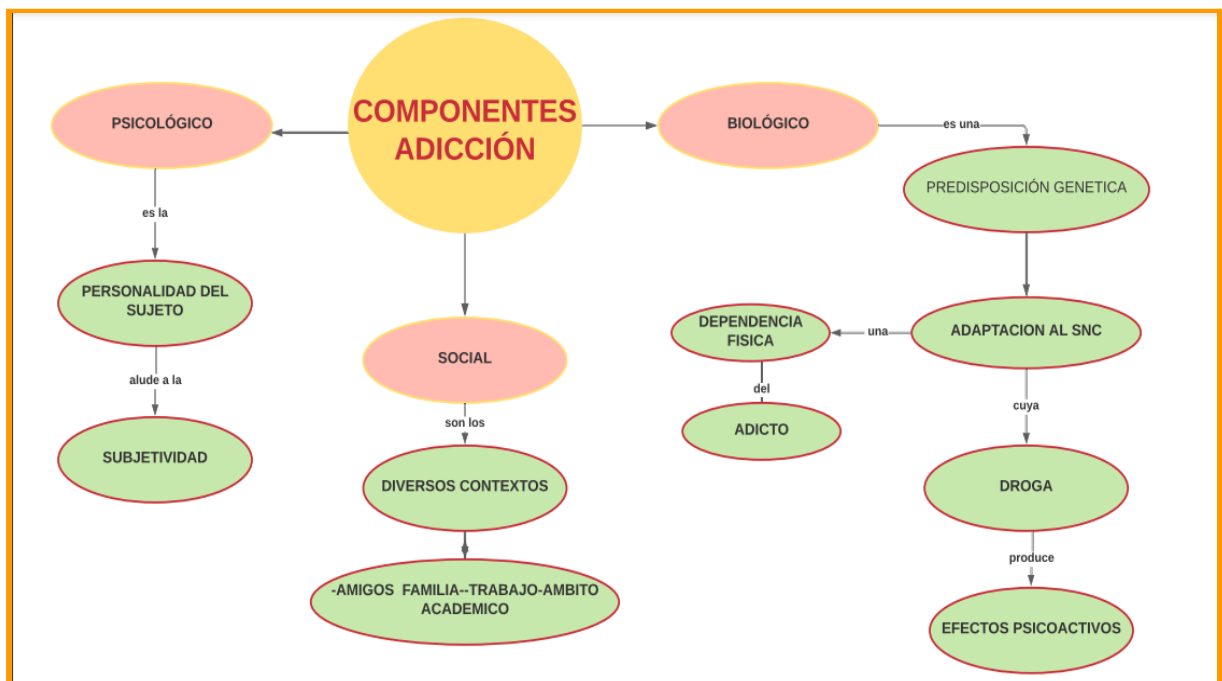
Categorías emergentes

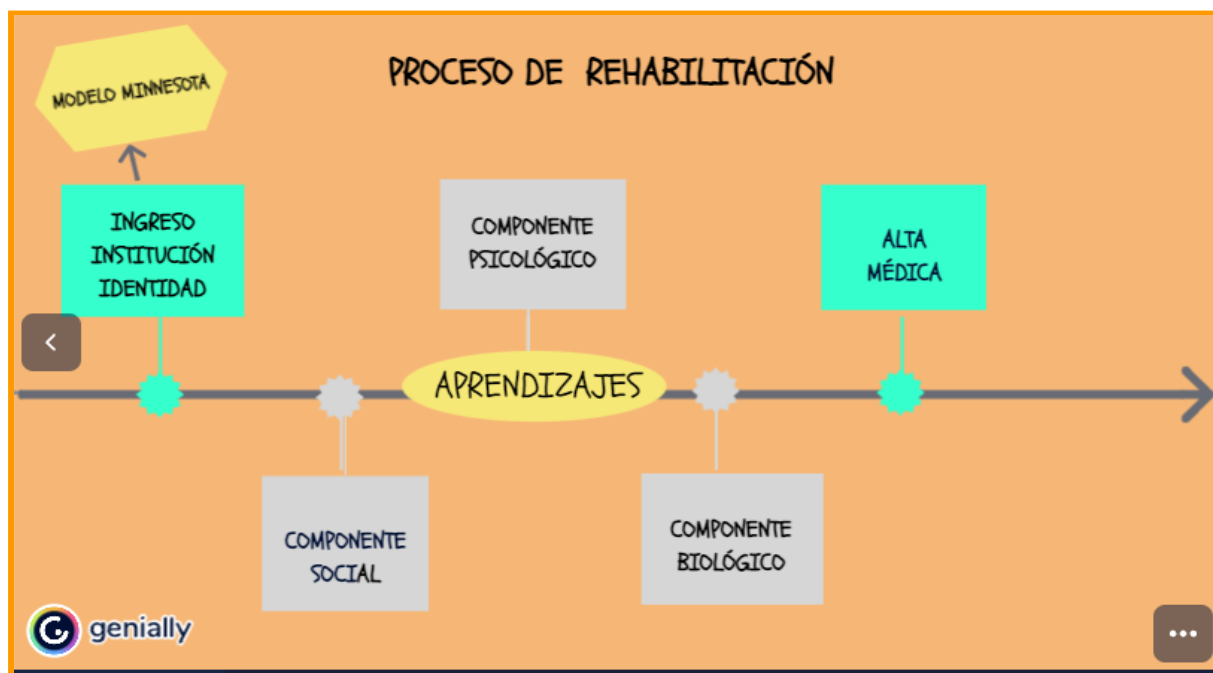


1

¹ Figura: Categoría emergente y subcategorías.

El gráfico permite visualizar los componentes que intervienen en el proceso de rehabilitación. Estos tienen un origen multicausal, es decir, aspectos a nivel psicológico, biológico, social y contextual inciden en su desarrollo. Ergo, en el análisis de los datos, emergieron diversas subcategorías donde se puede observar cómo la coexistencia de estos cuatro componentes ha sido trabajada en la rehabilitación de los adultos adictos en cocaína, la cuál es interpretada en este estudio, en términos de proceso de aprendizaje. A continuación, se detalla lo expuesto, señalando que la Institución en la que se indagó, aborda la rehabilitación de los sujetos adictos con un enfoque integral.





Inicio del proceso de rehabilitación en la Institución

Frente a la problemática de las adicciones, es importante que los adictos inicien un proceso de rehabilitación, el cual, en este estudio es constituido como un proceso de aprendizaje, lo cual es inherente a nuestro campo psicopedagógico. De este modo resulta conveniente partir de cómo fue el ingreso a este proceso y analizar diversos componentes (bio-psico-social y contextual), que operan en aquel de forma coexistente.

Componente contextual:

Incluye el escenario, donde se llevó a cabo el proceso de rehabilitación; Los sujetos, que asistieron al tratamiento por su problemática; El equipo de profesionales que conforma la Institución y la modalidad de trabajo ofrecida (recursos) de acuerdo al Modelo Minnesota.

Escenario: Institución Identidad:

- **Estrategias metodológicas**

La directora de la Institución destacó este modo de intervención: *“La Teoría Racional Emotiva, es el cambio de un sistema de pensamiento disfuncional por uno organizado y que funcione, en donde cambiando la manera de pensar, tenemos la posibilidad de cambiar nuestro sentir; esto es parte también de lo que nosotros trabajamos.”*(E3).De

acuerdo a lo investigado en este estudio ,la Teoría Cognitivo está orientada hacia el presente, ya que se investiga el funcionamiento actual y no existen mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se realiza una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; el énfasis de la TCC está focalizado más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.

Todo lo expuesto anteriormente permite conjeturar que el programa correspondiente al enfoque del Modelo Minnesota implicaría atravesar experiencias como estrategias metodológicas que impactan en el desarrollo de capacidades cognitivas en adictos: *“Pensa Meli que yo me fui re soberbio de ahí, creyendo que me las sabía todas, cuando en realidad eso era sólo un base para tener una dimensión de lo que era la recuperación. y subestime mi enfermedad, subestime lo que me habían enseñado. Eso me hizo dar cuenta de que el valor de la palabra lo tiene la acción, no la palabra, porque yo me había llenado la boca de promesas, porque mi familia tenía miedo de que volviera a consumir, entonces yo repetía la información que recibía”* (E1)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) El Aprendizaje Vivencial es aprender por medio del hacer. Es un proceso a través del cual los individuos construyen su propio conocimiento, adquieren habilidades y realzan sus valores, directamente desde la experiencia. Según la misma, éste comprende cuatro fases: Actividad, Análisis, Conceptualización y Conexión.

La primera fase aborda el ejercicio de una actividad elegida por el facilitador del proceso de aprendizaje. Es el momento del hacer, tiene como objetivo llevar al grupo a una experiencia posibilitadora de aprendizaje específico según el contenido programático del curso y sus objetivos. Pueden seleccionarse varias técnicas, como juegos, dramatización, ejercicios verbales y no verbales, simulación comportamental, procesos decisorios. Este momento es movilizador de energía emocional, puesto que cada participante expone libremente sentimientos, ideas y opiniones. El grupo, a través de sus miembros, podrá involucrarse y mostrar apertura de diversas formas: exponiéndose, siendo espontáneo, auténtico, intercambiando opiniones. En este caso será posible elaborar un proceso de diagnóstico de la situación vivenciada.

La segunda fase es el momento del proceso de diagnóstico en que el grupo expresa lo que vivió, lo que percibió siendo estimulado, contenido y escuchado por el facilitador. Es el relato de la situación vivenciada. Aquí el cómo es más importante que el qué. En este procesamiento, el facilitador, en tanto, oyente y analista, harán un cierre acerca de lo expresado por el grupo.

La tercera fase es donde el facilitador organiza el pensamiento del grupo, promoviendo la toma de conciencia de lo que fue vivido y se construye el mapa cognitivo.

La última fase del proceso parte de la actividad lúdica y, a partir de lo que fue construido y conceptualizado, se buscan experiencias allá afuera, profesionales o personales, y se expone a una posibilidad de cambio. Es el momento de la generalización y aplicabilidad para el futuro.

En concordancia con el aprendizaje vivencial: *“El primero que se hace es el Taller de bienvenida. Todos son en círculo, esto es para que todos estemos a la misma distancia, unos de otros (gesticula). Se crea una energía o se vive de forma muy emotiva. Son movilizantes Siempre los talleres están coordinados por un consejero, el que dirige el taller y se encuentran los compañeros, unos sentados al lado del otro.”* (E2)

“En este taller de bienvenida, los compañeros/as pasan su experiencia, qué es lo que les pasó al entrar a Identidad y yo como recién llegado hablé, me quebré porque venía derrotado, vacío. Después, hay otros donde se comparte La Res, que significa recuento de Eventos Significativos, es lo que se escribe todos los días a la noche, escribís lo que te pasa en el día. y Hay dos talleres a la mañana y dos a la noche donde se comparte esa RES. Hay otro que es sentimiento libre, donde habla cada uno de lo que le pasa, Los viernes había dinámicas, donde se toma un tema en particular. la consejera te hace cerrar los ojos, ponen música, se hace silencio en un momento y ella te va dirigiendo. Después se hacen palestras, que ahí el paciente interactúa con el que está dando la palestra, se recibe información y en sí tiene una estructura la palestra, pero todo se va formando en el momento. Te dan información que es escrita, donde eso permite que sea retenida de otro modo.” (E2)

Recursos

Los recursos materiales se conciben como cualquier instrumento u objeto que pueda servir como recurso para que, mediante su manipulación, observación o lectura se ofrezcan

oportunidades de aprender algo, o bien con su uso se intervenga en el desarrollo de alguna función de la enseñanza.

- **Tiempo**

De acuerdo a la modalidad de trabajo, según el Modelo Minnesota, uno de los recursos utilizados por el equipo interdisciplinario refiere a planes terapéuticos individualizados: *“Yo estuve un año y cinco meses internados”* (E1); *“El tiempo es relativo, yo me fui a los once meses. Después de terminar todos los planes que te dan, estás listo para ser parte de la sociedad, o estar listo para vivir. Vos te vas, tenés tu alta de internación, pero tenes que seguir un cierto parámetro, dos veces a la semana tenes que volver a la casa donde estabas, hacer grupos, escribir cosas, trabajar, estudiar, depende de cada uno y ahí se dan cuenta de cómo vas evolucionando. Hay gente que vuelve porque recae y cuando es así se les da el plan de recaída donde tenés que profundizar cómo fue que terminaste recayendo. En mi caso fue tanto mi cambio de vida, de mi pensamiento y del sentir, El conectar con mi hija, dejar de estar atormentado con mis pensamientos”* (E2)

- **Aplicación de Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos**

- *“Yo no es que escribía el programa ahí dentro, no es que me decían que escribiera el primer paso, sino que fui pasando por todos los pasos, el primero, el cuarto en toda la internación. No me decían: Vamos a trabajar de tal paso a tal otro, pero si me decían que el objetivo de ellos era que el adicto que salía de esa fundación, tenía que irse sabiendo el primer paso., teniéndolo claro.”* (E1)

En relación a este fragmento, otro recurso ofrecido por la Institución se vincularía a Los Doce Pasos. La Literatura de Narcóticos Anónimos (1992) (NA) plantea que muchos adictos al implementar el programa, originario de Alcohólicos Anónimos, aprenden sobre sí mismos, lo cual se puede evidenciar en el relato de la directora de la fundación donde asistían ambos sujetos:

- *“Utilizamos muchos recursos terapéuticos para lo que es el abordaje de las adicciones. Uno de esos recursos y una filosofía conceptual que tenemos dentro de todas las herramientas están los Doce Pasos, que el Modelo Minnesota es el que los contempla. No es lo único que trabajamos. Nosotros trabajamos en un cambio de estilo de vida, un cambio de*

la manera de pensar y un cambio en lo que tiene que ver con los hábitos de la persona, La piedra basal del tratamiento si es la filosofía de Los Doce Pasos.” (E3)

- “No necesariamente tiene que escribir los doce pasos una persona para irse de alta definitiva, de hecho, no trabajamos en lo que es internación los 12 pasos enteros, sino que ponemos énfasis en los primeros cuatro pasos y los planes terapéuticos” (E3)

Siguiendo lo planteado por la literatura de Narcóticos Anónimos, estos pasos son la guía que los sujetos utilizan para cambiar y para ello es necesario estar dispuesto a ser receptivos a sus ideas y lo más importante: Aprender a ser honestos Cabe aclarar que cuando comienzan a trabajar los pasos, generalmente desarrollan nuevas actitudes, ya que sin drogas sus pensamientos se vuelven más claros, lo cual les permite darse cuenta que empiezan a construir una nueva forma de vida. Asimismo, a medida que trabajan los pasos, sus reacciones y emociones mutan, es decir comienzan a atraer otras personas en su vida, en vez de apartar a los demás, aprenden a confiar, a que les tengan confianza y sobre todo a no ocultar quienes son por miedo al rechazo. Respecto al trabajo de dichas cuestiones, Goofman (1963) conceptualiza el estigma como una marca, una señal, un atributo profundamente deshonoroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien «manchado». En los casos más extremos de estigma, se legitima el hecho de que estas personas sean excluidas moralmente de la sociedad y que además producen una serie de emociones negativas en el resto, como el miedo o el odio.:

-” Yo llegue, egocéntrico, sentía que lo que me pasaba a mí no le pasaba a nadie, me sentía diferente “(E2)

- **Herramientas terapéuticas**

El estudio de estos incidentes, dan cuenta de la importancia de aquellos recursos implementados y del asesoramiento de los miembros del equipo interdisciplinario, quienes intervinieron en el proceso de rehabilitación de los adictos , mediante la utilización de herramientas terapéuticas, con la finalidad de que estos logren aprender a vivir de un modo distinto respecto del anterior ,transformado su pensamiento adicto lógico en un pensamiento sano , por medio de la acción del hacer ,es decir, a través de la ejecución de habilidades lingüísticas como la expresión escrita , comprensión lectora expresión oral y comprensión auditiva ,aplicando el principio de honestidad y así lograr reinsertarse en sociedad como

individuos responsables :“Mira, lo que yo me acuerdo es que antes de llegar a la Fundación, yo había leído información porque ellos tienen publicado una página donde te explican el plan , como van a ser tus días o los talleres. Pero tengo como pantallazos, de que cuando llegué, me explicaron el Modelo Minnesota, su estructura, sus talleres. Había talleres para compartir, de meditación, se hacían ejercicios y había momentos de tareas manuales, donde hacíamos limpieza y orden” (E1)

A su vez, se infiere que las herramientas de trabajo ofrecidas por la institución a través de los distintos talleres de escritura y recursos visuales, promoverían un enfoque que apunta a la percepción visual, lo cual estaría asociado a su eficacia por ser considerada un sistema de representación dominante en la mayoría de los sujetos: “El primero que se hace es el Taller de bienvenida. Todos son en círculo, esto es para que todos estemos a la misma distancia, unos de otros(gesticula). Se crea una energía o se vive de forma muy emotiva. Son movilizantes. Siempre los talleres están coordinados por un consejero, el que dirige el taller y se encuentran los compañeros, unos sentados al lado del otro. En éste de bienvenida, los compañeros/as pasan su experiencia, qué es lo que les pasó al entrar a Identidad y yo como recién llegado hablé, me quebré porque venía derrotado, vacío. Después, hay otros donde se comparte La Res, que significa recuento de Eventos Significativos, es lo que se escribe todos los días a la noche, escribís lo que te pasa en el día y hay dos talleres a la mañana y dos a la noche donde se comparte esa RES. Hay otro que es sentimiento libre, donde habla cada uno de lo que le pasa” (E2)

“En la internación vos trabajas, el primero, segundo y el tercer paso, lo trabajas sin escribirlo, es decir, no es que lo escribís estructuradamente como está en la guía de preguntas. El programa se llama programa Minnesota, tiene una guía de pasos y estos pasos tienen diversas preguntas. Los vas trabajando en los talleres, dinámicas. Dentro de lo que que haces en internación, tenes que escribir ciertas consignas en los planes, ejemplo, escribir diez Tocadas de fondo emocionales, fuertes, donde hay pérdidas grandes y ahí te das cuenta de las pérdidas por consumir. El primero que te das en las diez tocaditas de fondo y después la compartís en tu taller con tus compañeros y consejero.” (E1)

Componente Psicológico

Incluye el grado de riesgo de caer en el consumo de drogas como mecanismo de afrontamiento de la realidad, lo cual está vinculado con el estado de salud física y mental, la

edad y la madurez psicológica., la baja autoestima, o bien, la necesidad de una autoafirmación., el bajo nivel de autocontrol y de habilidades sociales y emocionales (entre las que se incluye el saber decir no; el expresar los propios sentimientos)

- **Emociones**

Ante el ingreso a la Institución Identidad, se observó que los adictos se sentían vencidos, es decir, se percibían en un estado de rendición, con un pensamiento que se fue modificando en el proceso de rehabilitación:

“Fui con mi viejo, y me recibieron con mucho cariño amor, imagínate que yo fui derrotado, vencido” (E1); “Yo llegué, totalmente derrotado, vencido, era la nada misma hablar conmigo era como hablar con la pared porque yo no emitía palabra alguna, yo tenía miedo, no sabía dónde estaba entrando. Nunca había tenido contacto con Narcóticos ni con una recuperación” (E2)

Es de suma importancia destacar que su forma de pensar, afectada tras los años de consumo de cocaína se encuentra en concordancia con la teoría del pensamiento adictivo que postula Sedlak (1983), quien afirma que éste inhabilita a los a los adictos a tomar decisiones sanas por el bien propio, por ende, la peculiaridad de este tipo de pensamiento no le permite razonar consigo mismo. A partir de esto se puede conjeturar, que el proceso de rehabilitación de los pacientes pretendería un cambio en la forma de razonamiento y consecuentemente una transformación en la gestión de las emociones de ellos mismos : *“En la recuperación era todo el tiempo pienso y siento ,pienso y siento .Así me hicieron trabajar la parte emocional y reconocer el pensamiento dentro mío”*(E1).Esta estrategia implementada por la Institución Identidad es avalada a partir de La Teoría Cognitivo Conductual, la cual se aboca a modificar pensamientos y comportamientos.

- **Pensamiento adictológico**

Mediante las historias reveladas, en el período de tiempo que el paciente ha estado en rehabilitación es posible pensar que los adultos adictos modificaron algunas cuestiones vinculadas al pensamiento .Una de las principales estaría asociada por un lado a la forma de percibirse a ellos mismos y a cómo sienten que son vistos por los demás , por otro lado al

reconocimiento adecuado de los sentimientos respecto de los daños causados por el consumo problemático y al modo de concebir la realidad, Este pensamiento conocido como adictológico y/o adictivo con el cual ingresan, se puede evidenciar de la siguiente manera :

“Yo no consumía para sentirme bien, yo consumía para no sentirme mal. Tenía todo ese desgarró de que estaba tirando mi vida al tacho, por eso detrás de cada dosis quería apagar eso. Sin embargo, cuando el efecto se va, vuelve a aparecer ese desaliento, la vergüenza, la angustia y la obsesión por querer parar y no poder. Es ahí donde aparece esa compulsión.” (E1)

- **Percepciones**

Goofman (2008) postula que la percepción es el proceso activo de localización y extracción de la información obtenida del medio externo. Complementando, Purves et ál. (2007) plantean que las actividades cotidianas dependen en un gran porcentaje del sistema visual. La visión se ha convertido en uno de los sentidos más relevantes, puesto que la mayor parte de las actividades que el ser humano realiza dependen de la información que llega a la retina, y que luego es seleccionada y procesada por la corteza visual

■ En relación a las distintas dinámicas de talleres ,se percibe un vínculo con la escritura, en el cual se busca una apropiación,manifestada en la necesidad de relación corporal con el soporte papel,lo cual fomentaría el autoconocimiento, a través de un proceso de autoexamen.observando detenidamente sus actitudes, actos y comportamiento, en donde el paciente puede identificar firmezas y debilidades en su propio programa de recuperación: *“El primer paso habla de que somos impotentes ante nuestra adicción y de la pérdida de control que nos causa la enfermedad, nos domina y ese paso se trabaja todos los días en la Fundación, con los talleres, con la escritura en el taller de RES (Recuento de eventos significativos), también se trabaja con los planes terapéuticos y aparecen otras cosas como el miedo, la enmienda. Es como un popurrí de los doce pasos, armados en una estructura para el paciente.” (E1);*

- **Autoestima**

Wilber (1995), señala que la autoestima está vinculada con las características propias del individuo, el cual hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo. El autor indica que la autoestima es base para el desarrollo humano. Plantea que el avance en el nivel de consciencia no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismos, sino que impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, impulso que para ser eficaz exige saber cómo enfrentar las amenazas que acechan, así como materializar las aspiraciones que nos motivan: *“Aprendí a confiar en el otro y en mí, porque yo antes pensaba que yo era una carga. Cuando yo empecé a recuperarme y ver que lograba cosas, empecé a confiar en mí y saber que yo sí podía, que sí lo elegí es porque puedo Ser responsable es algo de todos los días, esto es hoy, es el día a día.”* (E2)

- *“Pero bueno el Programa de la Fundación me llevó a descubrirme, reconocer, observar las partes negativas, que también son las que me conforman, que no las pongo en juicio, si son buenas o malas, sino que las internalizo y pienso si son funcionales o no, si me sirven o no. y ahí es cuando empecé a redescubrirme y decir: Ah yo no soy esto, soy tal cosa. Cuando mi cabeza piensa de tal forma, tengo este defecto, las consecuencias son estas.”* (E1)

- **Identidad**

Es preciso señalar que en cuanto al proceso de recuperación, un aspecto central que manifestaron los sujetos durante las entrevistas estaría vinculado a la inquietud de querer conocerse, es decir saber quiénes eran debido a que justifican haber perdido su identidad a causa del consumo: *“Ahí va esto último que dijiste, el adicto pierde su identidad porque no quiere ver esas partes emocionales y toda esa parte mala y/o destructiva, entonces empieza a perder su identidad y yo la perdí, porque hubo un momento en que yo no sabía quién era, hay pactos que uno tiene consigo mismo de niño que jamás rompería”(E1) ; “Yo siempre fui un personaje, yo vivía mi vida como si fuera una película, después terminé sin saber quién era yo, entonces ¿quién era yo? Por eso sé que mi mayor pérdida fue mi identidad, mi personalidad, además yo consideraba que mi verdadero yo era ese chico drogado, pero lo conseguía sólo cuando consumía drogas”* (E2)

Siguiendo esto, es posible pensar que, en la rehabilitación, los adictos se ocupan en atender tres aspectos cualitativos, haciendo foco en su estigma, su autoestima y las emociones, las cuáles según el autor Albert Ellis (1962) devienen de los pensamientos y no de las situaciones.

En concordancia con lo enunciado, tal como plantea Danis (2016): “Es habitual que con las pérdidas de control, que son consecuencia del consumo, el adicto pierde paulatinamente su autoestima”.(p.58)

Componente social:

Incluye las interacciones sociales que posee el mismo en cuanto a familia, amistades o grupo de iguales. Mediante el análisis de los incidentes vinculados al grado de participación y/o acompañamiento en el proceso de rehabilitación, es posible pensar a los miembros de la familia y profesionales del equipo, como un recurso de sostén fundamental que contribuye a la recuperación del pariente adicto. Motivo por el cual la autora Danis (2016) plantea que “Es en el seno de la familia donde la adicción se hace sentir en primera instancia. Debido a ello la familia reacciona primero y trata de motivar al adicto a tratarse” (p.77): *“Ella pidió ayuda desde que yo era adolescente, era el plan que tuvo toda su vida conmigo. Yo puedo decir, que ella me salvó la vida, por lo menos ella es la que me dio el empuje, me abrió las puertas. Ella fue la que me pagó toda la internación.”* (E2)

“Yo le pedí ayuda a mis viejos y ellos me derivaron a una psicóloga que había tratado con algunos casos de adicción, y en una charla con ella, me cuenta que, en sí, no se especializaba en adicciones pero que si había tenido pacientes que tenían problemáticas de consumo y que fueron a un grupo de autoayuda de Narcóticos Anónimos y les había funcionado. Me sugirió ir y así fue. Me metí en internet buscando alguno de estos grupos, pero no funcionó, porque juntaba días limpio y después volvía a tomar cocaína. Entonces dos de los integrantes de ahí, es decir dos compañeros me aconsejaron que me fuera a internar, ya que yo no paraba de tener recaídas” (E1)

Componente biológico:

Refiere a la existencia de una predisposición genética en el individuo que lo hace más propenso, tanto a recurrir al consumo de drogas como a desarrollar una adicción. Estos

factores explican que el adicto no puede controlar su tendencia a tomar sustancias psicoactivas puesto que su propia fisiología lo impulsa a ello. Las compulsiones y la necesidad de suministrar constantemente dosis de drogas dominan la vida de la persona que carece de herramientas de autocontrol sobre la situación de consumo. En relación a lo expuesto se establece una diferencia mediante los relatos, en los que se observa que uno de los adictos tuvo una recaída mientras que el otro no, lo cual se produce tras experimentar un período en abstinencia de consumo:

“Si bien yo estuve un año internado, recuerdo que a los dos meses de internarme , tuve una recaída , en uno de los permisos y cuando volví a la Fundación, hable con una consejera ,le conté lo que había hecho y le dije: siento que realmente no se nada y ella me respondió: Eso es una de las mejores cosas que te pueden pasar”(E1) ; “Considero que fui bastante obediente, no recaí, cumplí con los horarios”(E2), esto reflejaba la denominada ilusión de control o sesgo de ilusión de control, la cual Langer (1975.) ha definido como aquella creencia errónea en la que uno puede realizar algún tipo de acción, o que tiene estrategias para controlar la aparición de eventos que en realidad son producidos por azar. A raíz de lo mencionado ,a través de investigaciones recientes en este estudio se puede comprobar que es necesario en la rehabilitación la intervención vinculada a prevención de recaídas (derivada de la técnica cognitivo conductual) ,la cual se basa en reconocer las situaciones de riesgo en las que es más probable que el paciente consuma, evitar estas situaciones cuando es posible y afrontar de forma más eficaz los problemas asociados al abuso de sustancias, de este modo se focaliza en desarrollar el autocontrol, aprender a lidiar con el craving o deseo y manejar las emociones negativas relacionadas con el consumo y la desintoxicación.

Por otro lado se observa que para iniciar la rehabilitación ,uno de los objetivos fundamentales del Modelo Minnesota corresponde a la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia psicoactiva ,lo cual implica una desintoxicación por parte de estos , ello permite conjeturar que los síntomas físicos manifestados por el cuerpo estarían contribuyendo a la recuperación exitosa fomentando así el autocuidado y quitando del organismo lentamente la sustancia estimulante (cocaína) :*“No tuve esa abstinencia que pensaba que iba a tener. Lo que viví fue que el cuerpo me hablaba, me enfermaba. Se me inflamó la garganta, me agarró anginas. fiebre, faringitis y por ahí algún que otro dolor en el músculo”* (E2)

Por último, de acuerdo a este análisis se puede observar que la trayectoria de rehabilitación de los adictos es individual, ya que cada uno posee dificultades singulares a raíz de los años de consumo y se encuentran entramados en una historia personal, ergo, el cuidado continuo implica ser dueño de su propio tiempo en la Institución.

CUARTA PARTE

Conclusión

En principio, a partir de los datos obtenidos, la rehabilitación implica un proceso de aprendizaje, ya que permite a los adictos trabajar diferentes aspectos internos para recuperar su identidad. Este proceso es posible con el acompañamiento de la familia y profesionales del equipo interdisciplinario, quienes son considerados un recurso de sostén en el tratamiento.

Además, otros hallazgos correspondientes a este proceso, aluden al logro de los aprendizajes de los adultos adictos, los cuales están dirigidos hacia el autoconocimiento, autoconfianza y autocuidado. Esto es posible a través de los distintos recursos ofrecidos en la Institución, cuyo objetivo es transformar la estructura de pensamiento de los sujetos.

Para flexibilizar su modalidad de aprendizaje , se utilizan herramientas terapéuticas del Modelo Minnesota, tales como: La teoría racional emotiva conductual, cuyo propósito es poder adoptar una mirada distinta ante una determinada situación, que consecuentemente impactará en el modo de gestionar las emociones.

Sin embargo, la herramienta fundamental que favorece la recuperación exitosa, es la implementación de la filosofía de Los Doce Pasos, originarios de Alcohólicos Anónimos, orientada a aprender a vivir en sobriedad, lo cual se trabaja llevando a cabo diferentes acciones, promovidas en las diversas dinámicas de talleres, en los cuales predomina la expresión oral y escrita.

En referencia a la trayectoria en términos de recorrido personal de los sujetos hacia su recuperación ,este estudio permite identificar la existencia de un aprendizaje de tipo vivencial , ya que implica que ellos construyan sus propios conocimientos por medio del hacer, donde principalmente el realizar talleres terapéuticos con sus pares ,crea un sentimiento de identificación ,que los beneficia a disminuir su ansiedad, angustia ,a no sentirse juzgados por el otro y fundamentalmente en poseer días en sobriedad ,es decir, sin contacto con una sustancia.

A su vez los profesionales del equipo interdisciplinario realizan el armado de los planes terapéuticos cuyo objetivo es concientizar sobre la enfermedad .De esto modo,

mediante estas intervenciones se arriba a la conclusión que los adultos adictos alcanzan un fortalecimiento en su autoestima ,aprendiendo a amarse con sus defectos y virtudes , a ser responsable de sus actos, ser honestos consigo mismo, y con un otro ,a reconocer situaciones de riesgo que anteceden una recaída y a reconstruir vínculos con su entorno(amigos, familia) ,los cuales habían sido debilitados, no obstante principalmente aprenden a aceptar que la adicción es una enfermedad progresiva , incurable y multifacética, lo cual implica el cuidado continuo.

A modo de sugerencias: Intervención Psicopedagógica.

Teniendo en cuenta los componentes bio-psico-social que inciden de forma simultánea en la rehabilitación de los adictos, resulta significativo señalar que cada actor social dentro del entorno del sujeto es atravesado por la enfermedad. provocando daños a nivel psicológico, físico, económico, espiritual y emocional. Por ende, se sugiere iniciar un proceso de recuperación tanto los miembros de la familia como el adicto, en forma separada, ya que de ese modo cada integrante podría trabajar en uno de los talleres terapéuticos sus pensamientos rígidos, revisando los patrones de conducta resistentes al cambio, sus creencias, a partir de su deconstrucción y ruptura.

Más allá de la ayuda profesional, también existen grupos de ayuda mutua para familiares tales como Al-Anon, Al-Ateen, Coda, Nar-Anon o Familias Anónimas. Estos grupos siguen el programa de ayuda mutua de Los Doce Pasos, adaptado para personas que están afectadas por la adicción de un familiar a sustancias o comportamiento.

En otras palabras,es preciso señalar que el valor del oficio psicopedagógico podría ser trabajar la rehabilitación como proceso de aprendizaje, en el que interviene lo cognitivo y lo emocional del sujeto, pero además, factores complejos que involucran a la familia, a la institución y al campo social. Por ende desde esta perspectiva es importante pensar cómo las emociones inciden en el proceso de aprendizaje, para ello se sugiere promover talleres sobre gestión de emociones, cuya finalidad sería potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad íntegra El conocerse a uno mismo ,es aquello que le permitirá al sujeto ser libre, este es un eje fundamental de la educación emocional, cuyo

factor principal se asocia a identificar qué nos sucede ,lo cual se lograría mediante la formulación de interrogantes referentes a :¿Quién soy? y ¿Para qué estoy?.

Una de las variables de la resiliencia es que el adicto posea un proyecto de vida. Cuando empieza a reconocer sus heridas emocionales, sale del papel de víctima y se hace protagonista, es decir, toma las riendas de su propia existencia En tanto, a modo de cierre la autora Daniela Danis (2016) define resiliencia como: *“La capacidad de resistir y sobrellevar las pruebas de la vida y construirse sobre bases sanas.”* (p.227)

Referencias Bibliográficas

- Adriana,R.(2011).*El desarrollo de las matrices de aprendizaje en contextos familiares violentos*.Licenciatura en Psicopedagogía.Facultad de Investigación y Desarrollo Educativo.
- Águila Maturana,AM.,Álvarez Badillo,A.,Miangolarra,P y Rodriguez,LP.(2001).*El desarrollo de la rehabilitación en España: 1949-1969. Rehabilitación*. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.
- Almanza AvendañoAM,Gómez San Luis AH.(2020)..*Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción..La perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención*.Revista Salud Colectiva.
- American Psychiatric Association (1994).*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed) Washington, DC EE. UU
- American Psychiatric Association (2014).*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires. Paidós
- Bronfenbrenner, U.(1987) *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidos.

- Brunner JS. *Enfermería médico-quirúrgica. Principios y prácticas de la rehabilitación*. México: Interamericana; 1971, pp. 117-141. Disponible <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15665>
- Busquets,X(2001).*Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir*. Revista Medicina Paliativa.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2008) *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables. Guía para el promotor de Nueva Vida* Capitulo 1. México. Recuperado el 15 de Mayo del 2,012 de https://www.academia.edu/30535932/Prevenci%C3%B3n_de_las_adicciones_y_promoci%C3%B3n_de_conductas_saludables_para_una_nueva_vida_Gu%C3%ADa_para_el_promotor_de_Nueva_Vida
- Danis,D. (2016).*El entorno y sus trampas:la codependencia* .Paidós.
- Egea García,E.y Sarabia Sánchez,S.(2001).*Clasificaciones de la OMS sobre discapacidades*..Murcia.

Recuperado en

https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/EgeaSarabia_clasificaciones.pdf

- Fernández,M.E.(2010).*Formación en Cuidados Paliativos por y para el psicólogo*.Revista Medicina Paliativa.
- García Rodríguez,O.(2008).*Tratamiento conductual de la adicción en cocaína*.Revista Elsevier,10(4),pp 242-251
- Goffman,E.(1963).*Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires.Amorrortu Editores
- Gómez,JF,Curcio CL(2002).Rehabilitación geriátrica.:Valoración integral de la salud del anciano. Manizales.
- González Llona,I;Tumuluru,Sumant,T;González,MA y Gaviria,M.(2015). *Cocaína.Una revisión de la adicción al tratamiento* .Rev.Asoc. Esp.Neuropsiq,35.(127),Madrid.
- Ley 26.586 (2009) (2009,2 de diciembre). Congreso de la República. Diario oficial N°31.811

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162292/norma.htm>

- Ley 26.657 /(2010) (2010,25 de noviembre).Congreso de la República.Diario oficial N° 32.041
- Lorenzo,G.(2014).Concepción de enfermedad y tratamiento del sujeto bajo consumo problemático de cocaína.Revista Gazeta de Antropología
- Márquez,G.(2019).El duelo por el fallecimiento de un alumno en Escuelas de Educación Especial. Abordajes e implicancias.Licenciatura en Psicopedagogía.Facultad de Investigación y Desarrollo educativo
- Morrissey AB. *Psychosocial and spiritual factors in rehabilitation*. American Journal Nursing. 1950; 763(dic.):33-35.
- Narcóticos anónimos(1992).*Cuando estamos enfermos*.Literatura NA
- Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton y Ibanga A(2010). *Las experiencias de los miembros de la familia afectados: un resumen de dos décadas de investigación cualitativa.Drogas: Educación, Prevención y Política.*; 17 (Supl. 1): 44-62. doi: 10.3109 / 09687637.2010.514192
<https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2523/#ModalTutors>

- Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L y Copello A.(2013) La adicción en la familia es un factor importante, pero olvidado, de la carga global de mala salud en los adultos. *Ciencias sociales y medicina*. 78 (2): 70-77. doi: 10.1016 / j.socscimed.2012.11.036.
- Parkes, C.M. (1970). El primer año de duelo: Un estudio longitudinal de la reacción de viudas de Londres ante la muerte de sus maridos, *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, Vol. 33.
- Pozo Municio,J.(1996).*Aprendices y Maestros:La nueva cultura de aprendizaje*.Madrid,España:Alianza .
- Real Academia Española (2018). *Diccionario de la lengua española.Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España:. Recuperado en <https://www.rae.es>
- Ricci,C.(2020).*Cuatro Tesis para una Psicopedagogía.Apuntes sobre el quehacer psicopedagógico; el objeto psicopedagógico;la Psicopedagogía y la Ciencias Psicopedagógicas y, la investigación psicopedagógica e investigación en Psicopedagogía*. Revista Aprendizaje hoy, (101/102), pp.75pp116.
- Rosenberg, M. (1996) *Counseling The Self. Basic Book*. New York..
- Sanchez de Leon,Adolfo.(2016).*La problemática de las adicciones*.Revista Médicos N.º 93.
- Sánchez Hervás.,E,Gradolía,V y Gallús,E.(2004).Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Revista Elsevier*

- Secades-Villa,Roberto y Garcia Rodriguez,y Fernández -Hermida,Jose Ramón ,y Carballo,José Luis(2007).*Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias*.Papeles del Psicólogo,28(1),pp29-40
- Terigi,F(2007).*Los desafíos que plantean las trayectorias escolares. Paper presentado en el III Foro Latinoamericano de educación. Jóvenes y docentes. La escuela secundaria en el mundo de hoy*. Fundación Santillana.
- Terigi,F.(2009).*Las trayectorias escolares, del problema individual al desafío de la política educativa. Ministerio de Educación de la Nación*.Buenos Aires.
- Touzé, G. (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Organizadora). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Idem.(2010).*Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Ministerio de Educación – Troquel
- Valentin Anders .(s.f)..Adicto.En el diccionario .de Chile.net
Recuperado el 23 de Junio, 2021 :<http://etimologias.dechile.net/?adicto>
- Worden J. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. *Clínica y Salud*, vol. 15, núm. 3, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Anexos

TABLA DE CATEGORÍAS EMERGENTES

INICIO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LA INSTITUCIÓN

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		INCIDENTES	
PROCESO DE REHABILITACIÓN			E1	E2
	COMPONENTE CONTEXTUAL	VOLUNTAD PROPIA	“yo le pedí ayuda a mis viejos y ellos me derivaron a una psicóloga que había tratado con algunos casos de adicción, y en una charla con ella , me cuenta que en si, no se especializaba en adicciones, pero que si había tenido pacientes que tenían	
		IMPOSICIÓN	problemáticas de consumo y que fueron a un grupo de autoayuda de Narcóticos anónimos y les había funcionado.. Me sugirió ir y así fue.Me metí en internet buscando alguno de estos grupos,pero no funcionó,porqu	

			<i>e juntaba días limpio y después volvía a tomar cocaína. Entonces dos de los integrantes de ahí, es decir dos compañeros me aconsejaron que me fuera a internar, ya que yo no paraba de tener recaídas”</i> <i>“Yo al principio me iba a ir a otro centro para parar las drogas, pero era carísimo y tenía spa, jacuzzi y mis viejos estaban tan desesperados que me lo querían pagar, pero yo les decía que yo no iba a poder resolver esto en 15 días, entonces cuando se lo comenté a estos dos compañeros ,se rieron y me dijeron que no invierta plata en ese lugar sino en Identidad.”</i>	
--	--	--	--	--

			<i>“Si bien, mi hermana fue la que me llevó a internarme, fui yo quien decidió ,pero también gracias a ella,armó todo. Fue hace dos años ,así que yo tenía 47 años y lo que me llevó a internarme,fue que yo venía de un proceso de recuperación , a raíz de un intento de suicido que había tenido en Tierra del Fuego.Estuve en terapia intensiva, me costó un año recuperarme porque a mi cerebro le había llegado poco oxígeno,porque había tomado muchas pastillas, y alcohol fino y un montón de cosas que hice”</i> <i>“A los días me llama mi hermana ,que vive en Nordelta y me invitó a pasar unos días allá,para las vacaciones.Y para esto mi hermana ya había buscado lugares, entre ellos,Identidad.Ahi llegamos a cómo decidí internarme.Me consigue la entrevista en Casa 1, con Gustavo .Yo no quería,de ninguna forma estar ahí, pero mi hermana me convenió.En un momento me dijo una frase:Llega un momento que uno tiene que elegir o la bolsa o la vida,metafóricamente era o morir o vivir”</i> <i>“Entonces mi hermana me dijo que si yo no me internaba ,ella se iba a ir a España y se iba a cambiar el apellido para no</i>
--	--	--	---

				buscarme nunca más, porque no iba a llorarme en un cajón. Y así fue que me interné finalmente.
		CONFORMACIÓN EQUIPO TERAPEUTICO	“Me recibió una consejera y con el correr de los días fui conociendo al equipo terapéutico. Estaba conformado por una psiquiatra ,por psicólogos, y por consejeros”.	
	PROGRAMA MINNESOTA (RECURSOS)		“ Mira, lo que yo me acuerdo es que antes de llegar a la Fundación, yo había leído información porque ellos tienen publicado una página, donde te explican el plan , como van a ser tus días o los talleres. Pero tengo como pantallazos, de que cuando llegué, me explicaron el Modelo Minnesota, su estructura, sus talleres. Había talleres para compartir, de meditación, se hacían ejercicios y había	“Me preguntó cómo me sentía, qué es lo que consumía, mi preferencia, cómo se componía mi familia y me explicaron como funcionaba la casa. y despues ahi entre en contacto con mis compañeros” “Yo estaba con una consejera y le pregunté si podía fumar y ella me dijo, justamente es eso lo que hacemos acá. preguntamos, pedimos permiso, por una cuestión de respeto a tus compañeros y hacia nosotros. “Eso de preguntar y pensar en el otro lo aprendí muchísimo. Esto del respeto y del amor es algo que se aprende fuerte ahí. Y después bueno me contaron la hora en que se desayunaba y que yo por ser un recién llegado, tenía la posibilidades de levantarme un poco más tarde y desayunar

		momentos de tareas manuales, donde hacíamos limpieza y orden” “Al principio para mi era como un castigo ,pero después entendí que no. Tanto la salida como la visita, nos decían que si vos querías hacer tu voluntad, no querías seguir las sugerencias que ellos te brindaban con buenas intenciones de ayudarte, si vos estabas en esa postura de terco o soberbio ibas a tener consecuencias. y que las mismas podían empezar así, no teniendo salidas y de hecho te lo explicaban diciendo que hoy no ibas a salir de la fundación pero no como castigo sino para que te revises y te preguntes .	después. No iba a hacer tareas de limpieza hasta después de unos días. Cada uno tenía una tarea de limpieza y en diferentes turnos. Yo me acuerdo que me levanté a horario y aunque no tuviera que hacer nada, ayudaba igual, porque por primera vez quería ser parte de algo “El primero que se hace es el Taller de bienvenida. Todos son en círculo, esto es para que todos estemos a la misma distancia, unos de otros (gesticula). Se crea una energía o se vive de forma muy emotiva. Son movilizantes. Siempre los talleres están coordinados por un consejero, el que dirige el taller y se encuentran los compañeros, unos sentados al lado del otro. En éste de bienvenida, los compañeros/as pasan su experiencia, qué es lo que les pasó al entrar a Identidad y yo como recién llegado hablé, me quebré porque venía derrotado, vacío. Después, hay otros donde se comparte La Res, que significa recuento de Eventos Significativos, es lo que se escribe todos los días a la noche, escribis lo que te pasa en el día. y Hay dos talleres a la mañana y dos a la noche donde se comparte esa RES. Hay otro que es sentimiento libre, donde habla cada uno de lo que le pasa,. Los viernes habían dinámicas, donde se toma un tema en
--	--	--	---

		para qué viniste acá y porque estas asi.Era un modo de ver las consecuencias de lo que uno elige. “El primer paso habla de que somos impotentes ante nuestra adicción y de la pérdida de control que nos causa la enfermedad,no s domina y ese paso se trabaja todos los días en la Fundación, con los talleres, con la escritura en el taller de RES (Recuento de eventos significativos), también se trabaja con los planes terapéuticos y aparecen otras cosas como el miedo, la enmienda .Es como un popurri de los doce pasos,armados en una estructura para el paciente.#	particular: la consejera te hace cerrar los ojos,ponen música, se hace silencio en un momento y ella te va dirigiendo.Después se hacen palestras, que ahí el paciente interactúa con el que está dando la palestra, se recibe información y en sí tiene una estructura la palestra,pero todo se va formando en el momento.te dan información que es escrita, donde eso permite que sea retenida de otro modo”. “En la internación vos trabajas, el primero , segundo y el tercer paso,lo trabajas sin escribirlo, es decir, no es que lo escribís estructuradamente como está en la guía de preguntas. El programa se llama programa MInessota, tiene una guía de pasos y estos pasos tienen diversas preguntas. Los vas trabajando en los talleres, dinámicas.Dentro de lo que haces en internación , tenes que escribir ciertas consignas en los planes,ejemplo,escribir diez Tocadas de fondo emocionales,fuertes, donde hay pérdidas grandes y ahí te das cuenta de las perdidas por consumir.El primero que te das en las diez tocadas de fondo y despues la comaprtis en tu taller con tus compañeros y consejeros .” “
--	--	---	--

		<i>“yo no es que escribía el programa ahí dentro , no es que me decían que escribiera el primer paso, sino que fui pasando por todos los pasos , el primero, el cuarto en toda la internación..N o me decían :Vamos a trabajar de tal paso a tal otro,pero si me decían de que el objetivo de ellos era que el adicto que salía de esa fundación, tenía que irse sabiendo el primer paso., teniéndolo claro.”</i> <i>“Cuando yo entré, el primer plan suele ser el que se llama: Experiencia de Vida o tocaditas de fondo y eso va de acuerdo a la persona y a mi no me dieron experiencia de vida, sino el que es de tocada de fondo. Cada plan te enseña a revisar tus</i>	
--	--	--	--

		<i>distintas formas de pensar; siempre teniendo contacto con tus emociones..Quizás yo veía que era vergonzoso,pero no sabía cómo eso funcionaba dentro de mi cabeza, que me hacía hacer en la vida creer en esa vergüenza, Yo no conocía las emociones, salvo el enojo, el miedo y alguna otra más y de hecho la psicóloga del centro una vez me acuerdo que dijo que científicamente esta comprobado que tenemos setenta mil pensamientos por día básicamente y al lado de cada pensamiento hay una emoción. ”</i> <i>“El equipo va evaluando cómo van mis progresos y en</i>	
--	--	--	--

			base a lo que yo voy viviendo, compartiendo y trabajando „ me evalúan en conjunto y me informan cual es el plan que debo seguir..”	
	COMPONENTE SOCIAL	FAMILIA	GRADO DE PARTICIPACIÓN “Fui con mi viejo, y me recibieron con mucho cariño amor, imaginate que yo fui derrotado, vencido.” “ Mira mi vieja no sé porque se quedó la verdad, pero ella tuvo otra postura, fue más fría respecto de mi adicción, yo creo que debió haber sido por el dolor que no me acompañó y por el miedo y también por una cuestión de gastos, alguien se tenía que quedar en la casa. Esas son mis interpretaciones,pero yo creo que mi vieja (...) ,mi vieja	Ella pidió ayuda desde que yo era adolescente, era el plan que tuvo toda su vida conmigo. Yo puedo decir, que ella me salvó la vida, por lo menos ella es la que me dió el empuje, me abrió las puertas. Ella fue la que me pagó toda la internación.”

				<i>sentía mucha vergüenza por mí, porque ella tiene otra formación, es de otra época..Nunca vió la adicción como una enfermedad sino como un problema social</i>	
		P R O F E S I O N A L E S	ACOMPANAMIENTO	<i>“Pero bueno el primer día fue hablar con una consejera.Ella me pasó su experiencia con la adicción y su experiencia con la recuperación.. Ahí empecé a vivir la primera identificación ,porque me acuerdo que dije: Uy mirá, me pasa lo mismo que le pasó a ella,creo que ahí tuve el primer contacto de una adicto que ayuda al otro(sonríe).,más allá de que anteriormente haya ido a un grupo”</i> <i>“En este lugar yo ya estaba entregado, yo</i>	<i>“Un compañero que hasta el día de hoy es mi mejor amigo..Después me hizo la entrevista Mariela ,una consejera y después Carolina.</i>

				<i>había entregado mi vida: te entrego mi alma, mi vida y mi cuerpo porque yo no sé qué hacer., me rindo.Fue esa sensación de estar acabado en búsqueda de ayuda”.</i>	
	COMPONENTE PSICOLÓGICO	M O D I F I C A C I Ó N D E L P E N S A M I E N T O	APRENDIZAJES	<i>“Yo recuerdo que en tercer grado había una profesora de matemática que me enseñó lo decimales con caramelos y me decía que yo era un tonto porque no entendía y de pensar en lo que me decía ,no podía escuchar.escucaba el liode mi cabeza.Y despues entendí que mi problema era emocional, no era cognitivo. Tenía tan poco contacto con mi mundo emocional que no entendia lo que me pasaba y tambien me pasaba que en mi casa había muchas discusiones y</i>	<i>”Eso de preguntar y pensar en el otro lo aprendí muchísimo.Esto del respeto y del amor es algo que se aprende fuerte ahí.</i> <i>“Yo aprendí varias cosas, a caminar, a vivir mejor dicho porque yo venía sobreviviendo. A respetarme, a tratarme con amor y eso pienso que es una responsable que tengo.”</i> <i>“Yo soy responsable de mi vida porque yo tengo muchos sueños y proyecto y para eso elijo ser responsable.</i> <i>“Aprendí a que si hago algo , me hago cargo de lo que estoy haciendo” .” Aprendí una frase que dice:Ya no soy culpable de mi pasado, sino responsable de mi presente, de mi recuperación”.</i> <i>“Uno de los sueños que yo tuve es ser un buen padre, quizás ese padre que no tuve yo., entonces yo para ser cumplir esos pactos que yo tenía olvidado conmigo mismo en su momento.Yo soñaba con que una familia Ingals podía ser posible,</i>

			que yo siempre estaba en el medio,mucha disfuncionalidad familiar,como problemas economicos a raiz de las mudanzas que hubo” “Si elijo ir por ese camino, el de ayudar a otras personas que vivieron lo que yo viví..ese desaliento de no poder salir de eso y poder pasarle mi experiencia.”” ”En recuperación te enseñan a ser honesto.El modo en que yo me relaciono con mi entorno, es el reflejo de cómo me relaciono conmigo” “Pero bueno el Programa de la Fundación me llevó a descubrirMe, reconocer, observar las partes negativas, que también son las que me	entonces hoy tomo ese pacto y elijo vivir en recuperación para acercarme a eso. Ser responsable significa ,tener fè, al principio era hacer algo sin saber porqué..pero después confíe y la fè fue algo que me funcionó. De hecho si hoy te cuento mi historia es gracias a elegir esta responsabilidad, y yo te la cuento con dolor;pero también me sirve para ser conciente ,porque mi hija también padeció y sufrió todo lo que hice en consumo. Hoy me toca ser responsable y enmendar desde el amor con ella “.Aprendí a confiar en el otro y en mí,porque yo antes pensaba que yo era una carga.Cuando yo empecé a recuperarme y ver que lograba cosas, empecé a confiar en mí y saber que yo sí podía, que si lo elegí es porque puedo.” “ Ser responsable es algo de todos los días, esto es hoy, es el día a día. “Otra cosas que aprendí, es que siempre del otro lado va a estar alguien dispuesto a escucharme y acompañarme y de que puedo transitar mi vida sin necesidad de consumir; puedo conectar con el dolor. “Siempre va a haber un adicto que ayude al otro, porque a través de eso uno se ayuda a sí mismo. De hecho mi poder superior, es el que me llevó a identidad, no se como explicarlo.”
--	--	--	--	---

			conforman, que no las pongo en juicio, si son buenas o malas, sino que las internalizo y pienso si son funcionales o no , si me sirven o no. y ahí es cuando empecé a redescubrirme y decir: Ah yo no soy esto, soy tal cosa . Cuando mi cabeza piensa de tal forma, tengo este defecto, las consecuencias son estas..” “Al principio para mi era como un castigo ,pero después entendí que no.Tanto la salida como la visita,nos decían que si vos querías hacer tu voluntad,no querías seguir las sugerencias que ellos te brindaban con buenas intenciones de ayudarte, si vos estabas en esa postura de terco o	“: Yo aprendí varias cosas, a caminar, a vivir mejor dicho porque yo venía sobreviviendo. A respetarme, a tratarme con amor y eso pienso que es una responsable que tengo.Yo soy responsable de mi vida porque yo tengo muchos sueños y proyecto y para eso elijo ser responsable..Aprendí a que si hago algo , me hago cargo de lo que estoy haciendo. Aprendí una frase que dice:Ya no soy culpable de mi pasado, sino responsable de mi presente, de mi recuperación.Uno de los sueños que yo tuve es ser un buen padre, quizás ese padre que no tuve yo., entonces yo para ser cumplir esos pactos que yo tenía olvidado conmigo mismo en su momento.Yo soñaba con que una familia Ingals podía ser posible, entonces hoy tomo ese pacto y elijo vivir en recuperación para acercarme a eso. Ser responsable significa ,tener fê, al principio era hacer algo sin saber porqué.,pero después confie y la fê fue algo que me funcionó. De hecho si hoy te cuento mi historia es gracias a elejir esta responsabilidad, y yo te la cuento con dolor,pero también me sirve para ser conciente Se sugiere que hagamos grupo. Todos los Viernes
--	--	--	---	--

			soberbio ibas a tener consecuencias. y que las mismas podían empezar así, no teniendo salidas y de hecho te lo explicaban diciendo que hoy no ibas a salir de la fundación pero no como castigo sino para que te revises y te preguntes . para qué viniste acá y porque estas así. Era un modo de ver las consecuencias de lo que uno elige “Pensa Meli que yo me fui re soberbio de ahí, creyendo que me las sabía todas , cuando en realidad eso era sólo un base para tener una dimensión de lo que era la recuperación. y subestime mi enfermedad, subestime lo que me habían enseñado,. Eso me hizo dar cuenta de que	hago un servicio. Otra frase son las cuatro patas de la recuperación: No es lo mismo juntar tiempo limpio que vivir en recuperación, ya que eso lleva un trabajo responsable y para eso necesitas :servicio,madrina/padrino ,programa y grupo.Yo hago servicio todos los Viernes en un grupo.este proceso es muy personal,porque no es igual para todo el mundo,algunos les funciona y a otros puede que no.” “ Yo creo que era manifestación de mi poder superior.Pero para dejarlo entrar, yo tengo que accionar.El programa dice que el poder superior me puede ayudar a recobrar mi sano juicio..Otra cosa que aprendí es que el universo conspira a favor no en contra.”
--	--	--	--	---

			el valor de la palabra lo tiene la acción, no la palabra,porqu e yo me había llenado la boca de promesas,,por que mi familia tenía miedo de que volviera a consumir, entonces yo repetía la información que recibía” “Eso me hizo dar cuenta de que el valor de la palabra lo tiene la acción, no la palabra,porqu e yo me había llenado la boca de promesas,,por que mi familia tenía miedo de que volviera a consumir, entonces yo repetía la información que recibía.La realidad es que uno se va con mucha información de ahí. el programa de doce pasos dice que sólo un adicto puede ayudar a otro adicto y por eso cuando uno acude al	
--	--	--	---	--

			<i>psicólogo, psiquiatra, brujos, chamanes, no sirven, porque son sólo palabras y quizás falta por ahí el ponerse en los zapatos del otro, la empatía. Por eso antes te dije que cuando llegue la primera vez, el hablar con la consejera era sentir como si estuviera hablando de mi”</i> “Yo antes veía la vida como si yo estuviese en una jaula chiquitita ,encerrado y hoy con la recuperación, siento que estoy en una jaula pero muchísimo mas grande, pero ampliar la consciencia de lo que me pasa , de lo que soy yo. y ver cuales son las paredes de esa prisión, porque yo antes me sentía víctima de eso y ahora	
--	--	--	--	--

			<i>me pasa que a veces siento que soy esa víctima ,otras no,pero cuando lo siento,sé porque estoy ahí y eso es porque acepto que estoy enfermo y en la Fundación me enseñaron como es la enfermedad, cómo funciona, cómo es su característica, cómo me habla, que es lo que quiere para mí, hacia donde me lleva, sus consecuencias, cual es la parte emocional de la enfermedad, el egocentrismo.</i> <i>”</i> <i>“En la recuperación me enseñaron a que las emociones hay que identificarlas El mecanismo es verlas, y desarmarlas y para eso aprendes a preguntarte ¿ como es por ejemplo , mi miedo, como</i>	
--	--	--	--	--

			es mi ansiedad? ¿cómo opera eso en mi cabeza?. y eso es algo fundamental para la recuperación, aprender a reconocer las cosas, a trabajarlas, no evadirlas y reprimirlas.” “El querer trabajar conmigo mismo, el no hacerle caso a mi cabeza. Aprender a conectar con el dolor, la vergüenza .Hoy en día sigo en cuidado continuo. Hago grupo.y transmito mi mensaje ,que ¡sí se puede !.” “En la recuperación era todo el tiempo pienso y siento ,pienso y siento (se ríe).Así me hicieron trabajar la parte emocional y reconocer el	
--	--	--	---	--

			<i>pensamiento dentro mío..Fue un año y cinco meses las veinticuatro horas,,hablando ,compartiendo y escribiendo siempre lo mismo:Me pasa esto, siento esto.Por ejemplo si viene una persona y me dice que soy un enano de m... y yo pienso eso de mi ,me va a afectar,siempre es en base a como vos te veas,te pienses</i> <i>“Me hacia identificar el momento de mi autoengaño,creyendo que consumiendo la iba a pasar bien, cuando en realidad sabes que no va a ser asi,Por eso el adicto tiene una forma de pensamiento distorsionada.</i> <i>”</i> <i>“Cuando yo entré, el primer plan</i>	
--	--	--	---	--

			suele ser el que se llama: Experiencia de Vida o tocadas de fondo y eso va de acuerdo a la persona y a mi no me dieron experiencia de vida, sino el que es de tocada de fondo. Cada plan te enseña a revisar tus distintas formas de pensar, siempre teniendo contacto con tus emociones..Quizás yo veía que era vergonzoso, pero no sabía cómo eso funcionaba dentro de mi cabeza, que me hacía hacer en la vida creer en esa vergüenza, Yo no conocía las emociones, salvo el enojo, el miedo y alguna otra más y de hecho la psicóloga del centro una vez me acuerdo que dijo que científicamente esta comprobado que tenemos	
--	--	--	---	--

			<i>setenta mil pensamientos por día básicamente y al lado de cada pensamiento hay una emoción. ”</i> <i>“Cuando estaba en carrera no podía acordarme nada de lo que había leído ,no podía prestar atención y ya de chico me pasaba eso,tenia un problema atencional grave, Mi vieja me decía que pasaba una mosca y me distraía y después trabajándolo en la fundación y hablando eso que yo tenía era la creencia de que yo era un estúpido,que no me daba la cabeza ,que por eso no podía entender las cosas”.</i>	
--	--	--	--	--

		PÉRDIDAS INTERNAS	<i>“Y ahí va esto último que dijiste, el adicto pierde su identidad porque no quiere ver esas partes emocionales y toda esa parte mala y/o destructiva, entonces empieza a perder su identidad y yo la perdí, porque hubo un momento en que yo no sabía quién era, hay pactos que uno tiene consigo mismo de niño que jamás rompería”</i> <i>“Es que yo siempre fui un pibe tranquilo, pero con el consumo me volví diferente y cuando volvía a tocar los pies sobre la tierra me preguntaba ¿qu é me pasó?.”</i>	<i>La principal pérdida fue la de mi identidad, quede fijado en el tiempo, quede como ese niño de 16 años, perdí mi personalidad.”</i> <i>“Yo siempre fui un personaje, yo vivía mi vida como si fuera una película, después terminé sin saber quién era yo, entonces ¿quién era yo?. Por eso se que mi mayor pérdida fue mi identidad, mi personalidad, además yo consideraba que mi verdadero yo era ese chico drogado, pero lo conseguía sólo cuando consumía drogas</i>
--	--	---------------------------------	---	---

		EMOCIONES	<i>“Fue un rejunte. Me sentía con miedo, vergüenza, culpa. Me sentía muy solo, devastado.”</i>	<i>“Yo llegué ,totalmente derrotado,vencido, era la nada misma hablar conmigo era como hablar con la pared porque yo no emitía palabra alguna, yo tenía miedo, no sabía dónde estaba entrando.Nunca había tenido contacto con narcóticos ni con una recuperación”</i>
		AUTOESTIMA	<i>“Yo llegue, egocéntrico, sentía que lo que me pasaba a mi no le pasaba a nadie,me sentía diferente “</i> <i>“yo creo que pase por todos dentro de la internación,pero hoy estando afuera los hago teniendo otro tipo de tiempo, Yo afuera voy por el segundo</i>	<i>“Aprendí a confiar en el otro y en mí,porque yo antes pensaba que yo era una carga.Cuando yo empecé a recuperarme y ver que lograba cosas, empecé a confiar en mí y saber que yo sí podía, que si lo elegí es porque puedo. Ser responsable es algo de todos los días, esto es hoy, es el día a día.</i>

			paso, es decir, me siento ,abro el libro y empiezo a responder preguntas y así me voy revisando constantemente e y trabajando conmigo mismo“, .De hecho, yo me dejaba guiar por el equipo y considero que eso también depende de cada paciente.Cada uno de ellos tiene su determinada personalidad, perfil.Algunos llegan con un cuarto paso bastante fuerte y otros no..Ellos marcan el tiempo también,porqu e quizás la persona no está preparada para tal paso,entonces los profesionales te van guiando y haciendo que te tomes tu tiempo para ir trabajando de a poco.	
--	--	--	--	--

		PENSAMIENTO ADICTOLÓGICO	Yo no consumía para sentirme bien, yo consumía para no sentirme mal. Tenía todo ese desgarró de que estaba tirando mi vida al tacho, por eso detrás de cada dosis quería apagar eso. Sin embargo cuando el efecto se va, vuelve a aparecer ese desaliento, la vergüenza, la angustia y la obsesión por querer parar y no poder. Es ahí donde aparece esa compulsión “Pensa Meli que yo me fui re soberbio de ahí, creyendo que me las sabía todas, cuando en realidad eso era sólo un base para tener una dimensión de lo que era la recuperación. y subestime mi	“En aquel momento pensaba que yo no tenía problemas con las drogas, tenía problemas con mi hija, mi esposa. Hasta días después de haberme internado pensaba que yo la cocaína a podía dejar cuando yo quisiera, sólo que no quería. Yo dos casas, tres autos, hubo un momento donde yo viajaba a todas partes en avión, yo estaba bien, los drogadictos eran los que estaban tirado bajo un puente, no yo, eso pensaba mi cabeza” “
--	--	--	---	---

			enfermedad, subestime lo que me habían enseñado,.Eso me hizo dar cuenta de que el valor de la palabra lo tiene la acción, no la palabra,porqu e yo me había llenado la boca de promesas,,por que mi familia tenía miedo de que volviera a consumir, entonces yo repetía la información que recibía” ”	
	TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN	“Yo estuve un año y cinco meses internado”.	“ El tiempo es relativo , yo me fui a los once meses.Después de terminar todos los planes que te dan, estás listo para ser parte de la sociedad, o estar listo para vivir. Vos te vas, tenes tu alta de internación ,pero tenes que seguir un cierto parámetros, dos veces a la semana tenes que volver a la casa donde estabas, hacer grupos, escribir cosas, trabajar, estudiar, depende de cada uno y ahí se dan cuenta de cómo vas evolucionando. Hay gente que vuelve porque recae y cuando es asi se les da el plan de recaída donde teens que profundizar cómo fue que terminaste recayendo.En mi caso fue tanto mi cambio de vida, de	

			<i>mi pensamiento y del sentir; El conectar con mi hija, dejar de estar atormentado con mis pensamientos. “</i>
		RIESGO DE RECAÍDA	<i>“Si bien yo estuve un año internado, recuerdo que a los dos meses de internarme , tuve una recaída , en uno de los permisos y cuando volví a la Fundación,hable con una consejera ,le conté lo que había hecho y le dije: siento que realmente no se nada y ella me respondió:Eso es una de las mejores cosas que te pueden pasar”</i> <i>“Pensa Meli que yo me fui re soberbio de ahí, creyendo que me las sabía todas , cuando en realidad eso era sólo un base para tener una dimensión de lo que era la recuperación. y subestime mi enfermedad, subestime lo que me habían enseñado,.Eso</i> <i>“Considero que fui bastante obediente, no recaí, cumplí con los horarios”</i>

			<i>me hizo dar cuenta de que el valor de la palabra lo tiene la acción, no la palabra, porqu e yo me había llenado la boca de promesas,,por que mi familia tenía miedo de que volviera a consumir, entonces yo repetía la información que recibía”</i>	
		SÍNTOMAS A NIVEL FÍSICO	<i>“No tuve esa abstinencia que pensaba que iba a tener. Lo que viví fue que el cuerpo me hablaba,me enfermaba. Se me inflamó la garganta,me agarró anginas. fiebre , faringitis y por ahí algún que otro dolor en el músculo”</i>	

ENTREVISTAS

ENTREVISTA I (E1)

E: Hola X ¿Cómo estás? (*sonríe*) .Bueno en primer lugar quería agradecerte por brindarme de tu tiempo y predisposición para mi trabajo Final de Carrera. Te cuento acerca de mí(...),soy Melina Jerez Valle,estoy haciendo la Licenciatura en Psicopedagogía en la Universidad Abierta Interamericana y este estudio particularmente busca indagar: ¿Qué aprendizajes lograron en el proceso de rehabilitación, adultos adictos en cocaína, de acuerdo al Modelo Minnesota en la provincia de Buenos Aires, Argentina 2021? ?, por este motivo es que decidí entrevistar a diversas personas con la problemática de consumo vinculada a la cocaína y comprender cómo fue su recuperación, su trayectoria y sus cambios,aprendizajes en relación a esa experiencia (*sonríe*).

A1:Hola Meli (*enciende un cigarro*),(*asiente con la cabeza*).Ah, mirá. Está bien Meli (*sonríe*).

E:Por otra parte te pregunto si ¿podría grabar esta entrevista?, porque hay datos que no voy a poder registrar mientras estemos conversando.Yo ni bien pueda desgravar ,la elimino para que te quedes tranquilo, es confidencial.

A1: Si,claro Meli (*sonríe*), no pasa nada.Confío en lo que me decís.

E: ¡Perfecto sí!,tené la plena tranquilidad que esto es anónimo.Bueno te parece ¿si empezamos? (...) Me gustaría que me cuentes un poco acerca de vos, la edad que tenes, dónde vivís.

A1:(*Enciende un cigarrillo*) Bueno soy X ,tengo 33 años (*mira para abajo,se toca la nuca y luego la cara*) (*sonríe*), vivo en Río Negro,la Ciudad de Villa Regina,,vivo con mi pareja ,hace un par de meses,desde Diciembre.Nada eso.

E:¡Bien!(*sonríe*) ¿y qué es de tu vida ? ¿estudias,trabajas?.

A1:Estoy estudiando, estoy terminando mis estudios terciarios de Mecánica Dental y trabajó como barbero a domicilio.

E: Claro, cortas el pelo a domicilio , y respecto a lo que me dijiste que estudiabas ¿ podrías contarme de qué se trata?.

A1: Protesista dental, es el que trabaja con el odontólogo, es el que hace las prótesis dentarias ,vendría a ser como el artesano del odontólogo.

E:: ¡A ha! claro , como el ayudante, el que lo asiste. Y ¿hace cuánto tiempo estás estudiando eso ?.

A1: (...) Y son tres años, pero el segundo año lo congele porque me fui a internar y (..) bueno quedo congelado y ahora arranque de nuevo.

E:(*Asiente con la cabeza*) ¿y cómo crees que te sentís ahora que retomaste tus estudios nuevamente?,ya que me mencionaste lo de tu internación.

A1: Estoy entusiasmado con terminar pero bueno hay cosas que me están pasando(..) el tema de que quizás por ahí me apuro en la edad o los mandatos que me aparecen en la cabeza viste , porque pasé varios años de mi vida como postergando cosas.a causa de la enfermedad y bueno hoy estoy en la etapa de concluir las cosas.En pocas palabras en las áreas estoy pagando las consecuencias del desastre que hice y este es uno de ellos:largar el estudio.

E: Ahora que adoptaste una vida sana y podés enfocarte nuevamente en el estudio, ¿me contarías cómo te organizas al momento de estudiar ?, tu recursos o estrategia para incorporar lo que aprendes

A1:¿Qué pregunta ! (*se ríe*) .Mi estrategia es que me pongo a mirar cosas por internet. que me motiven ..pasa que yo tengo una experiencia de mi...a en el estudio y lo primero que empiezo a pensar es que me va a costar y realmente me cuesta y eso es porque no fui una persona estudiosa en la escuela, .Encaro el problema de una forma victimosa. por eso mi forma es encontrar algo que me motive ,hago cuadros sinópticos,sobre todo escribir, tengo memoria visual,me queda ver bien ver videos,uso internet y leo,pero me cuesta. Cuando estaba en carrera no podía acordarme nada de lo que había leído ,no podía prestar atención y ya de chico me pasaba eso,tenia un problema atencional grave, Mi vieja me decía que pasaba una mosca y me distraía y después trabajándolo en la fundación y hablando eso que yo tenía era la creencia de que yo era un estúpido,que no me daba la cabeza ,que por eso no podía entender las cosas. y después entendí que mi problema era emocional, no era cognitivo.tenía

tan poco contacto con mi mundo emocional que no entendía lo que me pasaba y también me pasaba que en mi casa había muchas discusiones y que yo siempre estaba en el medio, mucha disfuncionalidad familiar, como problemas económicos a raíz de las mudanzas que hubo. Siendo chico no lograba digerir los cambios. Yo recuerdo que en tercer grado había una profesora de matemática que me enseñó los decimales con caramelos y me decía que yo era un tonto porque no entendía y de pensar en lo que me decía, no podía escuchar. escuchaba el ruido de mi cabeza

E: Mencionaste que te diste cuenta que lo que te pasaba era emocional y no cognitivo, en aquel hubo alguna intervención de algún profesional? (...) Escuchando tu relato, me pasó en el jardín, tenía cinco o cuatro y yo tenía una docente que me trataba muy mal y yo no hablaba porque me costaba y recuerdo que yo no quería ir más al jardín y dejé de ir y me quedé ese resentimiento con esa persona y la quise buscar de grande, pero no recordaba su nombre y eso fue algo que le reproche a mi madre en su momento, por haberme enviado ahí..

A1: Pasan esas cosas, pero ahora es todo diferente, solo que a veces es difícil atravesar una emoción.

E: Tal cuál, por eso me resisto a terapia (*se ríe*). Respecto a las consecuencias que nombras, son a raíz de la dependencia con una determinada sustancia, por ende ¿Cuál fue la sustancia de preferencia que tuviste durante la enfermedad activa?

A1: Era la cocaína (*se encuentra tomando mate*).

E: ¿Recordas cuándo fue tu primer contacto con ella (sustancia) y dónde fue?

A1: (...) (*se tapa la cara*) A los 21 años y recuerdo que fue en el baño de un boliche. Yo estaba tomando alcohol, estaba borracho y entré í en el baño y había una persona que estaba consumiendo cocaína y en ese momento me dijo: ¿quieres? y yo le dije: bueno, y yo probé un poquito. y ese fue mi primer contacto, esa fue la sensación más placentera que sentí, Esa fue la sensación que quise revivir con el consumo y nunca pasó.

E: ¿Qué tipo de sensación?, mejor dicho, ¿Qué efecto fue el que te provocó el consumo de esa sustancia?

A1:(*Mueve la cabeza hacia los costados ;mira para arriba y se toca la cara*)(...)Sensación de placer, de euforia, de desinhibición,,de bienestar viste.Sobre todo de desinhibición.. De esa vez ,pase un tiempo largo sin volver a consumir, pero cuando tenía dificultades o bajones , me acordaba de ese momento de placer y ahí sí quería consumir,pero no tenía idea de cómo conseguir ni nada. Después sí me empecé a hacer conocido, en búsqueda de esa motivación de querer sentir eso y logré tener contactos.

E: A ha, (...) ya habiendo generado contactos con aquellas personas , ¿Con cuánta frecuencia consumías?

A1: Al principio fue todo muy lento Meli,después de la vez del boliche, consumía una vez por año, una vez por mes y así hasta que fue todos los días.

E: ¿ Cuánto tiempo de consumo fue?

A1: Fue un transcurso de siete años. El último año fue el destructivo, fue fatal , en el que no podía parar de tocar fondos emocionales. y tener consecuencias horribles, pero sobre todo no podía parar de consumir.Desde que yo me levantaba hasta acostarme todo lo que hacía yo tenía consecuencias negativas,todo lo veía malo.Yo estaba obsesionado en consumir cocaína y era en lo único que pensaba.

E: Claro, y en relación a esto que mencionaste de las tocadadas de fondo y consecuencias, ¿podrías detallar en profundidad cuáles fueron esas consecuencias?, tanto a nivel emocional, como espiritual. Es decir ¿Cuáles fueron tus tocadadas de fondo a raíz de la adicción?.

A1:Y fueron mentir, engañar,manipular(*cierra los ojos*).Bueno en realidad eso era lo que yo estaba accionando Tocadas de fondo para ser más específico,podría ser esto que yo me levantaba o me iba a acostar llorando sufriendo,pensando que había consumido,pidiéndole a Dios,que me saque de ahí, pidiendo auxilio y al otro día me levantaba. y después me acostaba pensando :nunca mas ,nunca mas voy a consumir,se terminó y después al otro día lo primero que pensaba era en ir al tranza a pedirle más,no pudiendo sacar la idea de la cabeza.Todos mis pensamientos giraban en torno a la cocaína y para conseguirla me endeudaba,y vendía cosas,mentía.Sobre todo las tocadadas de fondo emocionales, recuerdo que yo en ese momento estaba viviendo con mis viejos,había pedido ayuda y blanqueado la situación, porque yo

consumía en la casa de ellos,y me mostraba consumido delante de ellos.Tengo el recuerdo de esa mirada de dolor que tenían y también de mi dolor y pensaba “Estoy haciendo esto delante de ellos, delante de mi pareja,en frente de mi hermano”.Mi vida no avanzaba Meli.La consecuencia es que yo me iba a cursar y quizás pasaba antes por el tranza , compraba consumo y después terminaba no yendo a cursar,porque una vez que empezaba no podía parar y encima era impresentable ir de esa modo , entonces tenía este autoengaño de decir: No voy a cursar y sigo consumiendo y ahí es la frase que dicen : Yo no consumía para sentirme bien, yo consumía para no sentirme mal.Tenía todo ese desgarró de que estaba tirando mi vida al tacho,por eso detras de cada dosis quería apagar eso.Sin embargo cuando el efecto se va ,vuelve a aparecer ese desaliento,la verguena, la angustia y la obsesión por querer parar y no poder. Es ahí donde aparece esa compulsión

E: Exacto,de que uno intenta frenar y no puede ,entonces repite y repite, uno se siente impotente ante la sustancia ,porque la adicción te habla en cada momento.,la enfermedad te habla. Y en relación a tu entorno ,vos dijiste que durante la enfermedad activa ,vivías con tus padres, tu hermano ¿y alguien más?

A1:(*Asiente con la cabeza*)(*mira hacia abajo*) Mi hermano, ya no estaba conmigo, estaba en Buenos Aires,yo vivía con mis dos viejos y mi pareja vivía en otra casa,pero nos veíamos cada tanto..

E:Entiendo(*asienta con la cabeza*),entonces retomando el tema de tus padres, vos mencionaste que ellos sentían dolor al verte así,¿Podrías profundizar cómo repercutió en tu casa /familia la enfermedad? ¿ Hubo alguna consecuencia o decisión al respecto?,por parte de ellos me refiero.

A1:Yo creo que repercutió mucho, en cuanto a la relación de ellos conmigo, yo con ellos y entre ellos dos , porque ahí es cuando aparecía mi parte manipuladora, y yo sabía a quien manipular, quién iba a ceder y quien no.Estaba constantemente en jugar para dos equipos, cuando me convenía iba para mi viejo y sino mi vieja y de esa manera manipulaba y generaba conflictos entre ellos, quien era el que me acompañaba, quien era el que no.(...) (*Se toca la pera*) Yo recuerdo que le pedí a mi viejo plata para consumir diciéndole: Dame plata para poder ir a consumir porque no aguanto mas. y esa fue una tocada de fondo emocional fuerte.

E: Y ante esa situación ¿ qué te dijeron? ¿Cuál fue su reacción ?.

A1: Mi vieja me dijo que no iba a formar parte de eso y mi viejo cedió,pero me dijo: Vos no estas tomando noción de lo que estás generando, yo te estoy pagando el veneno y que un padre le haga eso a su hijo no sabes lo que es.En ese momento, yo tenía un rejunte de cosas y no podía ver nada,hasta que en la Fundación lo pude trabajar y sanar.Creo que no lo hubiese podido sanar jamás ,sino hubiera pasado por esa experiencia.En realidad yo me di cuenta despues de trabajarlo, que era un nudo adentro mío y no sabía dónde empezaba y gracias al plan terapéutico que me daban, yo lo pude ir desarmando y con los compañeros, consejeros,equipo terapéutico ,pude tener una visión distinta o mejor dicho, realista y objetiva de lo que estaba pasando adentro mío.

E: Claro, esa confrontación con la realidad,te estaban mostrando esa realidad que era y no la que quizás vos creías que era.

A1: (Asiente con la cabeza) si , es más quizás esto te sirve para más adelante ,pero yo recuerdo que estaba con Walter,uno de los dueños de la Fundación y el nos preguntó a todos los que estábamos ahí, ¿para que estabamos?, y yo le dije : Yo quiero saber quien soy (*mira hacia abajo*) y en ese momento él se me acercó, me miró a los ojos y me dijo ::¿Sabes qué es lo que pasa?, vos sabes muy bien quien sos, lo que pasa es que vos sos un cómodo de mi..., vos quieres que venga alguien y que te ayude y te diga quien sos,pero vos sabes muy bien, sólo tenes que animarte y eso hasta el día de hoy me sigue haciendo ruido en un montón de cosas que voy descubriendo de mi. Y ahí va esto último que dijiste, el adicto pierde su identidad porque no quiere ver esas partes emocionales y toda esa parte mala y/o destructiva, entonces empieza a perder su identidad y yo la perdí,porque hubo un momento en que yo no sabía quién era, hay pactos que uno tiene consigo mismo de niño que jamás rompería..

E: (*Asiente con la cabeza*) ¿Cuáles serían esos pactos?

A1:Y quizás uno de chico piensa, no voy a robar o no voy hacer tal cosa, como lo que hice yo a mi papa, que le pedi plata para consumir.Uno hace cosas que jamas hubiera pensado de chico.Para mi era impensado, de hecho cuando yo era chico y veía a mi viejo fumar cigarros,decía: Yo no voy a hacer eso y aca estoy (se ríe). Pero bueno el Programa de la Fundación me llevó a descubrirte, reconocer, observar las partes negativas, que también son las que me conforman, que no las pongo en juicio, si son buenas o malas, sino que las

internalizo y pienso si son funcionales o no , si me sirven o no. y ahí es cuando empecé a redescubrirme y decir: Ah yo no soy esto, soy tal cosa . Cuando mi cabeza piensa de tal forma, tengo este defecto, las consecuencias son estas..

E: Bueno justamente a ese punto quería llegar, mencionaste la pérdida de identidad, y este redescubrir tuyo , esa persona que eras antes de padecer la adicción, ya que cuando uno se enferma, la personalidad muta,cambia, como bien vos lo dijiste, no sabías quién eras. Entonces ¿Cómo fue y cuándo fue que vos llegaste a esa Fundación?, si fue por voluntad propia o no y en principio conocer el nombre de ese Centro.

A1:Se llama Identidad ,la Institución y está en Del Viso, Bs As.(...). A ver lo hago resumido.

E: Sentite libre, que yo te escucho (*sonríe*).

A1:(*Sonríe*).Yo le pedí ayuda a mis viejos y ellos me derivaron a una psicóloga que había tratado con algunos casos de adicción, y en una charla con ella , me cuenta que en si no se especializaba en adicciones pero que si había tenido pacientes que tenían problemáticas de consumo y que fueron a un grupo de autoayuda de Narcóticos anónimos y les había funcionado.. Me sugirió ir y así fue.Me metí en internet buscando alguno de estos grupos,pero no funcionó,porque juntaba días limpio y después volvía a tomar cocaína.Entonces dos de los integrantes de ahí, es decir dos compañeros me aconsejaron que me fuera a internar,ya que yo no paraba de tener recaídas.

E: ¿Ellos habían estado internados ahí también?.

A1: Claro, de su experiencia me recomendaron que me internara en ese lugar.Pasa que yo al principio me iba a ir a otro centro para parar las drogas, pero era carísimo y tenía spa, jacuzzi y mis viejos estaban tan desesperados que me lo querían pagar,pero yo les decía que yo no iba a poder resolver esto en 15 días, entonces cuando se lo comenté a estos dos compañeros ,se rieron y me dijeron que no invierta plata en ese lugar sino en Identidad.

E:¿Y fuiste solo o acompañado?,digo ,porque vos sos de Regina y esto queda en Buenos Aires.

A1: Fui con mi viejo, y me recibieron con mucho cariño amor, imaginate que yo fui derrotado,vencido.

E: Ah, fuiste con uno de tus padres, ¿y tu mamá se quedó por alguna razón?.

A1:(*Mira hacia arriba*) (*se toca la cara*), Mira mi vieja no se porque se quedó la verdad,pero ella tuvo otra postura, fue más fría respecto de mi adicción, yo creo que debió haber sido por el dolor que no me acompañó y por el miedo y también por una cuestión de gastos, alguien se tenia que quedar en la casa. Esas son mis interpretaciones,pero yo creo que mi vieja (...) ,mi vieja sentía mucha vergüenza por mi,porque ella tiene otra formación, es de otra época.Nunca vió la adicción como una enfermedad sino como un problema social

E: ¿ Qué tipo de formación tiene?

A1: Yo la llamaría anticuada, cuadrada (*se ríe*).Ella es Psicóloga y psicopedagoga.

E: Claro, por eso te preguntaba,porque la formación muchas veces condiciona o te brinda una apertura mental sobre el mundo.

A1: Claro, de hecho ella desde ese lado me analizaba,podía ver mis problemas emocionales,manipulación o esos brotes míos,momentáneos. me agarraban nervios, gritaba,me ponía violento,insultaba,golpeaba las cosas.

E: Claro,pero vos a habías sido así antes de padecer la adicción,

A1: Es que yo siempre fui un pibe tranquilo, pero con el consumo me volví diferente y cuando volvía a tocar los pies sobre la tierra me preguntaba¿qué me pasó?.

E: Claro,entiendo,habrá sido muy duro,por todo lo que estás contando,pero lo importante es que hoy es una realidad distinta a la que viviste.Retomando lo de la internación, entonces fue tu papá el que te acompañó y en la llegada a la Fundación,¿quienes te recibieron?,porque mencionaste un equipo terapéutico ¿recordas cómo está conformado este equipo?

A1:Me recibió una consejera y con el correr de los días fui conociendo al equipo terapéutico.Estaba conformado por una psiquiatra ,por psicólogos, y por consejeros.Pero bueno el primer día fue hablar con una consejera.Ella me pasó su experiencia con la adicción y su experiencia con la recuperación..Ahí empecé a vivir la primera identificación ,porque me

acuerdo que dije: Uy mirá, me pasa lo mismo que le pasó a ella, creo que ahí tuve el primer contacto de una adicto que ayuda al otro(*sonríe*)., más allá de que anteriormente haya ido a un grupo. En este lugar yo ya estaba entregado, yo había entregado mi vida: te entrego mi alma, mi vida y mi cuerpo porque yo no sé qué hacer., me rindo. Fue esa sensación de estar acabado en búsqueda de ayuda.

E: A ha (*asiente con la cabeza*) y en ese estado de rendición vos tuviste contacto con una consejera, ¿y ella fué la que te explicó ?¿, cómo iban a ser tus días allí?, porque vos me mencionaste que los profesionales trabajan con un programa, el cuál tiene un determinado enfoque respecto de la adicción.

A1: Mira, lo que yo me acuerdo es que antes de llegar a la Fundación, yo había leído información porque ellos tienen publicado una página, donde te explican el plan , como van a ser tus días o los talleres. Pero tengo como pantallazos, de que cuando llegué, me explicaron el Modelo Minnessota, su estructura, sus talleres. Había talleres para compartir, de meditación, se hacían ejercicios y había momentos de tareas manuales, donde hacíamos limpieza y orden.

E: Ah, entiendo. Si en esa página que ellos tienen, se brinda información de cómo es su metodología de trabajo , basándose siempre en que conciben a la adicción como enfermedad que no tiene cura pero sí recuperación. ¿ Y cómo funcionaba el tema vinculado a las salidas? ¿ Había permisos? ¿ o de qué depende eso ?

A1: Al principio para mi era como un castigo ,pero después entendí que no. Tanto la salida como la visita, nos decían que si vos querías hacer tu voluntad, no querías seguir las sugerencias que ellos te brindaban con buenas intenciones de ayudarte, si vos estabas en esa postura de terco o soberbio ibas a tener consecuencias. y que las mismas podían empezar así, no teniendo salidas y de hecho te lo explicaban diciendo que hoy no ibas a salir de la fundación pero no como castigo sino para que te revises y te preguntes . para qué viniste acá y porque estas así. Era un modo de ver las consecuencias de lo que uno elige.

E: Claro. era empezar a hacerse responsable. . Vos me mencionaste que con el correr de los días empezaste a tener contacto con los miembros del equipo terapéutico, ¿ como fue este mismo con la psiquiatra? ¿ tuviste que tomar alguna medicación?

A1: Yo tuve muy poco contacto con la psiquiatra, porque de hecho lo único que tomaba era dexalergin por la rinitis que tenía, porque vivía congestionado, con la nariz tapada, a causa del consumo.

E: Te entiendo, porque yo también hasta el día de hoy tomo dexalergin, pero no por una adicción, sino porque me agarra sinusitis y la tengo que tratar con un profesional, pero se me vive tapando la nariz. A raíz de esto que me mencionas, entonces vos la inhalabas.

A1: Claro, por la nariz .

E: Bien (*asiente con la cabeza*). Volviendo al programa Minnesota,, hay herramientas terapéuticas que ellos utilizan por lo que se menciona en la página que tienen, una de las que aparece principalmente son los 12 pasos de alcohólicos anónimos. ¿ me quieres contar cómo los implementan en la recuperación o mejor dicho cómo los aplicas vos?,

A1: Yo creo que es muy complejo, quizás los dueños de la Fundación , Walter y Celeste sepan muchísimo mejor esto que yo, pero lo que yo imagino es que ellos deben saber que es lo que necesita cada adicto. Yo no es que escribía el programa ahí dentro , no es que me decían que escribiera el primer paso, sino que fui pasando por todos los pasos , el primero, el cuarto en toda la internación.. No me decían :Vamos a trabajar de tal paso a tal otro, pero si me decían de que el objetivo de ellos era que el adicto que salía de esa fundación, tenía que irse sabiendo el primer paso., teniéndolo claro.

E: ¿ Recordas que dice ese primer paso? ¿ o de qué se trataría?.

A1: El primer paso habla de que somos impotentes ante nuestra adicción y de la pérdida de control que nos causa la enfermedad, nos domina y ese paso se trabaja todos los días en la Fundación, con los talleres, con la escritura en el taller de RES (Recuento de eventos significativos), también se trabaja con los planes terapéuticos y aparecen otras cosas como el miedo, la enmienda .Es como un popurri de los doce pasos, armados en una estructura para el paciente.

E: Entonces, no es que llegaste a un paso en particular ¿ entendí bien?,

A1: Claro, yo creo que pase por todos dentro de la internación, pero hoy estando afuera los hago teniendo otro tipo de tiempo, Yo afuera voy por el segundo paso, es decir, me siento , abro el libro y empiezo a responder preguntas y así me voy revisando constantemente y

trabajando conmigo mismo. De hecho, yo me dejaba guiar por el equipo y considero que eso también depende de cada paciente. Cada uno de ellos tiene su determinada personalidad, perfil. Algunos llegan con un cuarto paso bastante fuerte y otros no. Ellos marcan el tiempo también, porque quizás la persona no está preparada para tal paso, entonces los profesionales te van guiando y haciendo que te tomes tu tiempo para ir trabajando de a poco.

E: Más bien es una recuperación personalizada entonces. ¿Y cuánto tiempo estuviste en ese Centro?

A1: Y yo estuve un año y cinco meses internado.

E: ¿Qué crees que aprendiste habiendo transitado esa experiencia? o aquello que se te dificultó.

A1: Si bien yo estuve un año internado, recuerdo que a los dos meses de internarme, tuve una recaída, en uno de los permisos y cuando volví a la Fundación, hable con una consejera, le conté lo que había hecho y le dije: siento que realmente no sé nada y ella me respondió: Eso es una de las mejores cosas que te pueden pasar. Pensa Meli que yo me fui re soberbio de ahí, creyendo que me las sabía todas, cuando en realidad eso era sólo un base para tener una dimensión de lo que era la recuperación. y subestime mi enfermedad, subestime lo que me habían enseñado. Eso me hizo dar cuenta de que el valor de la palabra lo tiene la acción, no la palabra, porque yo me había llenado la boca de promesas, porque mi familia tenía miedo de que volviera a consumir, entonces yo repetía la información que recibía. La realidad es que uno se va con mucha información de ahí. el programa de doce pasos dice que sólo un adicto puede ayudar a otro adicto y por eso cuando uno acude al psicólogo, psiquiatra, brujos, chamanes, no sirven, porque son sólo palabras y quizás falta por ahí el ponerse en los zapatos del otro, la empatía. Por eso antes te dije que cuando llegue la primera vez, el hablar con la consejera era sentir como si estuviera hablando de mí. Yo antes veía la vida como si yo estuviese en una jaula chiquitita, encerrado y hoy con la recuperación, siento que estoy en una jaula pero muchísimo más grande, pero ampliar la consciencia de lo que me pasa, de lo que soy yo. y ver cuáles son las paredes de esa prisión, porque yo antes me sentía víctima de eso y ahora me pasa que a veces siento que soy esa víctima, otras no, pero cuando lo siento, sé porque estoy ahí y eso es porque acepto que estoy enfermo y en la Fundación me enseñaron como es la enfermedad, cómo funciona, cómo es su

característica, cómo me habla, que es lo que quiere para mí, hacia donde me lleva, sus consecuencias, cual es la parte emocional de la enfermedad, el egocentrismo,

E:¿Podrías profundizar en ese aspecto cuando mencionas lo de la parte emocional?

A1:Yo llegue, egocéntrico, sentía que lo que me pasaba a mí no le pasaba a nadie,me sentía diferente .Pensa que yo venía con esos mandatos, esa moral y palabrerío que decía que el que se droga es un parásito, la droga es mala, el drogadicto arruina su vida por culpa de la droga, siempre era por culpa de la droga,Por eso el tema de los fondos que habíamos hablado, cuando abandoné en tercer año odontología, en el colegio repetía, no tenía ganas de hacerlo. todo lo que me proponía hacerlo no lo terminaba y yo por eso pensaba que era la víctima de la droga.No sabes que feo que es cuando sabes que tenes algo y no sabes porque , entonces cuando en la Institución me dijeron que lo que yo tenía era una enfermedad ,eso hizo que me quitara una mochila de encima.

E:Puedo llegar a comprenderte, porque si bien no soy adicta, fui codependiente de mi ex pareja.Yo tuve que hacer una monografía con la temática de la codependencia una vez ,y ésta se basa en la relación afectiva en donde la persona se desvive por la otra, perdiendo su amor propio y actuando como la salvadora.. En el momento que yo lei las características de la codependencia y me di cuenta que a mí me estaba pasando eso, y que tenía una explicación.Por lo general los familiares son codependientes de los adictos,por eso se aconseja que ambos de manera aislada entren en recuperación.Por eso hay grupos para familiares de adictos.

A1: Me siento identificado con lo que decis porque justamente mi pareja era codependiente mío y ha ido a grupos.Yo la volvía loca con mi paranoia, mis celos ,pero en la recuperación me enseñaron a que las emociones hay que identificarlas El mecanismo es verlas, y desarmarlas y para eso aprendes a preguntarte ¿ como es por ejemplo , mi miedo, como es mi ansiedad? ¿ cómo opera eso en mi cabeza?. y eso es algo fundamental para la recuperación, aprender a reconocer las cosas, a trabajarlas, no evadirlas y reprimirlas.

E: En grandes rasgos, a vos te enseñan a trabajar los pensamientos y las emociones. Y algo que me quedó pendiente, es que vos hablaste de que en la recuperación personalizada realizan el armado de un plan terapéutico, ¿en qué consistía su elaboración?, ¿se establecía una especie de acuerdo entre los profesionales y vos?

A1: El equipo va evaluando cómo van mis progresos y en base a lo que yo voy viviendo, compartiendo y trabajando, me evalúan en conjunto y me informan cuál es el plan que debo seguir. Por ejemplo cuando yo entré, el primer plan suele ser el que se llama: Experiencia de Vida o tocaditas de fondo y eso va de acuerdo a la persona y a mí no me dieron experiencia de vida, sino el que es de tocada de fondo. Cada plan te enseña a revisar tus distintas formas de pensar, siempre teniendo contacto con tus emociones. Quizás yo veía que era vergonzoso, pero no sabía cómo eso funcionaba dentro de mi cabeza, que me hacía hacer en la vida creer en esa vergüenza. Yo no conocía las emociones, salvo el enojo, el miedo y alguna otra más y de hecho la psicóloga del centro una vez me acuerdo que dijo que científicamente está comprobado que tenemos setenta mil pensamientos por día básicamente y al lado de cada pensamiento hay una emoción.

E: Claro, tal cual, porque los pensamientos generan emociones y eso una conducta. ¿En qué consistía el plan de experiencia de vida?

A1: Es hacer una línea de tiempo desde los diez años hasta la actualidad y escribir los eventos más significativos.

E: ¿Y en qué crees que te ayudó?

A1: Me permitió hacer un pantallazo de cuáles eran mis eventos más importantes. Y la tocada de fondo tenes que identificar un momento en el que vos hayas tocado fondo. Por ejemplo: yo me fui a una fiesta, creyendo que al consumir la iba a pasar bien con mis amigos y después termine vomitando, c...o a trompadas y a raíz de eso sentí vergüenza por mis amigos, mi familia.

E: O sea que te hacía identificar las emociones.

A1: Claro, pero además de eso me hacía identificar el momento de mi autoengaño, creyendo que consumiendo la iba a pasar bien, cuando en realidad sabes que no va a ser así. Por eso el adicto tiene una forma de pensamiento distorsionada.

E:Claro, el pensamiento adictológico, el que no se ajusta a la realidad.vendría a ser lo contrario del pensamiento sano

A1; ¡Así es!, de hecho en la recuperación era todo el tiempo pienso y siento ,pienso y siento (*se ríe*).Así me hicieron trabajar la parte emocional y reconocer el pensamiento dentro mío..Fue un año y cinco meses las veinticuatro horas,,hablando ,compartiendo y escribiendo siempre lo mismo:Me pasa esto, siento esto.Por ejemplo si viene una persona y me dice que soy un enano de m... y yo pienso eso de mí ,me va a afectar,siempre es en base a como vos te veas,te pienses.

E:Claro, los hacen trabajar en los propios pensamientos, en cómo transformarlos,y eso impacta en el autoestima y sentir .Y respecto a la abstinencia ¿recordas cuales fueron los síntomas que manifestaste cuando ingresaste a Identidad?, físicos.

A1:No tuve esa abstinencia que pensaba que iba a tener. Lo que viví fue que el cuerpo me hablaba,me enfermaba. Se me inflamó la garganta,me agarró anginas. fiebre , faringitis y por ahí algún que otro dolor en el músculo.El alcohólico lo vive de otro modo. Hay otras drogas que son más fuertes .

E:¿Y a nivel psicológico?

A1: Fue un rejuete. Me sentía con miedo,vergüenza,culpa .Me sentía muy solo,devastado.Yo lo que más palpaba era que había tirado mi vida al tacho. y es más antes de internarme .tuve una tocada de fondo que fue clave ,porque me quise quitar la vida.quise agarrar el auto y tirarme por la montaña,pero mi vieja lo impidió y fue ahí que pedí ayuda para internarme y les dije a mis viejos que no me crean más nada de todo lo que les decía,

E: Claro, por eso vos dijiste que el último año fue el destructivo y eso fue lo que te llevó a tomar la decisión de buscar ayuda y ahí apareció Identidad

A1:SI(...) ,si,además ya era un pensamiento. recurrente, yo lo venia planeando y pensaba que en mi familia siempre me habían dicho que jamás probará las drogas y yo lo hice y para mí ya estaba condenando(*enciende un cigarro*).Para mí no había vuelta atrás

E: A raíz de esta experiencia, de la recuperación ¿ Sentís un cambio en vos?.,respecto de ese chico que llegó rendido hace un año y cinco meses atrás.

A1: ¡Si, por supuesto!. El querer trabajar conmigo mismo, el no hacerle caso a mi cabeza. Aprender a conectar con el dolor, la vergüenza. Hoy en día sigo en cuidado continuo. Hago grupo. y transmito mi mensaje, que ¡sí se puede !.

E: ¿ Como post cuidado del alta de la recuperación te aconsejaron ir a los grupos?

A1: Si elijo ir por ese camino, el de ayudar a otras personas que vivieron lo que yo viví..ese desaliento de no poder salir de eso y poder pasarle mi experiencia.. En recuperación te enseñan a ser honesto. El modo en que yo me relaciono con mi entorno, es el reflejo de cómo me relaciono conmigo. Yo tenía mucha furia con mi vieja. Como cosas de porque ella no me acompañó a internarme, pero . hoy está sanando esa relación, imaginate que llegaba al punto de que iba a tomar mates con ella y la pasaba mal., hasta que lo pude poner en palabras,

E: Claro (*asiente con la cabeza*), es por eso que Minnesota dice ser un programa espiritual y de acción. Bueno “X” , de corazón te agradezco por todo tu aporte, el respeto y la confianza hacia mí ¡ah! y me olvide de aclarar que si necesito indagar alguna cuestión en profundidad ¿Podré acudir a vos?

A1: Si, por supuesto Meli, sabes que no hay ningún problema. Gracias a vos. Que terrible va a ser que escribas todo lo que te conté (*se ríe*).

E: (*Se ríe*) va a valer la pena, porque disfruté mucho y aprendí también. Antes de olvidarme X, quería contarte que seguramente , yo te contacte otra vez para darte una devolución de todo esto. Nada malo (*sonríe*), si estás de acuerdo claramente.

A1: Si dale (*sonríe*).

ENTREVISTA II (E2)

A2: Hola Meli (*se acomoda el pelo*)¿Esto lo vas a pasar ?

E: Hola X,no (*se ríe*),quedate tranquilo que esto lo grabo ahora para poder registrar datos ,que quizás durante esta entrevista no logre anotar ,porque va a ser mucha la información que reciba ,no lo dudo y después al desgrabar ,es decir lo escribo en papel y lo borro, es confidencial. El Trabajo final ,o sea la tesis que yo estoy haciendo tiene que ver con la Trayectoria de recuperación de adultos adictos en un Centro de rehabilitación.¿si?.Entonces yo mediante este estudio lo que busco indagar ,conocer es: : ¿Qué aprendizajes lograron en el proceso de rehabilitación, adultos adictos en cocaína, de acuerdo al Modelo Minnesota en la provincia de Buenos Aires, Argentina 2021? ?

A2: (*Se ríe*) Si con todo lo que hice no estuve preso,esto no es nada.

E: No,vos quedate tranquilo que esta entrevista la miro yo y la borro.Bueno X te cuento que soy estudiante de la Licenciatura en Psicopedagogía y como te mencioné antes, me interesa conocer tu experiencia de recuperación en el Centro donde estuviste , así que sentite libre que yo te escucho.

A2: Bueno dale, yo a veces me voy por las ramas ,pero si tenes tiempo.

E: Tengo todo el tiempo del mundo(*se ríe*).Me gustaría primero que te presentes,si quieres podes empezar contándome tu edad, cómo te llamas con quién vivís ,tu profesión.

A2:Me llamo X, soy adicto,tengo 49 años, ahora me dedico a hacer reparto de agua en zona Sur,trabajo con mi hermano, tenemos una Sociedad,

E: ¿En qué parte de la zona Sur?

A2:Nosotros tenemos la fábrica de Bidones en Valentin Alsina.Repartimos desde Villa Elisa, Banfield, Monte Chingolo

E:¡Ah mirá, ahí justo vive mi mejor amiga(*sonríe*).Son de ahí casi todos mis amigos.Entonces sos de Zona sur

A2:Mira vos(*se ríe*). Claro yo reparto por toda esa zona.No , trabajo ahí,pero soy de capital. En Once estoy yo(*se ríe*)

E: Si,pero ahora ella no está. se encuentra viajando en un crucero y lo más probable es que vuelva pronto porque está muy estresada y le está afectando a la salud.Ah, estamos cerca porque yo estoy en Flores,

A2: ¡Pobre, qué locura!.Somos vecinos(*se ríe*)

E: Claro!!.(*sonríe*)Si, es muy difícil la vida a bordo, es diferente y además la cultura ,se manejan distinto. Pero bueno, me estabas contando de tu trabajo , ¿ y con quien vivís? ¿ o vivís solo?.

A2:No,ahora vivo solo.Hace poco estuve viviendo con mi tía,pero hoy vivo solo.

E: Bien,y tu familia ¿ cómo está compuesta? ¿Tenes hijos/as?

A2:(...)Si,tengo dos hijos de dos matrimonios diferentes,Un hijo de 25 años, que vive acá en Buenos Aires ,porque yo soy de Tierra del Fuego y mis hijos nacieron ahí y ahora de grande él está viviendo en Bs As ,se recibió de cocinero y está trabajando de eso .Y mi hija tiene 17 años, y vive en Rio Grande.es de mi segundo matrimonioy está terminando el Secundario.Hoy actualmente estoy divorciado.

A2:Ahora no, estoy estudiando, si hice un Curso de Consejería en Adicciones,pero ahora sólo trabajo.

E: Respecto al Curso que hiciste ¿ Cómo estudiabas?,viste que uno tiene sus métodos,o estrategias mejor dicho.

A2: Volvía a escribir ,todo. Lo que escribía ,lo volvía a leer, una y otra vez , y así me quedaba en la cabeza .Armaba resúmenes de los apuntes que tomaba.

E: Bien,perfecto. Bueno X, ahora voy a profundizar más en otro aspecto, así que si tenes alguna duda en lo que te pregunte, me interrumpis y si hay algo de lo que desees no hablar, sentite con la plena confianza en decirlo,que yo te voy a entender. ¿Cuál fue la sustancia con la que tuviste contacto ? ,la de preferencia, la que te llevó a internarte?

A2: La cocaína, ella es el gran amor de mi vida

E: ¿Recordas cuando fue tu primer contacto con la sustancia?

A2:(...),dejame hacer memoria porque fue hace tanto.yo tendría uns 14 años

oE:¿ Y en dónde fue?, en qué lugar mejor dicho.

A2: Fue en la escuela, en el baño de la escuela,un compañero más grande.me convidó y ahí la probé.

E:¿Y qué sentiste en ese momento? ¿Que efecto te causó esa primera vez que consumiste?.

A2: Una excitación, mucha euforia, energía, adrenalina, no paraba de hablar, muchas ganas de hacer cosas, caminaba para todos lados ,me puse contento, estaba creyendome el dueño del mundo en un segundo.Me sentía bien

E:¿ Y de qué manera consumías esa sustancia?, es decir, ¿Cómo la ingerías?

A2:La inhale por la nariz.

E: La inhalabas.¿Y cuándo crees que empezaste a generar una dependencia con ella?

A2:En realidad nunca me di cuenta que había generado una dependencia con la cocaína.En realidad lo que a mi me pasaba, era que yo ya consumía todos los días y cuando se me terminaba, entraba en desesperación y solo pensaba en esa necesidad de querer más ,más y más, era una necesidad muy grande a tal punto de que pensaba que si no volvía a consumir ,me iba a morir.Por eso yo no era consciente de que había generado una dependencia,porque yo pensaba que yo podía dejarla cuando yo quería, lo que pasa es que yo no quería,entonces en los momentos que quisiera,la iba a dejar

E A ha (*asiente con la cabeza*),claro la ilusión de control

A2:¡Claro! (*asiente con la cabeza*).Desde el primer momento que probé ,empecé a hablar con gente que yo frecuentaba, algunos consumían cocaína,otros no.Pero ellos me la conseguían. Ahí empecé a frecuentar y a cerrar el círculo.Pero de tanto que consumía,había veces que ellos no podían traermela,entonces yo empecé a tener contacto con los dealers y empecé a ir a las villas a buscarla yo.

E: ¿Y cuántos años de consumo con esa sustancia tuviste?

A2: (...) 35 años.

E:¿Cómo fueron tus momentos de consumo? solo o acompañado?

A2: No me importaba (disiente con la cabeza), consumía sólo, acompañado, a mi lo que me importaba era consumir, no importaba con quien. Si no tenía plata buscaba a alguien que me la comprara y consumía con esa persona.

E: Perfecto. ¿recordas las consecuencias que te generó ese consumo?, o mejor dicho las tocadas de fondo que tuviste a raíz de eso.

A2: (*Se toca la pera y apoya el codo en la mesa*) Mi primer tocada de fondo que la recuerdo patente, fue un Viernes o Sábado , con un compañero de trabajo, yo trabajaba en un supermercado, él era mayor que yo, compramos en la Villa del Bajo Flores, era de muy alta calidad, él estaba acostumbrado a consumir. La primera dosis que consumí fue muy grande, fue de un gramo, en una sola línea y me alteró completamente el sistema nervioso, la vista, el habla, temblaba, Estaba en mi casa, con mi vieja y mi tía. Entonces con este pibe pensábamos en irnos a Tigre, porque yo ahí tenía una casa, entonces le pedí a mi mamá que me diera las llaves de ahí y ella me mira asustada y me pregunta qué me pasa y yo le empiezo a gritar que: No me pasa nada, que me quieres sacar sangre, no me pasa nada. Estaba totalmente duro, acelerado, super drogado, a los gritos, en otro planeta. Tengo la fotografía de la cara de mi mamá, de mi tía y de la raya larga que había ingerido, como del largo de una tapa del inodoro, fue una dosis muy alta. De ahí fuimos a Tigre pero no a esa casa sino a otro lado, yo seguí consumiendo y sentí que me moría me acosté como en una canaleta de cemento, cerca de la estación de Tigre, y me acosté ahí, pensando que me moría y me quedé tieso como un muerto vivo, pase toda la noche y mañana y uno de los chicos tenía pastillas, entonces le pedí una y me tomé el colectivo.

E: ¿Qué tipo de pastilla?

A2: Reinhold se llamaba, un hipnótico barbitúrico.

E: ¿Que vendría a ser eso?

A2: Como rivotril, hoy en día. Era una pastilla para bajar el efecto. Porque yo siempre que consumía, tomaba pastillas, para bajar, para subir.

E: (*Se queda en silencio, escuchando atentamente*). ¿Y qué edad tenías en esa primera tocada de fondo?

A2: Tenía unos 16 años.

E: Con la edad que me mencionas ¿Vos en ese momento estudiabas? estabas en el secundario.

A2: Si estaba en el secundario .Pero empecé .a dejar todo (...9.

E:¿ Podrías describirlo en profundidad ?

A1. Claro, empecé a perderme. .De hecho en Identidad aprendí,después de mucho tiempo que la principal pérdida fue la de mi identidad,quede fijado en el tiempo, quede como ese niño de 16 años,perdí mi personalidad. Para poder consumir,necesitaba primero tener una imagen, de alguien que no consumía en mi familia,para poder tener plata y seguir consumiendo,porque en esa época yo también hacía changas. En cambio para el otro círculo yo era el reventado.Siempre era el que mas aguantaba, el que seguía la gira,la noche,y eso me permitía tener cierto estatus dentro de los circulos de la droga que yo me manejaba, al menos eso pensaba mi cabeza,entonces me gané cierto respeto también con los dealers,porque compraba grandes cantidades. Tanto tenía esas dos personalidades diferentes, que yo me creía eso, que podía ser el familiaro a veces y el reventado otras. Voy a hacer un paréntesis ,pero yo, como me movía en diferentes círculos y además el tiempo iba rotando y no todo el mundo me bancaba,algunos se alejaban,entonces por momentos fui punk,dark ,nazi,todo para encajar en circulos donde hubiera posibilidad de consumo. Volviendo a lo anterior, todas esas imágenes, que yo iba creando y creyendo.Yo siempre fui un personaje, yo vivía mi vida como si fuera una película,después terminé sin saber quién era yo,entonces ¿quién era yo?.Por eso se que mi mayor pérdida fue mi identidad,mi personalidad,además yo consideraba que mi verdadero yo era ese chico drogado,pero lo conseguía sólo cuando consumía drogas

E: En una parte me mencionaste que vos eras familiaro.Si vos tenías, 16 años vivías con tu familia ¿no es así?, vos te mostrabas delante de ellos de otra forma pero eso en algún momento empezó a salir,cuando todo se fue de control ,entonces ¿Cómo impactó eso en ellos?

A1: Si, si con ellos,mi hermana ya se había ido de Tierra del Fuego..Ella se fue a vivir a Buenos Aires, en Congreso. Mira yo antes no consumía en mi casa, lo hacía afuera volvía drogado pero nadie lo notaba ,yo me escabullia en las noches entonces nadie me veía. La que siempre lo supo intuitivamente era mi hermana,porque ella veía mis actitudes y le pidió

ayuda a mi vieja,pero en ese momento era otra época, no se sabía mucho del tema.Entonces mi mamá y mi hermana estuvieron padeciendo mi consumo,sin embargo mi vieja cuando yo volvía así ella lo negaba todo,pensaba que era producto por un exceso de alcohol.De hecho hasta el día de hoy sigue negando todo,piensa que esas situaciones se generaban por exceso de alcohol..

E:Entonces ella no lo ve como una enfermedad.

A2: No ,no lo entiendo todavía.

E: Viste que para los familiares de adictos,existen los grupos ,¿ella asistió a alguno?, son para familiares codependientes.

A2:No, a grupo no,pero si hace un año y medio fue a una reunión que dió una consejera que conozco de un taller y era para familiares de adictos. eso duró dos días.

E:(*Asiente con la cabeza*) entiendo, si bien vos nombras que era otra época ,respecto a las drogas ¿qué creencias se tenía en tu casa sobre las drogas?,no sobre la adicción,¿había comunicación con ella de ese tema ?

A2:No, sólo una vez en la mesa, ella me preguntó si yo fumaba marihuana y le dije que sí y me preguntó porqué lo hacía y le respondí que era para reirme un poco,pero después nunca más hablamos de ese tema.

E: Bien. Y cuando decidiste ingresar en Identidad ¿Qué fue lo que te llevó a tomar la decisión de internarse y qué edad tenías ?

A2: Si bien, mi hermana fue la que me llevó a internarme, fui yo quien decidió ,pero también gracias a ella,armó todo. Fue hace dos años ,así que yo tenía 47 años y lo que me llevó a internarme,fue que yo venía de un proceso de recuperación , a raíz de un intento de suicido que había tenido en Tierra del Fuego,Estuve en terapia intensiva, me costó un año recuperarme porque a mi cerebro le había llegado poco oxígeno,porque había tomado muchas pastillas, y alcohol fino y un montón de cosas que hice (*mira hacia abajo*) (...). No se si quieres que te cuente de eso(*sonríe y mira hacia abajo*).

E:(*Utiliza un tono cálido*). Yo te escucho,vos sentite libre, que yo te escucho.

A2: Yo me había peleado con la mamá de mi hija un fin de semana, ya ya venía peleando con ella, vivíamos consumiendo los dos, ambos éramos cocainómanos, yo ya vendía también, eso me garantizaba seguir teniendo cocaína, o sea todo era para sostener el consumo, por eso ca...e a un montón de gente en aquel momento. Ella me dio a entender que estaba conociendo a alguien y yo estuve una semana tomando alcohol, mezclándolo con coacina y pastillas. Yo estaba ideando un plan de suicidarme, entonces aproveché que mi hija y ella se habían ido a la casa de mi cuñada y realmente me sentía paranoico, tenía una voz que me hablaba. Yo lo que quería es que mi esposa me viera muerto, entonces llegó el día Viernes, yo completamente drogado fui a buscar en el auto, a las chapas, descalzo, la traje de los pelos, me quise cortar las venas, pero el cuchillo estaba desafilado y no llegué a lastimarme tanto. Ella salió corriendo y yo como estaba descalzo no la alcancé y me volví a la casa, seguí consumiendo, mezclando pastillas. Me tomé 30, alprax, rivotril, valium, junto con una botella de alcohol fino, abrí todas las hornallas, todas las ventanas y en una de las puertas me colgué de un cinturón y cuando me desperté había ambulancias y después me volví a quedar inconsciente y pasaron unos cuantos días hasta que me volví a despertar.

E: *(Se produce un silencio)*. Vos cuando ideaste el plan, mencionaste que querías que tu mujer te encuentre sin vida, pero cuando despertaste en el hospital ¿ella estaba ahí?, ¿ella te acompañó durante tu recuperación en ese lugar?

A2: Si, me desperté y la agarré de los pelos, ella estaba ahí al lado y me volví a desmayar o fueron los enfermeros los que me sedaron. Y además también recuerdo que estaba mi abuelo y mi tío en el pie de la cama, cuando ellos en realidad ya estaban muertos.

E: ¿Cómo que estaban muertos? ¿Cómo es eso?

A2: *(Se ríe)*, Claro, yo los vi a ellos, fue como un viaje astral, así pienso, porque ellos me hacían señas como que espere (*gesticula*), Mi abuelo estaba en el pie de la cama y mi tío fumaba. Yo no creo en esas cosas viste, pero a la semana me desperté y la única diferencia es que ellos no estaban en la habitación.

E: ¡Qué cosa lo que me contás!, yo sí creo en todas esas cosas que suelen pasar, para mí son señales, así las llamo yo.

A2: A raíz de ese suceso, yo quedé con ataques de pánico. En los únicos momentos que se me iban esos efectos.. ¡Ah a todo esto yo me olvidé de decirte! que ni bien yo me recuperé , al año, volví al tranza, con las vendas y todo yo me fui a consumir de nuevo”,Primero me fui a comprar una bolsa, y después hablé con mi hijo, con mi hija, mi esposa.Ni lo dudé, estaba convencido, o sea que no tuve ningún conflicto moral.

E: Claro, ahí está la obsesión del adicto, cuando la enfermedad les habla,esa compulsión de no poder parar.

A2: ¡Es terrible ! ,esa idea fija que uno tiene .Bueno despues de eso, mi hija cumplió los 15 años y en ese fiesta yo fui con mi amigo que era un dealer y recuerdo que mi hija cuando me entregó la vela, se puso a llorar diciendome que creyó que se le caía el mundo cuando me pasó lo que te conté.Bueno mi primer intento fue en el año 2017 y hubo un segundo intento que fue en el 2018.

E:¿Me quieres contar cómo fue?,respeto si es difícil de hablar , así que n.. (*es interrumpida*)

A2: Si Meli, no tengo ningún drama, para algo estoy acá. (*sonríe*).Mira, recuerdo que me había peleado con mi mujer en aquel entonces, y ella me echó de la casa y mi hija me dijo que no me quería ver más que era un mentiroso ,que ya no me creía más nada , llamaron a la policía,porque yo había tenido un casamiento de un amigo y volví totalmente borracho y drogado y la policía me tuvo que sacar.En ese momento me fui derrotado.Yo me voy a lo de mi mamá, tomé pastillas y terminé intoxicado,. Era loco lo que me pasaba, yo pensaba en mis hijos pero ya nada me motivaba.

E: Es que tu única salida en aquel momento era seguir consumiendo,te refugiaste en eso.Era en lo único que pensabas,por la enfermedad..

A2. Yo ya no quería vivir más, yo pensaba: Que lástima no vas a poder conocer a tus nietos,mientras lloraba.

E:(...) Y en esta ocasión ¿esta vez quien te acompañó ?

A2:Mi mamá me acompañó .Y ahí ya tenía una perimetral , no me podía acercar a mi hija y mi esposa y ahí entré en stand by,era como una planta. A los días me llama mi hermana ,que vive en nordelta y me invitó a pasar unos días allá,para las vacaciones.Y para esto mi hermana ya había buscado lugares, entre ellos,Identidad.Ahí llegamos a cómo decidí

internarme.Me consigue la entrevista en Casa 1, con Gustavo .Yo no quería,de ninguna forma estar ahí, pero mi hermana me convenció.En un momento me dijo una frase:Llega un momento que uno tiene que elegir o la bolsa o la vida,metafóricamente era o morir o vivir .En aquel momento pensaba que yo no tenía problemas con las drogas, tenía problemas con mi hija ,mi esposa.Hasta días después de haberme internado pensaba que yo la cocaína a podía dejar cuando yo quisiera, sólo que no quería.Yo dos casas, tres autos, hubo un momento donde yo viajaba a todas partes en avión,yo estaba bien ,los drogadictos eran los que estaban tirado bajo un puente ,no yo ,eso pensaba mi cabeza.Entonces mi hermana me dijo que si yo no me internaba ,ella se iba a ir a España y se iba a cambiar el apellido para no buscarme nunca más,porque no iba a llorarme en un cajón.Y así fue que me interné finalmente.

E: Entonces tu hermana había estado planeando la forma de ayudarte, no es que ella quería que te fueras unos días.

A2: Ella pidió ayuda desde que yo era adolescente, era el plan que tuvo toda su vida conmigo.Yo puedo decir, que ella me salvó la vida, por lo menos ella es la que me dió el empuje, me abrió las puertas..Ella fue la que me pagó toda la internación.

E:¿Y cómo fué ese momento cuando llegaste?

A2:Yo llegué ,totalmente derrotado,vencido, era la nada misma hablar conmigo era como hablar con la pared porque yo no emitía palabra alguna, yo tenía miedo, no sabía dónde estaba entrando.Nunca había tenido contacto con narcóticos ni con una recuperación.Para mi los adictos eran los que estaban tirados inyectados con una jeringa,que voy a hacer un paréntesis, me he inyectado cocaína también algunas veces.Mi idea de internarse ahí, era que me iban a dar herramientas,información de como poder consumir sin lastimarme(*se ríe*).

E:¿Cuando llegaste a Del Viso, quien fue la primera persona que te recibió y como te recibió?

A2: Un compañero que hasta el día de hoy es mi mejor amigo..Después me hizo la entrevista Mariela ,una consejera y después Carolina.

E:¿Y en esa entrevista ,recordas lo que te preguntó ?.

A2:Si, me preguntó cómo me sentía,qué es lo que consumía,mi preferencia, cómo se componía mi familia y me explicaron como funcionaba la casa. y despues ahi entre en

contacto con mis compañeros. Yo entré super medicado, tomaba pastillas todo el día, además por oficio tenía una psiquiatra y psicólogo, porque cuando hay intento de suicidio, ahí interviene la ley

E: Osea que vos ya entraste tomando medicación, eso figuraba en tu historial clínico, entonces, a raíz de eso ¿Cómo actuó la psiquiatra del Centro?

A2: Ella me hacía un seguimiento, un monitoreo, y me fue bajando la dosis, hasta el día de hoy no tomo ninguna medicación. Mucho antes de tener mi alta en la recuperación, no tomaba más nada.

E: ¡Qué progreso! (*sonríe*)

A2: Yo tomaba un estabilizador emocional, que era para no tener pensamientos suicidas, ya que desde antes de consumir, desde muy chico tenía pensamiento así.

E: Esos pensamientos suicidas que mencionaste, antes de consumir los voy retomar más adelante, porque es delicado y no quiero olvidarme. Vos cuando ingresaste te explicaron como era el movimiento en la casa, ¿Podrías profundizar eso?

A2: Yo estaba con una consejera y le pregunté si podía fumar y ella me dijo, justamente es eso lo que hacemos acá. preguntamos, pedimos permiso, por una cuestión de respeto a tus compañeros y hacia nosotros. Eso de preguntar y pensar en el otro lo aprendí muchísimo. Esto del respeto y del amor es algo que se aprende fuerte ahí. Y después bueno me contaron la hora en que se desayunaba y que yo por ser un recién llegado, tenía la posibilidades de levantarme un poco más tarde y desayunar después. No iba a hacer tareas de limpieza hasta después de unos días. Cada uno tenía una tarea de limpieza y en diferentes turnos. Yo me acuerdo que me levanté a horario y aunque no tuviera que hacer nada, ayudaba igual, porque por primera vez quería ser parte de algo (*se ríe*).

E: ¿Y qué tipo de actividades hacen, además de la que me nombras?. porque en la página que ellos tienen, en su plataforma nombran diversos talleres, contame cuáles son.

A2: El primero que se hace es el Taller de bienvenida. Todos son en círculo, esto es para que todos estemos a la misma distancia, unos de otros (*gesticula*). Se crea una energía o se vive de forma muy emotiva. Son movilizantes. Siempre los talleres están coordinados por un

consejero, el que dirige el taller y se encuentran los compañeros, unos sentados al lado del otro. En éste de bienvenida, los compañeros/as pasan su experiencia, qué es lo que les pasó al entrar a Identidad y yo como recién llegado hablé, me quebré porque venía derrotado, vacío. Después, hay otros donde se comparte La Res, que significa recuento de Eventos Significativos, es lo que se escribe todos los días a la noche, escribis lo que te pasa en el día. y Hay dos talleres a la mañana y dos a la noche donde se comparte esa RES. Hay otro que es sentimiento libre, donde habla cada uno de lo que le pasa,. Los viernes habían dinámicas, donde se toma un tema en particular. la consejera te hace cerrar los ojos, ponen música, se hace silencio en un momento y ella te va dirigiendo. Después se hacen palestras, que ahí el paciente interactúa con el que está dando la palestra, se recibe información y en sí tiene una estructura la palestra, pero todo se va formando en el momento. te dan información que es escrita, donde eso permite que sea retenida de otro modo.

E: Bien, ¿Hacían taller de manualidad?

A2: En una dinámica recuerdo que dibujamos, te daban una hoja y vos tenias que poner que representaba para vos estar internado en la casa y podias usar brillantina y demás. Pero un taller llamado Manualidad en sí, no..

E: Habiendo nombrado estos diferentes talleres que presenciaste ¿Que sentís que aprendiste en la recuperación, de acuerdo a este Modelo? lo que aprendiste y lo que se te haya dificultado Siempre hablando del Modelo Minnesota claramente ¿no?.

A2: Yo aprendí varias cosas, a caminar, a vivir mejor dicho porque yo venía sobreviviendo. A respetarme, a tratarme con amor y eso pienso que es una responsabilidad que tengo. Yo soy responsable de mi vida porque yo tengo muchos sueños y proyectos y para eso elijo ser responsable.. Aprendí a que si hago algo , me hago cargo de lo que estoy haciendo. Aprendí una frase que dice: Ya no soy culpable de mi pasado, sino responsable de mi presente, de mi recuperación. Uno de los sueños que yo tuve es ser un buen padre, quizás ese padre que no tuve yo., entonces yo para ser cumplir esos pactos que yo tenía olvidado conmigo mismo en su momento. Yo soñaba con que una familia Ingals podía ser posible, entonces hoy tomo ese pacto y elijo vivir en recuperación para acercarme a eso. Ser responsable significa ,tener fê, al principio era hacer algo sin saber porqué., pero después confíe y la fê fue algo que me funcionó. De hecho si hoy te cuento mi historia es gracias a elegir esta responsabilidad, y yo

te la cuento con dolor,pero también me sirve para ser consciente ,porque mi hija también padeció y sufrió todo lo que hice en consumo. Hoy me toca ser responsable y enmendar desde el amor con ella.Aprendí a confiar en el otro y en mí,porque yo antes pensaba que yo era una carga.Cuando yo empecé a recuperarme y ver que lograba cosas, empecé a confiar en mí y saber que yo sí podía, que sí lo elegí es porque puedo. Ser responsable es algo de todos los días, esto es hoy, es el día a día.

E: Es el lema del solo por hoy, esa herramienta valiosa que ustedes tienen y se aplica para todos,un no adicto como uno.

A2:Así es, esto es como una ecuación.Yo tengo dos años, seis meses y veintidós días limpios.Para mí es un logro ,pero mi verdadero logro está en el día., que hoy pude ir a laburar sin consumir. Porque puedo volver a recaer,pero no me tengo que olvidar que hace 1 año estoy lejos de esa dosis .Por eso es solo por hoy,porque hoy llegue otra vez a mi día limpio. Las 24 hs es un día de milagro para un adicto.Y lo que te cuento hoy es movilizante.

E:De lo que fui escuchando, transmitiste muchos mensajes, así que es admirable. Yo te pregunte lo del lema, porque hay otros más.

A2: Dolor compartido, es medio dolor. A mi me dolía estar vivo,desde chico,yo era chiquito y estaba en mi casa solo e iba al balcón ,yo vivía en un noveno piso y me sentaba en la baranda y pensaba ¿ me tiro o entro?. Yo me iba a acostar llorando.

E: ¿ Qué crees que era lo que te causaba dolor?

A2: Me dolía las discusiones que tenía mi mamá con su pareja,me dolía mirarme al espejo,Cuando consumia cocaína, creeme que se me iba ese dolor, yo sentía felicidad ,amor, yo me enamore de la Cocaína.me dio los mejores momentos de mi vida,pero se a lo que me lleva y no es lo que elijo hoy.

E:(*Asiente con la cabeza*),entonces tu papá biológico no se encontraba presente, en aquel momento ,cuando eras pequeño.

A2: Claro, él me abandonó antes de los dos años .Te voy a contar esto que se me vino a la cabeza.Cuando era chico ,yo iba por la calle mirando a ver si iba encontrando a mi papá, y obviamente no lo encontraba,Yo lo busque y lo encontré de grande, empezamos tener una

relación, él me pidió disculpas,pero yo le dije que no le guardaba rencor pero que si se ocupara de sus nietos porque papá no fue. Y cuando yo entre en recuperación, él ya estaba enfermo.hablábamos por teléfono y me pedía que lo fuese a ver y yo le decía que si,pero al final nunca iba. Al final terminé yendo,tenía cosas para recriminarle,pero bueno ,pasamos un día hermoso y a la semana se murió.Yo me di cuenta que tenía un montón de resentimientos.,pero pude ir sanando.

E: Claro, justo te iba a preguntar ,eso

A2:Yo sentí que había sanado un montón conmigo, que me había sacado la culpa.Me di cuenta que yo tenía una historia,pero aprendí a amigarme ,de ahí la responsabilidad. Me hago cargo de que me hicieron daño pero yo también lo hice,pero bueno hoy estoy vivo para contarlo.

E:¿ Y a los grupos asistis?

A2:Si,se sugiere que hagamos grupo. Todos los Viernes hago un servicio. Otra frase son las cuatro patas de la recuperación: No es lo mismo juntar tiempo limpio que vivir en recuperación, ya que eso lleva un trabajo responsable y para eso necesitas :servicio,madrina/padrino ,programa y grupo.Yo hago servicio todos los Viernes en un grupo.este proceso es muy personal,porque no es igual para todo el mundo,algunos les funciona y a otros puede que no.

E:¿Me quieres contar acerca del programa de los doce pasos?,ya que es una herramienta que se implementa en este Modelo.

A2: Este programa consiste en los doce pasos de alcohólicos, anónimos, donde cada paso tiene determinadas preguntas. Una vez que se termina ,lo vuelves a escribir de nuevo.

E:¿Durante la internación ese programa como se aplica? o es después de que reciben el alta?

A2:En la internación vos trabajas, el primero , segundo y el tercer paso,lo trabajas sin escribirlo, es decir, no es que lo escribís estructuradamente como está en la guía de preguntas. El programa se llama programa Minnesota, tiene una guía de pasos y estos pasos tienen diversas preguntas. Los vas trabajando en los talleres, dinámicas.Dentro de lo que haces en internación , tenes que escribir ciertas consignas en los planes,ejemplo,escribir diez

Tocadas de fondo emocionales, fuertes, donde hay pérdidas grandes y ahí te das cuenta de las pérdidas por consumir. El primero que te das en las diez tocaditas de fondo y después la compartís en tu taller con tus compañeros y consejeros .

E: Describeme con tus palabras ¿qué entendes por Tocada de fondo?

A2: Es cuando vos sentís que ya se te fue, en situaciones de consumo activo, cómo fue progresando esa situación hasta que se descontroló y vos terminas lastimando a alguien y/o a vos mismo , respecto a tu plan inicial. Te sirve para darte cuenta de cómo de tu plan inicial, se te descontrola todo donde no podés parar, a causa del consumo haces cosas que no querías.

E: ¿ De qué dependería ese armado de plan?, ¿ Quien lo arma?

A2 Lo arma el equipo terapéutico, los psicólogos, psiquiatras, consejeros. El consejero va conociendo tu historia, lo primero que se le da todos por lo general es la Tocada de fondo y a raíz de eso, vas conociendo al paciente . El equipo va conociendo al paciente y después te piden por ejemplo ; El plan de de ejemplos, ejemplos de Humillación de ira, de prostitución, de culpa, Entonces vos tenes que poner dos de cada uno y en base a todo eso, vas conociendo más de la persona. Esta el plan de pérdidas,, tanto materiales como internas el plan de vida, de sexualidad , ahí hablas de la prostitución o si la tenes anulada.

A2: Considero que fui bastante obediente, no recaí, cumplí con los horarios. El tiempo es relativo , yo me fui a los once meses. Después de terminar todos los planes que te dan, estás listo para ser parte de la sociedad, o estar listo para vivir. Vos te vas, tenes tu alta de internación , pero tenes que seguir un cierto parámetros, dos veces a la semana tenes que volver a la casa donde estabas, hacer grupos, escribir cosas, trabajar, estudiar, depende de cada uno y ahí se dan cuenta de cómo vas evolucionando. Hay gente que vuelve porque recae y cuando es así se les da el plan de recaída donde tenes que profundizar cómo fue que terminaste recayendo. En mi caso fue tanto mi cambio de vida, de mi pensamiento y del sentir, El conectar con mi hija, dejar de estar atormentado con mis pensamientos. Otra cosas que aprendí, es que siempre del otro lado va a estar alguien dispuesto a escucharme y acompañarme y de que puedo transitar mi vida sin necesidad de consumir, puedo conectar con el dolor. Siempre va a haber un adicto que ayude al otro, porque a través de eso uno se ayuda a sí mismo. De hecho mi poder superior, es el que me llevó a Identidad, no se como explicarlo. Yo considero que yo solo no llegué acá. Yo hice todo lo posible para morirme y mi

poder superior siempre estuvo y yo no lo veía pero ahora lo puedo vibrar de otra manera. Por ejemplo estando internado yo hice mi divorcio y un día suena el teléfono y una consejera me dijo que mi hija me había llamado y yo no entendía cómo me había encontrado. Yo creo que era manifestación de mi poder superior. Pero para dejarlo entrar, yo tengo que accionar. El programa dice que el poder superior me puede ayudar a recobrar mi sano juicio.. Otra cosa que aprendí es que el universo conspira a favor no en contra.

E: Bueno X, realmente te agradezco por haberme brindado tu tiempo y sobre todo el respeto y la confianza .Espero que te haya sentido cómodo, porque de mi parte fue así,

A2; Mira la cantidad de horas que hablé(*se ríe*). Me hizo muy bien Meli, a vos te agradezco, me siento más aliviado, con paz. ya sabes que si queda algo , me vuelves a preguntar y sin ningún problema te respondo.

ENTREVISTA III

(Transcripción de entrevista realizada a la directora de la Fundación Identidad a través grabaciones de voz , mediante la aplicación correspondiente a WhatsApp)

E:¿Cuáles son las estrategias o recursos que utilizan en la fundación para trabajar con los pacientes ?

D:Nosotros trabajamos con parte de la filosofía que aborda el Modelo Minnesota, y tiene que ver con los 12 pasos.Es un recurso y una filosofía que utilizamos para el tratamiento de las adicciones,Los 12 pasos son una herramienta más que utilizamos,también usamos La Teoría Racional Emotiva ,que la base conceptual que tiene, es el cambio de un sistema de pensamiento disfuncional por uno organizado y que funcione , en donde cambiando la manera de pensar,tenemos la posibilidad de cambiar nuestro sentir,esto es parte también de lo que nosotros trabajamos.Utilizamos también Dinámica de gestalt para lo que tiene que ver el autoconocimiento,.Utilizamos muchos recursos terapéuticos para lo que es el abordaje de las adicciones. Uno de esos recursos y una filosofía conceptual que tenemos dentro de todas las herramientas están los 12 pasos,que el Modelo Minnesota es el que los contempla.No es lo único que trabajamos los 12 pasos,no.Nosotros trabajamos en un cambio de estilo de vida, un cambio de la manera de pensar y un cambio en lo que tiene que ver con los hábitos de la persona,La piedra basal del tratamiento si es la filosofía de los 12 Pasos.

E: El recurso de los 12 pasos que mencionas, es determinante al momento de recibir el alta médica? ,es decir ,los pacientes deben escribir los 12 pasos de A.A ,de modo completo ?

D:No necesariamente para irse en un alta definitiva tiene que haber trabajado o escrito los 12 Pasos,No.Nosotros trabajamos con la escritura de los 12 pasos pero también con el formato de los planes terapéuticos hechos para cada persona y de acuerdo a la necesidad

según donde esté parado y el grado de evolución de la patología de adicción tenga.No todo el mundo está parado en el mismo lugar para poder hacer el tratamiento ni tiene las mismas vivencias, entonces se le hace ,se arman planes terapéuticos específicos de acuerdo a la necesidad de cada persona.Los planes terapéuticos apuntan a la aceptación de una enfermedad crónica,progresiva,mortal,pero que si tiene recuperación. Eso es lo que apostamos a través de los planes terapéuticos,.Nosotros trabajamos con asistente social que va abordando las necesidades de cada paciente según la ayuda que requiera.Pero es importante aclarar que no es que nosotros trabajamos como única metodología los 12 Pasos, es una filosofía de tratamiento, una filosofía en la que basamos herramientas terapéuticas y las herramientas tiene que ver con otro tipo de recursos, que son los que te mencionaba antes, la teoría racional emotiva, la reeducación emocional de la persona,la asertividad como forma de resolución de conflictos,planes de prevención de recaídas, información acerca de cómo funciona la enfermedad en el paciente,grados de evolución de la enfermedad, un cambio de registro de patrones de conducta disfuncionales, formas de vinculación familiar,y trabajamos con muchísimos objetivos dentro de lo que es el tratamiento,pero esto es como lo más importante ,porque muchas veces se confunde que la única manera que trabajamos son los 12 pasos, y la realidad es que .nosotros al ser tratamiento y no grupo de autoayuda tenemos otro tipo de recurso terapéutico que utilizamos y estamos cerca de los 20 formatos de taller diferentes

E: ¿Cómo abordan la recuperación de cada paciente adicto? ¿De qué depende?¿ es personalizada ?

D:El abordaje terapéutico tiene que ver con un aspecto psicológico, hacemos un seguimiento médico y del consejero en adicciones, todo bajo el concepto de la adicción como enfermedad primaria.Más allá de que pueda convivir la adicción con otras patologías conjuntas, tanto sean patologías posteriores,que puedan desprenderse de la adicción,por ejemplo: una persona que viene con el diagnóstico de adicción y en el medio del tratamiento se brota, puede llegar a tener también una respuesta ,un brote que pueda tener que ver con la parte química de las drogas, de haber consumido y estar pasado de drogas, o puede ser que se dispare otra patología conjunta anterior, esto también, Entonces hacemos un abordaje

psiquiátrico ,médico ,psicológico y del consejero en dependencias químicas.Siempre bajo la concepción de la adicción como una enfermedad en si misma..

E:Entonces no sería un requisito determinante para el alta médica, pero si el central.

C:No necesariamente tiene que escribir los doce pasos una persona para irse de alta definitiva, de hecho no trabajamos en lo que es internación los 12 pasos enteros,sino que ponemos énfasis en los primeros cuatro pasos y los planes terapéuticos.Los pasos es algo secundario que nosotros podemos dar el formato ,como puede ser, narcóticos anónimos, alcohólicos anónimos, jugadores anónimos, como algo secundario,pero si los planes terapéuticos bajo el formato de la enfermedad de la adicción en cualquiera de su bifurcaciones como puede ser el juego compulsivo, como puede ser el alcoholismo,como la drogadicción.Ahí ponemos énfasis en los primeros cuatro pasos para que lo pueda trabajar en los planes terapéuticos.

E:Podrías profundizar cómo se confeccionan los planes terapéuticos, cuál es su objetivo .

D.Un plan terapéutico tiene un objetivo ,tiene una meta que está totalmente diagramada e individualizada según el grado de compromiso, con la sustancia con la que llegue cualquier tipo de paciente.Según el grado de compromiso y el grado de necesidad de evaluado por nosotros,le determinamos cual es el plan terapéutico que que necesita.Nosotros apuntamos a la concientización de la patología, a la adquisición de nuevas herramientas y la reformulación de un sistema de pensamiento disfuncional por uno que funcione, entonces apostamos a un plan terapéutico en donde la persona vuelva a situarse en tiempo y espacio ,que vuelva a tener un pensamiento organizado y que pueda evaluar las consecuencias de uso de alcohol y drogas como forma negativa,poder medir esas consecuencias.Entonces el plan se individualiza según el grado de compromiso que tenga cada persona y la necesidad que nosotros evaluemos.Apuesta a reorganizar un pensamiento, apuesta a a poder empezar a comprender las emociones, a diferenciarlas, a volver a conectarse con el tiempo y espacio y reformular ese pensamiento,Un plan tiene una meta ,objetivo para poder lograrlo y pueda pasar a otro plan terapéutico, evolucionando en lo que tiene que ver con el programa.

E:¿Ustedes trabajan con pacientes judicializados?

D:Nosotros si trabajamos con pacientes judicializados.Hay gente que cumple por ejemplo medidas curativas,producto de algún delito relacionado a las adicciones y puede cumplir en vez de ir a la cárcel,puede cumplir una medida curativa en un centro de tratamiento, es como que el juez determina que la persona tenga que hacer un tratamiento en vez de cumplir una pena en una cárcel que lo haga ,el mismo tiempo, que sería esa pena en un tratamiento.Y por separado, que no tiene nada que ver con lo legal la teoría racional emotiva conductual, es una corriente más con la que nosotros trabajamos, que tiene que ver con la reformulación del pensamiento,justamente,lo que focaliza la teoría es que si nosotros cambiamos el formato de pensamiento,podemos cambiar lo que sentimos,entonces en un formato de pensamiento rígido como es la adictología,la teoría racional conductual conductiva lo que dice es que podemos flexibilizar un mismo pensamiento, que la situaciones nos causan la emoción ,sino que lo que causa la emoción es lo que pensamos de la situación,,entonces esto tiene que ver con una reformulación del pensamiento para adquirir nuevas fortalezas y destrezas en la resolución de conflictos ,esto es lo que hacemos nosotros, ya que es sólo una más de las herramientas terapéutica,para reformular un sistema de pensamiento rígido.