

**PROPUESTA DE INTERVENCION DE MODELO DE REDUCCION DE DAÑOS DE
DROGODEPENDIENTES EN COLOMBIA**

DANIELA PINO AYALA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SEDE BOGOTA

2015

**PROPUESTA DE INTERVENCION DE MODELO DE REDUCCION DE DAÑOS DE
DROGODEPENDIENTES EN COLOMBIA**

DANIELA PINO AYALA

NELLY PATRICIA BAUTISTA

DIRECTORA DE INVESTIGACIONES

OSCAR IVAN GOMEZ

JEFE DE PROGRAMA DE PSICOLOGIA

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE PROFESIONAL EN
PSICOLOGIA**

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SEDE BOGOTA

2015

Agradecimientos

En primera instancia quiero darle un agradecimiento especial a Dios, pues quien fue el que me dio la oportunidad de poder acceder a mis estudios superiores universitarios y quien me brindo la fuerza y la perseverancia para nunca desfallecer en todo mi proceso y sacar excelentes resultados a lo largo de toda la carrera.

En segunda instancia, las gracias infinitas a mi familia, quienes fueron mi eje fundamental y de motivación permanente, fueron mi razón y motivo para continuar, siempre pensando en lograr lo mejor para mí y de esta manera entregarles lo mejor a ellos.

Por ultimo quiero agradecer a todos mis docentes y compañeros de la Universidad, quienes con su conocimiento enriquecieron mi proceso y me formaron como una gran profesional. A cada uno ellos doy mil gracias por su dedicación y esfuerzo y espero en un futuro no muy lejano encontrarnos en algún momento de nuestras vidas ya siendo yo una profesional de éxito.

Contenido

- 1.** Resumen
- 2.** Abstract
- 3.** Formulación del problema
- 4.** Objetivo general
- 5.** Objetivos específicos
- 6.** Justificación
- 7.** Marco teórico
- 8.** Presentación del programa
- 9.** Módulo 1: Drogas y sujeto: Aspectos históricos, filosóficos y conceptuales.
- 10.** Módulo 2: Los modelos de intervención en drogodependencias: Una perspectiva histórica.
- 11.** Módulo 3: Modelos libres de drogas: génesis, desarrollo y actualidad.
- 12.** Módulo 4: Modelos de reducción de riesgos y daños: Conceptos básicos, marco filosófico y lineamientos técnicos.
- 13.** Módulo 5: Estrategias de intervención de reducción de riesgos y daños: Niveles de intervención y áreas de acción.
- 14.** Propuesta de intervención
- 15.** Metodología
- 16.** Procedimiento
- 17.** Discusión
- 18.** Conclusiones

19. Bibliografía

20. Anexos

1. Resumen

Junto a un proceso de intercambio hecho entre la Universidad Cooperativa de Colombia y la Universidad Central de Chile y con el ánimo de seguir aprendiendo, logré obtener y realizar el diplomado en Gestión de Riesgos y Reducción de daños en Drogodependencias. Este diplomado se realiza en un margen de investigación y posterior manejo de estrategias y métodos que permitan ayudar, prevenir, controlar e intervenir población drogodependiente y realizar de igual forma trabajos de profundización que sirvan de guía y sostén en los próximos trabajos de manejo de comunidades y centros de rehabilitación que se dedican fundamentalmente al trabajo social y comunitario para una mejor convivencia y salud mental de todas las personas.

Así que se da iniciación al curso, donde participaron compañeros que se dedican principalmente al manejo de personas con problemas de consumos de SPA y con su amplia experiencia enriquecieron en gran medida el curso, quienes aportaron datos muy interesantes del manejo de estrategias y políticas en los distintos ámbitos del cuidado de personas en rehabilitación. Dentro de los ámbitos señalados, se encontraban los centros públicos para atención de los habitantes de calle, donde se hallaban casos de problemáticas múltiples, que a raíz del consumo de sustancias psicoactivas se desligaban otros problemas sociales como son la prostitución, las enfermedades de transmisión sexual, narcotráfico, porte ilegal de armas, violencia en todos los contextos, tráfico de personas, entre otros, que implica un manejo más amplio y con más estrategias de intervención que abarquen toda la problemática para lograr dar un sentido y una estructura más sólida al proceso de rehabilitación.

Otro de los ámbitos trabajados por los compañeros del curso, eran los centros de ayuda para menores de edad. Este tipo de centros de rehabilitación logran consolidar dentro de su política la no victimización de los jóvenes que recaen en las drogas, es decir, no se considera al menor de edad como inocente de su culpa sino por el contrario se logra dar una proyección que implique concientizar al menor de su responsabilidad y la forma en que deben enmendar el daño causado y la opción de tomar rutas alternas sin causar más perjuicio a sí mismo y a los demás. Aquí entran programas de sensibilización a la población joven y sus familias quienes tienen que entender y asumir su responsabilidad como ciudadanos que viven en comunidad y que necesariamente deben actuar de acuerdo a las políticas de convivencia en general. Y esto se logra bajo amparo legal de los padres quienes dan su autorización para que sus hijos estén en el centro de forma permanente, que en primer lugar logre desintoxicar su cuerpo de los agresivos tóxicos consumidos y en segundo lugar brindar herramientas que ayuden al control de impulsos, síndrome de abstinencia, y sobre todo dar un sentido distinto a sus vidas.

Por último nombrare otro ámbito señalado en el curso, y es el trabajado por madres solteras, madres cabeza de familia o en estado de embarazo que quieren mejorar su calidad de vida y el de sus hijos.

Es bien sabido que cada país tiene sus propios problemas de salud mental, que con base a sus necesidades crean programas y proyectos que luchan por el bienestar individual y colectivo de su sociedad, pero también es cierto que hay un problema frecuente entre países y es sin lugar a duda el problema de consumo de sustancias psicoactivas, que pasó de ser una simple diversión y experimentación a un problema de adicción que trae consecuencias importantes en la vida de las personas que consumen y en sus familias, cuando ésta se vuelve incontrolable y pasa a ser desadaptativo y dañino para el mismo organismo.

Es así como surgen muchos programas y estudios que quieren brindar herramientas actuales que ayuden a los profesionales de la salud a dar un giro y una concepción distinta al consumo de sustancias psicoactivas. De aquí surgen el modelo de reducción de daños, que a diferencia de los modelos libres de drogas quieren disminuir el impacto social que genera este tipo de adicción sin que elimine el consumo en su totalidad en su comienzo para evitar la deserción temprana de programas de lucha contra las drogas y el síndrome de abstinencia total que como bien se sabe es una de las razones más fuertes para que las personas consumidoras no logren terminar con un resultado positivo su proceso.

De esta manera, este diplomado da vías alternas al manejo del consumo de sustancias psicoactivas en las personas dependientes a las drogas que han perdido el control sobre el mismo consumo y sufren a diario a causa de las mismas razones.

2. Abstract

Next to a process of exchange made between the Cooperative University of Colombia and the Central University of Chile and hoping to keep learning, I managed to obtain and perform a diploma in Risk Management and Harm Reduction in Drug Addiction. This diploma is performed in a range of research and subsequent management strategies and methods to help prevent, control and intervene drug addict population and perform equally deepening work to guide and support future work in communities and management rehabilitation centers are mainly engaged in social and community work for better living and mental health of all people.

So give beginners course where peers mainly engaged in the management of people with consumption of SPA and his extensive experience will greatly enriched the course, who provided very interesting data management strategies and policies in the participating different levels of care for people in rehabilitation. Within the aforementioned areas, public care centers for street dwellers, where cases were multiple problems were, that because of the use of psychoactive substances other social problems such as prostitution desligaban, sexually transmitted diseases , drug trafficking, illegal possession of weapons, violence in all contexts, trafficking, among others, which implies a broader and more intervention strategies stronger management covering all the problems to achieve to give meaning and structure to the process rehabilitation.

Another area worked by fellow students, were the centers of support for minors. This type of rehabilitation centers manage to consolidate within its policy of no victimization of young people who fall into drugs, ie not considered the minor as innocent of guilt but rather is

achieved to a projection involving the lowest awareness of their responsibility and how they should make amends and the option to take alternative routes without causing more harm to himself and others. Here come awareness programs to young people and their families who need to understand and take responsibility as citizens living in community, which necessarily must act in accordance with the policies of coexistence in general. And this is done under legal protection of parents who give permission for their children are at the center permanently, which first achieved detoxify your body of toxic consumed aggressive and secondly providing tools to help control urges, withdrawal, and above all give a different meaning to their lives.

Finally appoints another area identified in the course, and is working for single mothers, single mothers who are pregnant or who want to improve their quality of life and that of their children.

It is well known that each country has its own mental health, which based on their needs create programs and projects that fight for individual and collective welfare of society, but it is also true that there is a common problem among countries and without doubt the problem of psychoactive substances, which grew from a simple fun and experimentation to an addiction problem that has important consequences in the lives of people who consume and their families, when it becomes uncontrollable and passes be maladaptive and harmful to the same body.

Thus, many programs and studies that want to provide current tools that help health professionals to shift to a different conception and substance use arise. Hence the harm reduction model, unlike drug free models want to reduce the social impact that this type of addiction without that eliminates consumption in full at the beginning to prevent early

dropout control programs arise drug and total abstinence syndrome which as you know is one of the strongest reasons for consuming people fail to end with a positive process. Thus, this diploma gives alternate routes to the management of psychoactive substances on the drug dependents who have lost control over the same consumption and suffer daily because of the same reasons people.

3. Formulación del problema

Debido a las altas tasas de deserción y abandono de programas de luchas contra las drogas en Colombia, se quiere implementar un propuesta de intervención en reducción de daños que radique fundamentalmente en la disminución paulatina de la conducta de consumo de drogas en las personas que han caído en consumos frecuentes y desadaptativos y que han fracasado en programas bajo el modelo de abstinencia que se lidera en el país en la actualidad.

4. Objetivo general

Implementar una política de intervención de Reducción de Daños en drogodependientes en Colombia.

5. Objetivos específicos

- Consolidar el programa con los recursos y políticas que favorezcan a los pacientes consumidores, quienes por voluntad propia quieren pertenecer a este programa y quieren disminuir y/o desaparecer su conducta adictiva
- Crear comunidades cercanas quienes ayuden y fortalezcan el proceso de adecuación e implementación de todos los elementos de salubridad y seguridad de todos los consumidores
- Contar con entidades del Estado quienes fortalezcan el proceso de adjudicación de todos estamentos y políticas nacionales.

6. Justificación

La Universidad Central de Chile, en conjunto con la Fundación Paréntesis Chile, desde el año 2001, se unieron para desarrollar este programa de formación dirigidos a personas interesadas en trabajar en una de las áreas de mayor preocupación y relevancia social. El programa académico quiere promover una mirada integral (Biopsicosocial) a los complejos fenómenos que se vinculan con el tema drogas y que son de relevancia en los diferentes países. En particular, se profundiza en temas de exclusión y vulnerabilidad social, considerados prioritarios para la generación de propuestas efectivas en diversos campos de acción.

Este programa quiere crear una mirada más sensible a los problemas sociales desligados del consumo de SPA. Y para lograr esto, es necesario conocer a fondo todo lo relacionado al conflicto de las drogas desde sus inicios hasta los tiempos modernos, de esta forma se logra identificar en que momento la sociedad recayó de una forma tan compleja en las drogas y cuál puede ser la solución visto desde un enfoque humanista que considera al ser humano capaz y consciente de empoderarse de sus decisiones y la posibilidad de cambio, y un enfoque sistémico, donde el sistema, entendidos como la familia y/o sus redes de apoyo son fundamentales en el cambio del individuo, sin llegar a una forma tan agresiva como los programas actuales de lucha contra las drogas.

De esta forma se logra poner en marcha un programa que para muchos es ineficiente y poco clara debido a la utilización de métodos más transferenciales y espirituales que no son suficientes para que las personas dejen de consumir y puedan reconstruir su vida, pero para otros es romper un paradigma entre lo que se sabe y se entiende de los centros de rehabilitación que para el modelo de reducción de daños es un hogar donde ellos por decisión propia quieren cambiar su vida y buscan la

manera de hacerlo, ya que estos centros no obligan a ninguna persona a permanecer allí sino por el contrario se motivan a realizar otras funciones que sean más adaptativas y que brinden oportunidades a las personas de entrar al mundo laboral y social como cualquier otro.

Y en realidad este tipo de modelos terapéuticos son nuevos y aún se desconoce su utilidad y la forma de poner en práctica en contextos tan álgidos como los relacionados con el consumo de SPA. Así que se ha querido aumentar en gran medida la explotación de estrategias alterativas y distintas como estas, que logren dar otros resultados al manejo en la intervención en estas comunidades.

Una de las estrategias más utilizadas según este modelo, es la oratoria y el derecho a poder hablar de su situación actual, siendo el lenguaje una poderosa herramienta que permite enriquecer el cuerpo y el alma. El lenguaje construye el significado, con base en esto, se puede crear realidad y otra forma de pensar que cambie el significado de la vida de las personas y de igual forma la identidad.

De aquí radica la importancia de enlazar ideas y ejecutar este tipo de programas a nuestro país, tal vez de esta forma se dé mejores resultados en nuestra comunidad, lo que veremos más adelante en la propuesta de intervención.

7. Marco teórico

Descripción general por separado de los elementos relevantes en la investigación.

Drogodependencia

Fue definida por la OMS en 1982 como un síntoma manifestado por un patrón de conducta donde el uso de una sustancia es más importante que cualquier otro comportamiento o conducta en general.

Según el DSM-IV la drogodependencia es un grupo de síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos que indica que una persona continua consumiendo una sustancia en particular o múltiples sustancias a pesar de problemas significativos relacionado con esta y que conlleva a instancias como lo son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la ingesta compulsiva de la sustancia.

Consumo de drogas

El consumo de sustancias en Colombia ha venido aumentando considerablemente en las últimas décadas del país, en esta medida el mercado ilegal de sustancias ha crecido y ha venido involucrando a más población que antes era ajena, debido al alto margen de venta y distribución del mismo. Colombia a nivel de Suramérica se encuentra en el puesto número 7 en consumo de SPA, con cifras similares a Bolivia, superiores a la de Ecuador y Perú e inferiores a la de Argentina, Chile y Uruguay, en los universitarios Colombia tiene los niveles más altos de consumo en la actualidad.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia tiene su principal característica en la secuela de síntomas físicos y/o comportamentales en las personas que dejan de consumir una sustancia psicoactiva en un momento determinado y que trae consecuencias negativas para la persona consumidora y para su familia o círculo primario quienes también tiene que sufrir las consecuencias de la ingesta de SPA durante un tiempo determinado.

Tolerancia

Es la asimilación del ejercicio del consumo de sustancias psicoactivas en el organismo, es decir, tiene su principal foco en la ingesta de mayor cantidad de droga para obtener los mismos resultados en el organismo como de un principio. La consecuencia principal de este suceso es el no control de los impulsos y el umbral para detenerse ante el consumo excesivo.

Intoxicación

Según el DSM-IV y CIE-10 se define en base a tres criterios: A/ presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente (o a su exposición), B/ cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. C/ los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Características de la conducta adictiva

Las características principales de la conducta adictiva de las personas consumidoras de SPA es la obsesión de seguir consumiendo y la incapacidad para ponerle fin a dichas conductas, piensa en forma negativa la mayoría de las veces en cuanto a sus proyectos de vida y a futuro, la persona niega todo el tiempo que tiene un problema de adicción y piensa que esto es normal dentro de la comunidad y sociedad donde este, experimenta una ausencia de control sobre la conducta de consumir y sobre su propio organismo y por último la característica de experimentar reforzadores positivos al comienzo del consumo y negativas al convertirse en adicción.

Reducción de daños

Se refiere a un conjunto de intervenciones de tipo sanitario, social y preventiva que tiene como objetivo disminuir los efectos negativos del consumo de alcohol, drogas psicoactivas y psicofármacos y reducir los abusos excesivos de los mismos. En la Unión Europea, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, en algunos estados de Estados Unidos y en algunos países de América Latina se vienen empleando con indiscutible éxito las concepciones y prácticas de reducción de daños y gestión de riesgos para la prevención y tratamiento de las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de alcohol y drogas, prácticas sexuales de riesgo y uso de violencia.

Drogas en Latinoamérica

América Latina concentra la totalidad de producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína del mundo. Posee además, una producción de marihuana que se extiende hacia distintos países y zonas, destinada tanto para el consumo interno como a la exportación, y recientemente produce amapola y elabora opio y heroína. En relación con el tráfico, la zona del Caribe sigue siendo la ruta más frecuente para el tráfico de drogas hacia los Estados Unidos, pero la

ruta del Pacífico, pasando por América Central, ha ganado importancia relativa. Recientemente ha cobrado importancia el transporte fluvial desde los países productores de coca-cocaína a través de Brasil. Estas cifras corresponden a un estudio hecho en el año 2000 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, manifestando una problemática abismal sobre el consumo temprano de SPA en los jóvenes de todas las edades, en las poblaciones vulnerables y de segregación social.

Deserción temprana de los programas de lucha contra drogas

En Colombia como en el resto de muchos países Latinoamericanos, la deserción temprana de programas de lucha con las drogas es evidente, debido a que las personas no les gusta sentirse oprimidas y atacadas por algunos agentes que incluyen dentro de su estilo de vida cambios abruptos de pensamiento, de conducta y de ejecución de labores que son ajenos a ellos y les ocasiona malestares físicos, conductuales y cognitivos, así que el fácil proceso de abandono se lleva a cabo sin mirar las consecuencias que esto pueda tener.

Familia como eje principal

La familia es el agente primario de cualquier tipo de sociedad, son estructuras complejas en donde se posan las emociones de cada individuo, las filosofías que los unen y se intercambian pensamientos y proyectos de vida claves en la vida de cualquier persona. Se mantienen los vínculos afectivos, valores, educaciones y demás estándares interpuestos por la sociedad.

8. Presentación del programa

El programa se divide en 5 módulos respectivamente, con una intensidad horaria de 20 horas cada uno, brinda herramientas diferentes para los distintos modelos y de cada uno de los integrantes que componen el diplomado, de esta forma se completa el total de horas correspondientes al primer semestre del año en curso.

Los diplomados dictados en el curso son:

- **Módulo 1:** Drogas y sujeto: Aspectos históricos, filosóficos y conceptuales. Código 57048 docente, Iban De Rementería. Este módulo abre el curso dando una explicación de los conceptos del consumo de SPA, componentes y significados en los distintos contextos donde ha estado inmersa la droga, explicando los aspectos históricos y orígenes filosóficos y conceptuales de las drogas y el consumo desde tiempos milenarios.
- **Módulo 2:** Los modelos de intervención en drogodependencias: Una perspectiva histórica. Código: 57049 docente, Iván Muñoz Muñoz. Este módulo a diferencia del anterior, muestra desde una perspectiva histórica la implicancia de los comportamientos de las personas que están bajo el consumo de las sustancias psicoactivas y la forma en que fueron avanzando en la historia del mundo.
- **Módulo 3:** Modelos libres de drogas: génesis, desarrollo y actualidad. Código: 57050 docente Carmen Vera S. Este módulo muestra y explica muy detalladamente el modelo libre de drogas, sus características y su forma de intervención en la sociedad actual.
- **Módulo 4:** Modelos de reducción de riesgos y daños: Conceptos básicos, marco filosófico y lineamientos técnicos. Código: 57051 docente, Paulo Egenau. En este módulo, un docente

experto, quien a su vez es el director de una de las fundaciones más importantes de Chile en intervención de personas drogodependientes, enseña como es, como se utiliza y que elementos epistemológicos tiene de base el modelo de reducción de daños.

- **Módulo 5:** Estrategias de intervención de reducción de riesgos y daños: Niveles de intervención y áreas de acción. Código: 57052 docente, Sergio Chacón. Este último e importante modulo, enseña las estrategias de intervención desde este modelo de reducción de daños, ventajas y desventajas, pro y contras que ha empoderado pero a la vez rechazado el modelo.

De esta manera se le da inicio a un programa que trae consigo ilustraciones de docentes que con su amplia experiencia en los distintos escenarios de manejo de sustancias psicoactivas con personas dependientes iluminan las nuevas y potentes herramientas que se han generado a causa de la alta demanda de consumo en países de la Latinoamérica que desafortunadamente no logran alcanzar los estándares sociales y culturales necesarios para mantener el equilibrio que se esperaría.

9. Módulo 1: Drogas y sujeto: Aspectos históricos, filosóficos y conceptuales.

Para dar inicio al módulo y en pro de conocer y establecer una relación directa con el tema de investigación, se hizo una recopilación de elementos claves e importantes para poder entender el significado del consumo de la droga desde el inicio de los tiempos y de igual forma el significado cultural que tiene el uso de las sustancias psicoactivas

Este módulo consiste en una revisión histórico- antropológica de la relación de los seres humanos con las drogas. Se realiza una lectura evolutiva desde los usos rituales - religiosos, hasta las realidades que sustentan los consumos contemporáneos con una visión integrada de la relación de los seres humanos con las drogas a través de la historia y los principales antecedentes de la utilización de las drogas y el desarrollo de la farmacología, entendiendo la proliferación de múltiples sustancias que han llegado hasta todos los rincones del mundo, sin discriminar credo ni sociedad en específico. Se tiene en cuenta de igual forma los míticos tiempos ancestrales, la costumbre como cultura y religión, la alquimia y el alcohol, el cannabis y la cultura, las guerras del opio, drogas y gobierno, las opciones del mundo real, la función de utilidad de las drogas para los estudiantes universitarios y los nuevos contextos políticos actuales.

Se define la reducción de riesgo como “El conjunto de medidas socio-sanitarias individuales y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas”, (Escohotado, 2013) de esta forma, surgen tipos de consumo de estas sustancias como lo son:

Consumo funcional: Predominantemente laboral. Los estudios comparativos señalan una mayor prevalencia del consumo de alcohol y drogas en los ámbitos laborales que entre la población en general.

Consumo festivo: Predominantemente juvenil. La fiesta es una moratoria de lo cotidiano.

Consumo eufórico. Predominantemente femenino. El consumo de psicofármacos es mayor que el consumo de drogas controladas (26,8% v/s 29,4%), mientras los hombres triplican el consumo de drogas en relación a las mujeres, estas cuadruplican el consumo de psicofármacos en relación a los hombres, feminizando el consumo de sustancias controladas.

Antecedentes: Uso de drogas en Chile

Sustancia	Uso vida	Uso anual	Uso mensual	Tasa abandono
Marihuana	26,0	6,4	3,5	75,4
PBC	3,1	0,7	0,4	77,4
Cocaína	6,6	1,8	1,0	72,7
Cocaína total	7,7	2,2	1,3	71,4
Cualquiera (1)	26,8	7,0	3,9	73,9
Tranquilizantes (2)	29,4	12,7	6,8	56,8
Alcohol	82,0	68,5	49,8	16,5
Tabaco	68,7	47,3	41,2	31,1

(Rementería I. d., 2014)

De esta forma se hace una recopilación de todos los estadísticos y documentación que nos acercan a entender las raíces y el origen de las drogas sobre todo en Chile. (Rementería I. d., 2014)

Este módulo sirve como guía para empezar un proceso de investigación que motive a querer conocer, aprender y poner en práctica al momento de enfrentarse a un tema tan álgido como el trato y el manejo a personas con problemas de sustancias psicoactivas y los posibles campos de acción para el desarrollo del mismo.

10. Módulo 2: Los modelos de intervención en drogodependencias: Una perspectiva histórica.

Sobre la eterna conversación acerca del consumo de sustancias psicoactivas, surge un trabajo hecho para la cátedra que explica como las drogas toman un giro tan radical, que sin pensarlo sería uno de los temas más controversiales y de mucho trabajo por muchos siglos y su evolución. De aquí el contenido del segundo módulo que brinda herramientas potentes para el trabajo de campo.

Desde el principio de los tiempos, el ser humano ha estado inmerso alrededor de las sustancias psicoactivas, que como bien se sabe, tiene un elemento de tipo mítico, cultural, medicinal, de rituales propios de culturas en particular, que usaban las plantas (de donde nacen dichas sustancias) como parte de su expresión cultural y regional y que hasta este momento no eran consideradas como perjudiciales para el mismo ser humano, sino por el contrario era una ayuda significativa que iba de la mano con la supervivencia y el aura espiritual utilizada en la época.

Al pasar de los tiempos, se fue tergiversando y mal utilizando estas mismas sustancias para beneficios propios y para saciar conductas adictivas e impulsos destructivos incontrolables, que cada vez se necesitaba de una dosis más alta para satisfacer esta carencia en el mismo individuo. A raíz de esta problemática, surgen programas y políticas que en un comienzo tuvieron un estilo epistemológico distinto, que abarcaba otras demandas, y era visto como aversivo y radical frente al tratamiento y rehabilitación y que curiosamente en muchos de los casos funcionaba.

Los modelos europeos más actuales, con otra visión del manejo de sustancias psicoactivas y demás problemas sociales, implementaron políticas de reducción de daños que produjeron un cambio

cultural y de pensamiento, reduciendo así las tasas de consumo de sustancia grave en casi un 70%, que dio un giro importante y de ejemplo que Latinoamérica quiso implementar.

Viendo las características de la población consumidora donde la tasa de consumo de sustancias psicoactivas es sobresaliente respecto con otros lugares del mundo y donde no ha habido un control adecuado y eficiente para detener estos resultados abrumadores que han dado como consecuencia deterioro en las redes sociales y problemas considerables tanto en niños, adolescentes y adultos, se quiso poner en marcha un proceso similar que ayudara a contrarrestar estas cifras alarmantes en países menos desarrollados.

Pero ¿Porque no funcionan estas políticas de reducción de daños, como funcionan evidentemente en Europa?

Todo radica en la no conciencia por parte de la sociedad de adecuar esta política a nivel personal e interno, pensar que “eso no funciona” limita desde el comienzo la ampliación y el adecuación de estas políticas y estas estrategias que quieren de manera positiva y no coercitiva, el cambio de paradigma que reduce el daño causado por las drogas, sin que este se supriman haciendo conciencia a la realidad latinoamericana.

Oscar Wilde dice “la única forma no temer a la tentación es cayendo en ella” (González), partimos de esta premisa para justificar el consumo de sustancias sin que estas se vuelvan perjudiciales para sí mismo y para su entorno. Entonces, ¿Hasta dónde somos capaces de tener control sobre nuestros actos y control sobre las sustancias que causa daño en el organismo? La prevención tradicional agrava la situación actual porque entre más clandestino y prohibido sea el consumo de sustancias, más atractivo se vuelve en el mercado y más consumidores llegan en busca de “algo que los saque de la realidad y que los haga olvidar de los problemas”, porque se da demostrado que las personas

consumidoras graves, tienden a tener conflictos en su entorno familiar, social, judicial, parental, debido a problemas económicos, de exclusión y marginación de las poblaciones más vulnerables que han desembocado otros problemas sociales de gran relevancia como las enfermedades de transmisión sexual, la delincuencia, los abusos sexuales, la indigencia y las altas tasas de adictos jóvenes. (Red chilena, reducción de daños)

Existen programas eficaces como Psicoeducación, motivación, concientización, manejo de craving, prevención de recaídas y técnicas cognitivas conductuales, (Modelo Integral Chile), que contrarrestan los efectos negativos de las sustancias psicoactivas en el organismo, pero que no ha sido suficiente para reducir los daños en la población en general, así también como en Colombia, donde se han implementado políticas muy bien fundamentadas en prevención del daño, pero como ya se dijo anteriormente falta el gran paso y es la concientización por parte de los ciudadanos consumidores y los que no también.

Las consecuencias del consumo de sustancias dependen de la dosis que obedecerá de los beneficios o prejuicios en el propio ser, (González), de esta premisa deberíamos partir todos a la hora de tomar la decisión de enfrentarnos a un tema tan controversial de alto impacto en la sociedad.

¿En qué han fracasado los anteriores modelos de intervención (prevención/tratamiento) que han hecho necesario generar nuevas alternativas de acercamiento al trabajo en drogas? Puedo responder que se ha intentado mucho por parte de las comunidades, centros de rehabilitación y fundaciones pero la información no ha sido clara ni suficiente para que tenga más acogida por parte de la sociedad y aún no hay un método y un acercamiento honesto y positivo por parte de la población en general que incentive a los consumidores a entender más estos procesos, que no es dejar de consumir, sino reducir los daños para su bienestar físico y emocional, y obviamente los recursos empleados por el Estado para dicho propósito.

11. Módulo 3: Modelos libres de drogas: génesis, desarrollo y actualidad.

Este módulo a diferencia de los demás, hace referencia al modelo libre de drogas que su único y milenario método es la abstinencia como único resultado visible y de mejora para las personas que caen y recaen en el consumo de drogas. Este modelo nos brinda las herramientas necesarias y útiles para tratar a las personas que acuden por su propia voluntad o la de su familia a querer buscar ayuda.

Debido a las altas demandas de problemas sociales por el consumo exagerado de sustancias psicoactivas por la población en general, surge el modelo libre de drogas, que por medio de la abstinencia trata de manejar desde su enfoque dichas problemáticas que traen consigo dificultades de salubridad y ambientales más complejos de lo que se creería. Este modelo asegura que la abstinencia es la mejor estrategia para dejar de consumir drogas y para mejorar la calidad de vida de las personas que desafortunadamente por distintas situaciones han perdido el control sobre sí mismos y las drogas. Así que nacen programas y comunidades terapéuticas que luchan por ayudar a estas personas que por voluntad propia o de sus familias acceden para ser ayudados. Pero ¿cuáles son las competencias y/o habilidades profesionales al momento de intervenir a esta población específica que necesita de una ayuda terapéutica?

Basado en un enfoque sistémico, y conscientes de las necesidades reales que viven estas personas en relación a su familia y su círculo primario, habrían herramientas útiles y de gran ayuda al momento de intervenir pacientes por parte de los terapéuticos y/o trabajadores. Dentro de los principales aportes y antes de mencionar dichas habilidades y competencias de los profesionales de la salud, es importante mencionar la relación que envuelve al paciente en tiempo y espacio en la comunidad terapéutica, es decir, compartir la vida con otros perdiendo buena parte de la privacidad para exponer en una vida cotidiana experimental los problemas y las reacciones, las virtudes y los

defectos. Esto también sucede entre los miembros de una familia en la cual el juego de distancias entre el individuo y el grupo familiar se convertirá en una clave para el desarrollo psicológico.

Aceptar la disciplina del grupo, someterse a él como en un proceso de aprendizaje de la responsabilidad personal y de acercamiento a la realidad, es un proceso compartido entre la familia y el grupo terapéutico.

Los procedimientos tradicionales para gestionar un buen proceso terapéutico en comunidades de pacientes consumidores son entre mucho otros: tener presente los historiales comunes e integrados de todos y cada uno de los pacientes, las reuniones especializadas o generales del equipo técnico para seguir la evolución de los casos y tomar decisiones, la existencia de “diarios de acontecimientos” de declaración y consulta obligatoria, la información cruzada entre los profesionales y la existencia de organigramas claros, en los cuales las responsabilidades están bien definidas. (D, 2010).

(Rodríguez) Afirma que la gestión de cualquier actividad de una organización se debe realizar siguiendo el ciclo PDCA, es decir, “Planificación”, “Desarrollo”, “Comprobación” y “Ajuste”, a partir de esta premisa el trabajar en equipo en un comunidad terapéutica exige seguir un protocolo que enlaza entre mucho otros factores: la confianza interpersonal, la comunicación fluida, la sinceridad, el apoyo mutuo, el respeto por las personas superando las formas tradicionalmente rígidas, jerarquizadas, desmotivantes y pocas veces ineficientes de la organización vertical y tradicional. Así que las competencias a desarrollar y habilidades al momento de hacer parte de una comunidad terapéutica y en pro de la ayuda a personas drogodependientes es el complementarse, coordinarse, comunicarse, tener confianza, compromiso, un objetivo común, respeto, flexibilidad, reconocimiento en avances significativos en el tratamiento, aprecio por los pacientes, motivación y entrega, control emocional y lenguaje apropiado. De igual forma, para hacer un buen apoyo y

trabajo psicoterapéutico en distinta comunidad, es necesario aportar soluciones creativas al equipo, buscar recursos exteriores, impulsar el trabajo del equipo, evaluar las diferentes aportaciones de las personas y transformar las ideas en acciones para cumplir objetivos.

Dentro de la metodología de la Comunidad Terapéutica es indispensable la evaluación de los casos individuales por parte del equipo técnico, la evaluación de los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo técnico y si es posible con supervisores externos y la evaluación de los resultados. De esta manera se podría explicar el funcionamiento interno de las comunidades terapéuticas con el único objetivo y es el bienestar físico, emocional y psicológico de los pacientes que asisten a dichas comunidades.

De acuerdo a este modelo, la abstinencia de todos los químicos que alteran el ánimo es la única meta aceptable para los usuarios compulsivos de sustancias; este objetivo debe ser aceptado por el usuario para poder acceder al tratamiento, y debe lograrse rápidamente y mantenerse para permanecer en él. La abstinencia es el criterio para definir el éxito tanto del usuario como de quien proporciona el tratamiento, y es el prerrequisito para continuar recibiendo asistencia. Se dice en general que las personas que quieren resolver otros problemas, antes de enfrentar su uso de sustancias, están racionalizando su consumo y niegan su “enfermedad”. Este modelo se basa en el supuesto de que, a menos que los usuarios problemáticos estén dispuestos a aceptar la abstinencia total de todas las drogas y el alcohol, no son aptos para el tratamiento; el modelo supone además que los usuarios activos tienen una conciencia y un juicio tan deficientes que no pueden participar significativamente en el tratamiento o en la psicoterapia. La creencia consensuada es que el usuario debe “tocar fondo”, es decir, sufrir aún más por las consecuencias negativas, que se supone debería traerle su uso, para que así crezca su motivación por alcanzar la abstinencia. Esta exigencia le crea al usuario una paradoja que tiene como resultado la negación de todo tratamiento. A los usuarios de

sustancias, que buscan ayuda por problemas distintos al de su consumo, habitualmente se les niega la psicoterapia y son derivados a tratamiento para el uso de sustancias, mientras que a aquellos no dispuestos o incapaces de aceptar la abstinencia se les niega el tratamiento para el uso de sustancias.

Los clientes que están recibiendo tratamiento y son incapaces de dejar de usar sustancias, normalmente son desvinculados del programa, quedando muchas veces sin otra opción de tratamiento, o bien se les entrega una recomendación inadecuada para ellos. Este enfoque no sólo impide que muchas personas obtengan la ayuda que buscan, sino que frecuentemente desmoraliza y daña a quienes se encuentran en su punto de mayor vulnerabilidad y que tienen la mayor disposición al cambio. (Paulo Egenau, 2001)

12. Módulo 4: Modelos de reducción de riesgos y daños: Conceptos básicos, marco filosófico y lineamientos técnicos.

El modelo de reducción de riesgo es un conjunto de estrategias e ideas prácticas destinadas a reducir las consecuencias negativas asociadas al uso de drogas, al igual también es un movimiento por la justicia social construido en la creencia y el respeto por los derechos de las personas que usan drogas. (Egeneu, 2015)

Se critica la doctrina del cambio inmediato y abren la perspectiva de proceso gradual y personal en los cambios de conducta de las personas. Proponen un estilo de intervención no-confrontacional pero directivo, basado en el modelo transterorico y el concepto de autoeficacia de Bandura, entre otros. Los pacientes no son los principales responsables por la dificultad en los procesos y resultados de los tratamientos en adicciones, más bien argumentan estilos terapéuticos inadecuados.



Propone a un cambio de paradigma en la manera en que entendemos y respondemos al uso problemático de drogas y alcohol y acoge a la Recaída como parte normal del proceso de recuperación.

La Psicoterapia en reducción de daños elaborada por Patt Denning y Andrew Tatarsky define el éxito como cualquier movimiento en la dirección de un cambio positivo y cualquier reducción de los daños relacionados con el consumo de drogas. Es un enfoque no enjuiciador de ayuda a los usuarios de sustancias para reducir el impacto negativo de las drogas y el alcohol en sus vidas, enfrenta las complejas relaciones que las personas establecen con las drogas y el alcohol. Esta perspectiva permite a los clínicos trabajar con los clientes como personas con problemas y no personas-problemas. Los temas de drogas y alcohol son trabajados simultáneamente con las preocupaciones sociales, ocupacionales, psicológicas y emocionales

Preparar para el cambio de conductas adictivas es sin lugar a dudas lo más importante de la psicoterapia. Si hay motivación para el cambio es posible cambiar. La espiral del cambio propuesta por Prochaska, Diclemente y Norcross (1992) propone varios pasos para que el usuario cambie las conductas adictivas: el primer lugar está la precontemplación donde la persona no quiere hablar de su problemática, hay poca conciencia del problema y no hay ninguna intención de cambio. La contemplación es el siguiente paso donde el usuario entra a considerar la opción de cambio donde hay un mayor reconocimiento del problema, mayor preocupación y empieza un análisis activo de los pro y los contra de la situación actual. La preparación es el siguiente paso, aquí el usuario reflexiona sobre qué hacer y está listo para tomar decisiones. En la acción el usuario quiere intentar

el tratamiento, hay una modificación activa de las conductas, pensamiento, sentimientos y entorno y es aquí donde nace la pregunta ¿Persistencia y finalización o abandono? (Parks 2009). En la mantención como el último paso, el usuario quiere seguir con el tratamiento y trabaja para evitar la recaída. La recaída como ya se había dicho hace parte del tratamiento porque la mayoría de las personas no mantienen el cambio inmediatamente.

Solo existen dos opciones: cambio o no cambio.

13. Módulo 5: Estrategias de intervención de reducción de riesgos y daños: Niveles de intervención y áreas de acción.

Este último modulo consta de las estrategias fundamentales de la reducción de daños en drogodependencias que son el contacto con la población consumidora, estimulando cambios hacia formas de consumo menos peligrosas, la modificación de hábitos y conductas de riesgo y la implicación de la sociedad en las mismas.

Hay que comenzar por hacerse las preguntas correctas (cuales son los riesgos y los daños asociados con el uso de determinada sustancia), valorar el contexto y jerarquizar objetivos.

La Fundación Paréntesis (Chile 2001) propone un modelo de intervención donde se ve involucrado las áreas de desarrollo e interacción del paciente en relación al mismo individuo y su alrededor.

Niveles y áreas de intervención en reducción de daños



El tratamiento de reducción de daños (Chile) incluye algunas estrategias como:

- Programas de intercambio de jeringas

- Restricciones a fumar en lugares públicos
- Programas de mantención con Metadona
- Programas de Educación y Vinculación en terreno (outreach)
 - Programas de Distribución de condones
 - Fiestas seguras
 - Planificación de conductor designado
 - Educación sexual para jóvenes

Las estrategias y políticas de Chile sobre el tratamiento de reducción de riesgos son:

- Apoyan el compromiso de trabajar de una forma no enjuiciadora
- Permiten adecuar los servicios al enfocarse en las necesidades y valores de las personas
- Contribuye a motivar a las personas a realizar cambios positivos a través de pequeños pasos
 - Contribuyen a aumentar la salud y seguridad de sus “clientes” y la comunidad
- Provee alternativas efectivas para trabajar con personas que NO eligen la abstinencia.

“Recuerda que un enfoque de reducción de daños puede abrir puertas a nuevas y creativas formas de trabajar con las personas y ayudarlas a realizar cambios positivos. Se promueve la honestidad y se puede establecer mejor rapport cuando aceptas las realidades de los estilos de vida de tus clientes y trabajas con éstos sobre esa base. Cualquiera involucrado en la provisión de servicios sociales y de salud puede utilizar el enfoque de reducción de daños” (Alberta Non-Prescription Needle Use

(NPNU) Consortium, Nov-2000)

14. Propuesta de intervención.

Módulo 1: Definición del tema.

Este concepto fue acuñado a partir de las experiencias de Liverpool, Amsterdam y Rotterdam en los años 80. Ya en 1974, el 20° Informe del Comité de Expertos de la OMS declaraba que: «... el principal objetivo en este campo debería ser prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas. Este es un objetivo mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de drogas per se». Andrew Tatarsky

La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias informó que entre 1992 y 1997 sólo el 47% de los pacientes en Estados Unidos completó programas para el tratamiento por uso de drogas y alcohol, mientras que un 12% fue remitido a otros programas (SAMHSA, 1999). Numerosos estudios sobre resultados de tratamientos sugieren que sólo entre un 20% y un 40% de los pacientes que completan un tratamiento logran éxito de largo plazo, aún si se consideran la abstinencia y la moderación como resultados exitosos (Keso & Salaspuro, 1990; Nordstom & Berglund, 1987).

El modelo de Reducción de daños se basa fundamentalmente en la reducción y/o eliminación paulatina de las conductas adictivas en las personas consumidoras de SPA. Cumple con una función adaptativa y cuenta con unos lineamientos específicos que radican en la propia decisión del individuo a querer o no cambiar su vida y la forma que debe hacerlo.

Los objetivos de la Psicoterapia de Reducción del Daño son encontrar métodos que funcionen para las personas en términos de sus propios objetivos y metas, y no culpabilizarlas por su “incapacidad de cambiar”.

Tiene un enfoque humanista, porque cree en las capacidades del propio ser y la oportunidad de cambio, al igual que un enfoque sistémico el cual considera a la familia como eje fundamental del

cambio y el posterior acompañamiento permanente que tiene un elemento de motivación y de mejoramiento de las relaciones de familia y de sus redes sociales.

La apertura de un centro de rehabilitación que cumpla con los requisitos de base para la atención de personas con problema de consumo de sustancias, sería de gran relevancia e impacto social, porque rompería los estándares establecidos en la sociedad Colombiana. Este centro tiene que tener unas políticas claras de intervención que cumplan a cabalidad con todas las demandas que este centro exige y cumplir con la generación de herramientas y estrategias de intervención permanente que sirvan para mejorar el cuadro de crisis presentado actualmente.

Y por otro lado las personas que quieran pertenecer por su propia decisión, es decir, que quieren pertenecer a este centro con la convicción de que este tratamiento tendrá unos resultados positivos y permanentes en sus vidas donde la motivación es la principal característica que se debe tener para pertenecer a esta comunidad.

Módulo 2: Presentación del problema y fundamentación de la propuesta

En las últimas décadas, Colombia ha sido uno de los países de Latinoamérica más violento y de alto índice de consumo de SPA tanto para los residentes como para extranjeros. Esta problemática se ha generado por el no control por parte de las Autoridades Competentes y el Estado de la distribución ilegal de estupefacientes que ha traído consigo problemas sociales, económicos y políticos que han dado una imagen negativa del país al resto del mundo.

Los programas de lucha contra drogas han servido para una parte de la población que ha estado inmersa en el mundo de las drogas, y cabe resaltar la intensión y el trabajo de todas las personas que se han dedicado su tiempo y conocimiento a la ayuda de estas personas que por algún u otro motivo han caído en un estado de no consciencia y prevalencia de conductas dañinas y poco estables en su vida.

Aunque estos centros de ayuda han servido, hay otra gran parte de la población que han participado de estos programas pero que desafortunadamente no han continuado debido a problemas de orden administrativo, judicial, personal y otros, que ha impedido la continuación del programa.

Entonces es donde se pregunta ¿Por qué? Esta pregunta tiene muchas connotaciones interesantes de analizar. En primer lugar se han evidenciado muchos desmanes y faltas de normas importantes contra las personas que están insertadas en estos centros, como por ejemplo, la violencia física y psicológica hacia los miembros de estas comunidades, que al ser violentados pierden todo interés y motivación por terminar satisfactoriamente su proceso. De esta manera no se puede trabajar con personas que no les interesa continuar y que de alguna manera sufren esperando una salida de fin de semana o alguien que les crea que no están contentos con el proceso y que desean abandonar.

En otra instancia se suele obligar a las personas a hacer ciertas actividades que no quieren y que nos les interesa porque no le ven un sentido claro a lo que es un proceso de mejoramiento, de esta manera no se puede aspirar que estas personas hagan un proceso a consciencia si no le ven un sentido para ellos. Y en otros casos la falta de acompañamiento de sus redes de apoyo entorpece el proceso evidenciando apatía, resentimiento, soledad, pensamientos intrusivos, depresión, etc.

Aquí cabe resaltar la importancia del síndrome de abstinencia que por estudios realizados previamente se ha determinado que es una de las causas más importantes del abandono temprano de los procesos de rehabilitación en las personas consumidoras.

De esta manera se tiene en consideración los siguientes puntos que irán organizando el plan de acción para un programa de reducción de daños en drogodependientes:

El primer paso y más importante es la solicitud del mismo usuario a pertenecer al programa de reducción de daños de drogodependientes, de esta manera partimos de la base que el usuario quiere pertenecer por voluntad propia, así, hay un avance del 50% del tratamiento a favor del usuario y del centro. También sirve de guía en el proceso del avance del usuario en el tratamiento, con el objetivo de que él mismo se dé cuenta cuales han sido sus fortalezas y sus debilidades en el proceso, en que hay que mejorar y que falta por trabajar para completar el plan de tratamiento que considera una mejora del 100% en el proceso de reinserción social, laboral, sus expectativas para el futuro y para su familia.

Después de identificar que el usuario quiere empezar el tratamiento, se prosigue al siguiente paso: establecer unas políticas de convivencia que garanticen las condiciones ambientales y de seguridad de todas las personas que se encuentre en ese momento perteneciendo a la comunidad, es decir, que sus derechos no sean vulnerados ni violentados de alguna forma. Esto para garantizar el respaldo

por parte de las autoridades competentes y estatales que velen por la seguridad e integridad de cada uno de los miembros que pertenecen al centro. Es de gran importancia contar con el respaldo de estas entidades, porque al tratar con una comunidad tan compleja como los consumidores de sustancias psicoactivas, pueden llegar a tener episodios de estrés, cambios de estados de ánimo, cuadros depresivos o ansiosos, que pueden desencadenar en eventos agresivos y de violencia entre los compañeros, que debido a su situación actual tienen a buscar el primer evento para liberar sus emociones, de esta forma se tiene el respaldo de las autoridades legales, médicas y sociales que refuercen el proceso de convivencia en el centro de rehabilitación.

Al contar con el respaldo legal de las autoridades competentes se puede seguir con el siguiente paso: un plan de intervención completo y eficiente que cumpla con los requerimientos y estándares de calidad diseñados previamente y que luche en pro del bienestar de las personas que pertenecen al centro. Este plan de intervención debe constar de herramientas terapéuticas que ayuden a mejorar el proceso de las personas que están en el centro de rehabilitación, estas herramientas pueden ser:

- Convenios vigentes que permitan el acceso al mundo laboral para las personas que quieren participar en esta posibilidad, estos convenios son con empresas laborales que quieran pertenecer a alguna obra u compromiso social que garanticen de igual forma la inserción social y estabilidad de todos sus empleados.
- El acompañamiento permanente de profesionales de la salud que velen por el bienestar físico y mental de las personas que están internados en el centro, este acompañamiento debe ser de forma honesta y activa que permita el avance significativo de las personas con problemas de drogas. Dentro de este acompañamiento debe haber un manual donde explique detalladamente las funciones y/o roles que debe cumplir el trabajador, como lo son: planes de intervención largas en caso de psicoterapias extensas y de larga duración y

cortas o en crisis que den una rápida solución a una problemática en específico que ayuden a darle un giro a la problemática presentada y la forma en que debe proceder para un óptimo resultado, ayudas didácticas terapéuticas que incentiven y motiven a las personas que participen en el ejercicio, charlas motivacionales que ayuden a crear un consciencia distinta en las personas, salidas ambientales a centros especializados que proporcionen herramientas espirituales que brinden una sensación de paz y tranquilidad en las personas, entre otros.

- Otra de las herramientas terapéuticas es la oportunidad que las personas acudan a este centro de forma autónoma, donde no se les juzgue por su pasado si no que sean capaces de remediar su presente y su futuro, esto se hace por medio de la oratoria y la expresión verbal de las personas, quienes de una forma libre expresan sus sentimientos y emociones que los llevara a pensar en su futuro y la manera en que deben hacerlo. El lenguaje construye significado, así que en la medida en que las personas tengan la oportunidad de hablar, logran poner en contexto su realidad y resignificar sus actos dándole un bienestar y la opción en pensar que y como puede cambiar esta realidad.
- Este centro puede contar con habitaciones y camas disponibles para las personas que quieran quedarse de una forma permanente en el centro participando de actividades lúdicas, creativas, de arte, culinarias, de aseo, entre otras, que permitan sentirse útiles y autónomas de sus acciones. Todo esto en pro del ejercicio de una convivencia más sana y libre entre las personas que están participando en estas actividades y que quieren hacerlo por beneficio propio y de sus familias.

Basados en un enfoque sistémico constructiva y con la intención de implementar el sistema como principal enfoque de ayuda terapéutica se inserta a la familia como instrumento importante y de crucial en la mejora del tratamiento de los usuarios. Con las familias es importante trabajar, ya que como primera red de apoyo logran dar un sentido más completo a las personas que quieren rehacer su vida.

Con ellos se puede trabajar el sentido de la familia, la responsabilidad, las emociones, los derechos y deberes, la familia como actor social, la reinserción a la sociedad y a la vida laboral. Todo esto ayuda a crear unos lazos familiares más fuertes y duraderos que cautiven y llenen la atención logrando un empoderamiento de la palabra y las acciones.

Para poder inaugurar un centro de estas proporciones, es importante contar con el respaldo del Gobierno Colombiano que autorice el presupuesto, las condiciones, el espacio, las normas, el apoyo de todos los entes del Estado, los medios publicitarios, la contratación masiva de personal y sobre la intención de ayudar en pro de disminuir los altos índices de personas consumidoras de SPA en el país. Esto se puede lograr mediante un derecho de petición que exija al Estado a ayudar y proteger los derechos y una vida digna de cada uno de los ciudadanos Colombianos.

Módulo 3: Análisis de la situación

Existen pro y contra en cuanto a la implementación de este tipo de propuesta de intervención, debido a que muchos opinan que ser tan libres y autodidactas le quita seriedad al programa y la legitimidad para lo cual fueron creados. De esta manera tendrías una dificultad de tipo conceptual y metodológico a la hora de implementar el programa en Colombia.

Ahora es importante resaltar también que se acepta la complejidad y dificultad de la modificación duradera de los comportamientos humanos, ya que al ser un programa tan extenso, cabe la posibilidad que no todas las personas puedan continuar el proceso debido a su larga duración. Pero, el proceso de desintoxicación del organismo y el cambio de conductas, pensamientos, sentimientos, y demás implicaciones toman tiempo y para que funcione se debe ser consciente que la perseverancia y el compromiso son la principal herramienta para el cambio.

La reducción de daños reconoce la libertad individual en la búsqueda del propio bienestar, incluyendo el derecho individual al consumo de drogas, debido a que se acepta que los usuarios quieran seguir consumiendo y no quieran contactar ningún organismo del Estado o sanitario que le ayuden con su adicción y que a pesar de sus efectos negativos no les interesa cambiarlos

Debe tenerse en cuenta que el potencial de riesgo derivado del consumo de drogas depende de las características del individuo y sus expectativas, del tipo y dosis de droga consumida, del patrón de consumo, las circunstancias ambientales y sociales y de las connotaciones políticas y sociales de tal consumo, ya que existe la posibilidad de que al no implementar unas políticas y unos lineamientos claros, se pueda llegar al riesgo de aumentar la cantidad de consumo y a perder el control de la misma. Por esto es tan importante hacer un buen diagnóstico de necesidades y demás características de la persona en cuestión para evitar distorsiones a lo largo del tratamiento.

A la hora de intervenir a población drogodependiente según el modelo de Reducción de Daños, hay que tener en cuenta a la población a la cual va dirigido el tratamiento, es decir, si es a nivel personal, comunitario, político o legal, esto debido a que las intervenciones tienen que tener un carácter personalizado y de esta misma forma implementarlo para evitar supuestos y aspectos no legales que puedan perjudicar tanto al centro como a sus usuarios.

De igual forma el tipo de consumo es importante a la hora de emitir un diagnóstico y futuro tratamiento, ya que no es lo mismo un consumo ocasional que uno de dependencia severa que trae consigo respuestas, emociones, conductas, pensamientos distintos que lógicamente hay que tratar de forma distinta, de igual forma el género, la población a la que pertenece, sus características físicas, su lenguaje, sus opciones y sueños a futuro, su consciencia actual y sus deseos de cambiar o no.

El daño causado por el consumo de drogas no solo afecta al individuo, sino también a su familia o red de apoyo o a la comunidad en general, debido a que se vuelve desadaptativo para todos los que lo rodean, el programa de reducción de riesgos propone hacer adaptativo este consumo sino se quiere desaparecer del todo la conducta.

La ilegalidad de algunas drogas origina la aparición de poderosas redes de traficantes, que en general eluden la persecución penal, y favorecen la marginación de algunos consumidores que delinquen para costearse el elevado precio de las drogas ilegales. A causa de ello las drogas ilegales son frecuentemente adulteradas y carecen de todo control sanitario lo que lo hace más accesible al público y con una mayor tasa de consumo en la población en general. El hecho que los objetivos asistenciales orientados básicamente a la abstinencia hayan sido muy exigentes y rígidos y no consensuados con los propios usuarios ha generado expectativas poco realistas, la frustración en los profesionales y la decepción y distanciamiento de los consumidores que deciden abandonar los

procesos y dando cabida a más de red de consumidores y problemas sociales que han afectado a toda la población Colombiana.

Sería interesante poner en marcha este tipo de tratamiento en el país.

Módulo 4: Diseño de la propuesta de intervención.

Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general Implementar una política de intervención de Reducción de Daños en drogodependientes en Colombia.

Objetivos específicos

- Consolidar el programa con los recursos y políticas que favorezcan a los pacientes consumidores, quienes por voluntad propia quieren pertenecer a este programa y quieren disminuir y/o desaparecer su conducta adictiva
- Crear comunidades cercanas quienes ayuden y fortalezcan el proceso de adecuación e implementación de todos los elementos de salubridad y seguridad de todos los consumidores
- Contar con entidades del Estado quienes fortalezcan el proceso de adjudicación de todos estamentos y políticas nacionales.
- Contactar con el máximo número posible de consumidores.
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios (estado de salud, situación social).

Estrategias

Dentro de las estrategias más importantes que se resaltar en este documento son los siguientes:

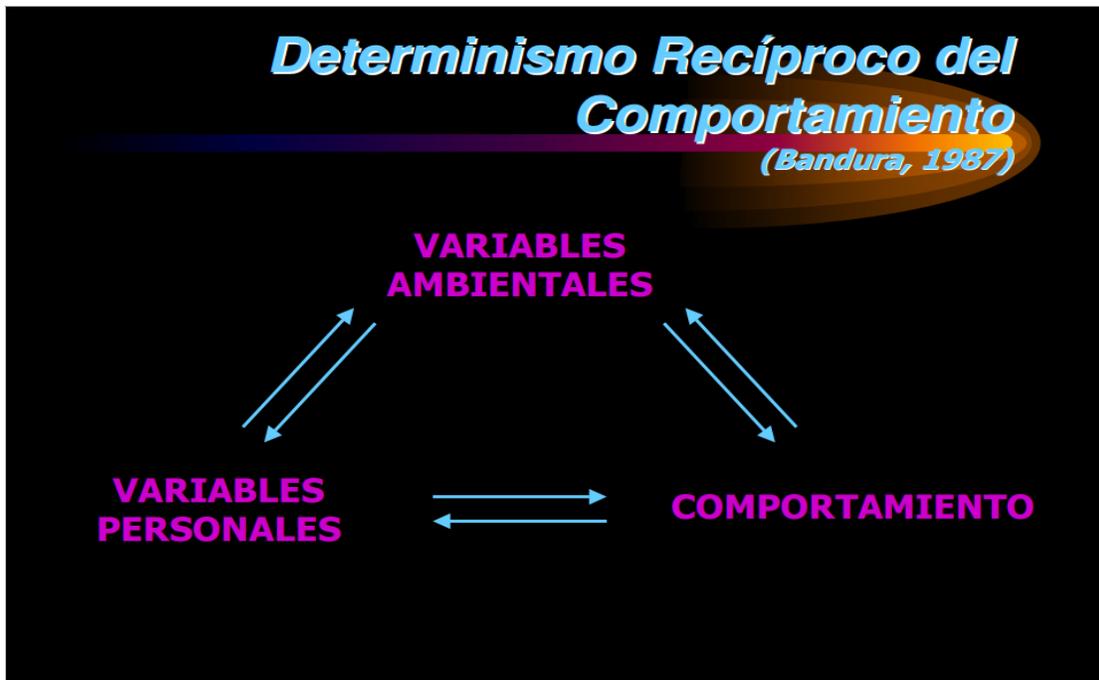
- Las estrategias de información, educación y comunicación dan resultado, pero han sido muy poco investigadas. Su uso extendido exige una mayor evaluación para poder considerar la implementación de este tipo de programas que tienen una respuesta muy positiva en los pacientes que han sido expuesto a estos elementos de intervención.
- Los cambios en las normas sociales y/o la forma de interiorizarlas permitiría la adecuación de un sistema que brinde la oportunidad de reducir el daño de los usuarios consumidores de SPA. Los cambios en el entorno facilitarían la manera de entender la reducción del daño como una buena oportunidad de empezar un camino distinto evitando pasar por dolorosas y desesperadas decisiones radicales que muchas veces no se pueden terminar con éxito.
- Los programas de suministro de agujas y jeringas dan resultado y son efectivos para evitar y frenar la difusión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. Esta problemática se evidencia desde los años 60's con la revolución conceptual y cultural vivida en ese entonces y que hasta el momento sigue siendo una realidad evidente y claro ante cualquier persona que vive y percibe la realidad no solo de Colombia sino muchos países en el mundo.
- Incorporar estrategias para motivar al cambio a aquellos usuarios con hábitos nocivos para su salud. Este se hace con el objetivo de hacer un proceso de concientización de toda la población consumidora de una forma activa y dinámica que les muestre los riesgos que corren a presente y a futuro, no solo para ellos sino para las personas que lo rodean y hacen parte de su vínculo más cercano. De esta manera se adelantaría un margen importante de motivación y deseos por seguir aprendiendo y logrando mejores resultados dentro del tratamiento.

- Uso terapéutico de la marihuana. Este concepto aún es muy ajeno a la población Colombiana debido al debate que se ha conformado por parte de la iglesia y el Estado quienes consideran que aun el país no está en la capacidad de recibir de la mejor forma una decisión de este tamaño, y tal vez tengan razón, pero la idea de hacer un proceso de concientización a la población y a la comunidad en general que servirían como trampolín para lograr mejores objetivos entre la comunidad consumidora. El país más cercano en aceptar la marihuana es Uruguay que dentro de su política está la adjudicación de la dosis personal como elemento sanador y de disfrute considerando ciertas limites en cuanto al suministro y consumo del mismo.
- Las técnicas de entrevista motivacional son una herramienta que ayuda a identificar los aspecto más íntimos del proceso de psicoterapia y son un marco de referencia ampliamente usado en las prácticas de reducción del daño, ya que ayudan a identificar los deseos, requerimientos, actitudes, formas de pensar y la motivación a la hora de enfrentarse a un proceso como este, aunque las evidencias en cuanto a su impacto en el riesgo de VIH es escasa y no concluyente.
- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo ayuda a la asimilación de un proceso más consciente y sano entre los consumidores, al igual que una información realista de las drogas (sus usos, sus problemas, consecuencias, riesgos, pérdidas y ganancias) tiene más cinco veces más posibilidades de ayudar a entenderse con ellas, al igual reconocer que el consumo de diferentes sustancias y las formas de uso, se relacionan con diferentes tipos de riesgo y daños.

- Las experiencias de prevención y asistencia en situaciones reales ayudan a desencadenar problemas reales con respuestas reales que ayudan a los usuarios o consumidores a defenderse ante estas situaciones y a darle un manejo distinto en las circunstancias que sean.
- Es de primordial importancia intervenir en la comunidad para conseguir un acercamiento más racional y objetivo al problema de las drogas que prevenga las reacciones de alarma social.
 - Promover un marco legal que favorezca la realización de estas intervenciones.
 - Promover la responsabilidad y la participación de los consumidores de drogas como ciudadanos pertenecientes a la sociedad, de igual forma incentivar a mayor capacidad de liderazgo como modelos de cambios saludables para los demás.

Resultados esperados.

- Se espera un resultado recíproco entre las conductas, los agentes ambientales y las variables personales, es decir, que las variables del ambiente y/o personales no interfieran en el proceso de cambio de los consumidores usuarios sino por el contrario ser estables ante estos cambios que se pueden presentar en cualquier momento del tratamiento:



- La culminación satisfactoria del tratamiento con la satisfacción de haber logrado el objetivo principal y era la disminución y posible extinción de la conducta de consumo
- La familia como base fundamental del tratamiento debe ser consciente del avance del usuario y de esta manera manifestarle su agrado y positivismo frente al tratamiento.
- La participación de más miembros que quieran ser parte del programa de reducción de daños en drogodependientes.

- La meta es comprometer a los usuarios en una relación que los apoyará para que puedan aclarar los aspectos problemáticos de su uso de sustancias y trabajen para abordarlos mediante metas y estrategias que sean coherentes con su identidad como individuos.
- El resultado ideal de este enfoque es apoyar al usuario para que reduzca la nocividad de su uso de sustancias hasta el punto de tener un mínimo impacto negativo en otras áreas de su vida.
- Finalmente, esto se logra identificando los distintos factores bio-psico-sociales que iniciaron el uso de sustancias y contribuyen a su continuidad en el tiempo, y descubriendo soluciones alternativas más efectivas y libres de drogas.

15. Metodología

Se debe partir por identificar las necesidades del usuario consumidor mediante una entrevista personalizada con el terapeuta, quien identifica su historial de consumo, sus patrones de comportamiento, el impacto del consumo de la sustancia en su vida, cuáles son sus expectativas ante el tratamiento y que quisiera lograr, si disminuir su consumo o extinguir la conducta del consumo. Esto nos pone del lado del usuario, evita las luchas de poder con respecto a lo que el cliente “debería” hacer y transmite respeto y empatía con él, lo que lo lleva a sentirse seguro y apoyado en nuestra presencia.

Es importante establecer unas metas claras del tratamiento, es decir, se acuerda un plan de trabajo que logre satisfacer sus expectativas y sus requerimientos. Aunque estas pueden cambiar si en el transcurso del tratamiento se evidencian alteraciones de cualquier tipo.

Basados en el modelo Bio-psico-social propuesto por Prochaska y DiClemente sobre la integración de todos los elementos y variables que pueden afectar la conducta y los pensamientos puesto que reconoce los significados personales, de aprendizaje, los factores sociales, interpersonales y biológicos que pueden tener un problema del origen del problema en los consumidores de SPA, se quiere implementar una psicoterapia basados en la integración de estrategias de cambio que radica fundamentalmente en la implementación de estrategias y mecanismos que sirvan para producir un cambio significativo en el quehacer de los usuarios consumidores. Deben tener cualidades distintas y flexibles para combinar diversos tipos de intervenciones psicológicas, conductuales y bio-farmacológicas dependiendo de las necesidades del usuario.

Los usuarios que siguen un consumo permanente de sustancias deben en primera instancia saber para que funcionan y que base psicológica, social y bilógica tiene para el mismo. Las respuestas

para ellos son similares, el consumidor puede confiar en las sustancias para automedicarse o defenderse de estados afectivos abrumadores; para regular una autoestima frágil; para apoyar su efectividad interpersonal; para confortarse o calmarse; o para tranquilizar a su duro crítico interior (“superyó”) a fin de permitirse experimentar sensaciones temporales de placer no disponibles estando sobrio, entre otras funciones posibles, pero, para que cualquier tratamiento de uso de sustancias tenga posibilidades de éxito, debe comenzar con un esfuerzo por descubrir las razones o motivos específicos que han hecho que la sustancia sea atractiva para el usuario, a pesar de estas consecuencias problemáticas. A medida que se identifican estos factores, se pueden combinar estrategias y modalidades para abordarlos de manera específica.

De esta manera empieza un plan de trabajo que empieza con un plan ideal de uso de sustancias que tiene como objetivo diseñar una ruta de administración, cantidad y frecuencia del uso de la sustancia que va de acuerdo a la experiencia del uso de la misma, de esta forma se va evaluando el comportamiento del usuario frente a este método y se va ajustando en la medida que sea necesario.

En este momento se pueden emplear estrategias y actividades que vayan acorde al momento, es decir, actividades de relajación, manejo de emociones, habilidades de afrontamiento, entrenamiento para la asertividad y la construcción de sentimientos constructivos.

A medida que va evolucionando el tratamiento, se van considerando otras estrategias o métodos que movilicen más al paciente a conseguir los resultados esperados.

16. Procedimiento

La psicoterapia se organiza en varias fases o etapas respectivamente que van organizadas en el orden en el que va avanzando el tratamiento bajo el modelo de reducción de daños:

Fase de adherencia / Evaluación

Esta primera fase hace referencia al primer acercamiento y el primer contacto entre el usuario y el centro terapéutico. Aquí se conocen ambas partes y se le brinda toda la información necesaria sobre el funcionamiento, política y demás requerimientos pedidos por el usuario en pro de satisfacer su necesidad primaria.

Fase de establecimiento de metas

Esta segunda fase tiene como objetivo ejecutar un plan de trabajo, unas estrategias de intervención y la forma de proceder ante los resultados del tratamiento. Aquí el usuario ya decidió permanecer al centro y su objetivo es que el mismo decida que quiere hacer y como lo ha de ejecutar. El terapeuta le sugiere algunas indicaciones, pero es decisión del mismo usuario si llevarlas a cabo o no.

Fase del trabajo en pro de la moderación

Esta fase contempla los resultados de varios meses de trabajo, donde el usuario ha disminuido considerablemente su consumo y se encuentra en la capacidad de percibir sus sensaciones internas y externas y donde sus metas han venido cumpliéndose a la medida que el mismo usuario quiso. Este plan contemplaba cambios en su estilo de vida que apoyaban un consumo moderado y promovían formas alternativas para abordar los asuntos dolorosos.

Fase de resultado

En esta última fase, se identifican los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento y se ejecutan planes de acción que ayuden a fortalecer aquellas metas que no se han podido cumplir y la forma de llevarlas a cabo. Puede ser la terminación satisfactoria del tratamiento o el seguimiento para continuar con el proceso hasta terminar con los resultados esperados por parte del usuario y del centro terapéutico.

17. Discusión.

Dentro de las anotaciones que se le hacen a este modelo de intervención es que no se contraponen al modelo de abstinencia sino que incluye como una meta posible para los usuarios de sustancias y la considera el mejor resultado de reducción de daños para muchos de ellos.

Mientras el enfoque de solo abstinencia pone límites a quién se ayuda y cómo puede ser ayudado, la reducción de daños propone abandonar el supuesto que la abstinencia es la meta requerida para todos los usuarios con problemas de uso de sustancias. Al hacerlo, abre la puerta a la posibilidad de incluir a todo tipo de usuarios de sustancias.

El modelo de reducción de daños reconoce que el uso de sustancias y sus consecuencias varían a lo largo del tratamiento tanto para el usuario, el centro terapéutico y la comunidad y que el comportamiento cambia en general en forma gradual, paso a paso.

Así mismo busca ayudar al usuario a moverse a lo largo del tratamiento, acercándose al punto de menor daño. Por lo tanto, cualquier reducción de daños se considera como un paso en la dirección correcta.

El modelo de reducción de drogas va en contra de la política de “caer hasta el fondo para entender la necesidad de cambio” ya que cuestiona la forma en que la sociedad señala de una forma coercitiva y excluyente a las personas que por cualquiera que fuera la circunstancia han caído en un proceso tan complejo como lo es el consumo de sustancias psicoactivas. Como por ejemplo algunas grandes potencias del mundo invierten más en guerra, en armas, en elementos que causan el mal a otras personas que en administrar sus recursos a consolidar tratamientos apropiados para las personas que lo necesitan, a otorgar una mejor educación a todos los jóvenes, a proporcionar apoyo a las diferentes comunidades estigmatizadas que han sido rechazadas por sus distintas condiciones.

Es irónico pensar que modelos como estos no sean implementados como herramienta para combatir los altos índices de deserción de programas de lucha contra la droga y si se empleen los recursos para destinarlos a programas que no han servido por su evidente fracaso y aun peor que seamos tan ajeno a esta problemática.

Esta situación habla claramente de la hipocresía del compromiso de los países de considerar el uso problemático de drogas como una enfermedad o algo relacionado con problemas psicológicos o sociales graves.

La relación terapéutica puede ser también una especie de laboratorio en el cual puede identificarse la forma como el cliente se relaciona con otras personas para explorar y practicar nuevas formas de relación, es decir, como el uso del tratamiento recae en las emociones, sentimientos, fantasías, deseos, temores, expectativas, que surge en la relación con el terapeuta. Aquí radica la importancia de un buen enganche terapéutico y la intensión que se tenga en dicho proceso.

El valor de las estrategias cognitivos conductuales radica en que ayuda a modificar directamente el comportamiento problemático a través del aprendizaje de habilidades de auto-manejo orientadas al cambio de conducta, al igual que las metas conductuales se orientan a la adquisición de las habilidades necesarias para usar las sustancias de maneras nuevas y menos dañinas, o al aprendizaje de formas alternativas y libres de sustancias para lidiar con situaciones o sensaciones que generan un deseo de usar sustancias.

En este segmento es importante aclarar que las técnicas cognitivo- conductuales ayudan para aprender nuevas conductas de afrontamiento antes de que sea posible suspender la solución química y capacidad para el cambio.

Finalmente, desde la perspectiva conductual, el comportamiento cambia gradualmente, con pequeños pasos.

El aporte que nos brinda el enfoque psicoanalítico radica fundamentalmente en la idea de que el psicoanálisis refleja una profunda investigación de la vida interior de muchas personas que han participado en estos procesos durante mucho tiempo. Al igual que pueden o no ser útiles para aquellos que están tratando de comprenderse a sí mismos y a los demás.

En general, el psicoanálisis clásico es recomendado para personas con problemas graves de control de impulsos o que se enfrentan a crisis severas en sus vidas (Eisler, 1958). El objetivo de estas terapias es maximizar en el usuario la sensación de autodominio y de estar a cargo de sí mismo, incluso cómo emplear la terapia. En general se consideraba que una terapia efectiva para este grupo de personas debía tener un enfoque terapéutico más activo, que incluyera la entrega de información y consejos, apoyo emocional, técnicas específicas para ayudar a las personas a cambiar su conducta de uso de drogas y el empleo de sistemas de apoyo más extensos en conjunto con el esfuerzo continuo para ayudar a los pacientes a tomar conciencia de los significados de su consumo de drogas y cómo éste se relacionaba con otros problemas en sus vidas.

De esta forma se puede evidenciar como la psicoterapia de reducción de daños integra de una forma abierta y generosa técnicas y significados importantes en pro de la ayuda al paciente quien quiere resultados buenos en relativamente poco tiempo.

No es un enfoque sesgado sino por el contrario de una forma recíproca recibe y brinda información, técnicas, manejo, estrategias y demás opciones para el bienestar de sus pacientes.

18. Conclusiones

Para del desarrollando del cambio en el tratamiento de reducción de daños es de crucial importancia la elaboración de un programa de intereses, motivaciones, expectativas, deseos, que se consideran requisitos esenciales para cambiar el comportamiento de los usuarios y los terapeutas. Todo esto tiene repercusión de una conciencia auto-reflexiva; una exploración de las razones personales para consumir; la preocupación por saber si uno está satisfaciendo las necesidades y deseos propios de la mejor manera posible; y la búsqueda de las necesidades, sentimientos, deseos y otros aspectos de uno mismo que se expresan a través del deseo de consumir.

La falta de preparación adecuada es el principal factor que contribuye al fracaso de muchas personas bien intencionadas para realizar los cambios que se proponen hacer, ya sea dejar de fumar, disminuir el consumo de alcohol, dejar la heroína o ir al gimnasio más seguido. Una vez desarrolladas, esas cualidades transformativas antes descritas se convierten en un conjunto de habilidades o capacidades cognitivas que pueden usarse al servicio de la realización de muchos cambios personales.

Lo más importante del modelo de reducción de daños es la elaboración de metas frente al tratamiento, esto permitirá seleccionar los motivos y necesidades que tiene el usuario y la forma como debe hacerlo, de igual forma para crear una conciencia más profunda y clara frente a dicho tratamiento. Por ejemplo, si una persona llega a la terapia diciendo que le preocupa su uso de drogas y el terapeuta le dice “te voy a ayudar a parar”, es probable que la persona se sienta incomprendida y no ayudada; la persona nunca habló de dejar de usar drogas, sólo de que le preocupaba su uso. Por otra parte, si una persona se siente en gran peligro debido a su uso continuado de drogas y quiere dejarlas, y el terapeuta le dice: “Hablemos de eso”, es posible que la persona sienta que no se le

entrega seguridad, que no se lo comprende adecuadamente y que no se lo ayuda, dado que al parecer el terapeuta no reconoce la urgencia de su crisis vital.

La propuesta de intervención es una opción útil que ayudaría al país a disminuir las altas tasas de deserción temprana de los programas de ayuda contra drogas en el país, y porque no, innovando en estas características y propuestas de intervención logre un impacto social importante para las personas que quieren acceder a este tipo de ayuda pero no saben cómo hacerlo.

Sería interesante que esta propuesta se tome en cuenta para futuras intervenciones, de esta manera se podría disminuir paulatinamente el desarrollo de estos programas y la posibilidad de brindar una calidad de vida distinta a las personas que por circunstancias de la vida recaen en serios consumos de sustancias psicoactivas.

A título personal fue una experiencia maravillosa, que me ayudo a aprender, a enfrentarme a situaciones nuevas, a desarrollar mi potencial como profesional y sobre todo un crecimiento como ser humano. Siento gran admiración y respeto por los colegas que hacen parte de este gran movimiento que tiene su eje fundamental en la constancia y la perseverancia.

Agradecimientos a todas las personas que hicieron parte de este gran proceso en mi vida y porque no, volver a tener la oportunidad de ser parte de otros momentos así de enriquecedores y de ejemplo para los demás estudiantes de la Universidad.

Daniela Pino Ayala

Profesional en psicología

Universidad Cooperativa de Colombia

2015

19. Bibliografía

- Conferencia de consenso, Documento Marco sobre Reducción de Daños, Barcelona, 2000
 - Comisión Económica para América Latina y el Caribe, producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina, 2000
 - D, C. (2010). La comunidad terapéutica.
 - Egeneu, P. (2015).
 - Escohotado, A. (2013). Los venenos. La serena, Chile.
 - García, R. C. (1998).
- Giraldo Ana Maria, Conceptos básicos en Drogodependencias, Fundación Luis Amigo, 2000.
- González, F. J. (s.f.). La estaba prohibicionista: antecedentes, mantenimiento y consecuentes. 77- 89.
- Martínez López José Félix, síndrome de abstinencia, Málaga, España, 2012.
 - Modelo de reducción de daños, Bandura, 1990.
 - Observatorio de drogas en Colombia, política de drogas, 2015
- Psicoterapia de Reducción de daños, un nuevo tratamiento para problemas de droga y alcohol, Andrew Tatarsky, presentado por Alan Marlatt, Fundacion Parentesis, Chile, 2002.
- Red Chile, Reducción de Daños, Que es la Reducción de daños y la Reducción de Riesgos, 2001.

- Rementería, I. d. (2014). LA FUNCIÓN DE UTILIDAD DE LAS DROGAS PARA LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y LOS NUEVOS CONTEXTOS POLÍTICOS ACTUALES. Valparaíso, Chile.
- Rementería, I. d. (2014). Seminario Regional “Actualización de conocimientos relativos al Consumo de Alcohol y Drogas”. Valparaíso, Chile.
- Roca Joan Miguel, El papel del psicólogo en las unidades de conductas adictivas, Programa Formed, 2013.
- Rodríguez, I. (s.f.). Aprendiendo a trabajar en equipo: competencias básicas para ser eficaces.

20. Anexos

Ilustración de caso: Doctor Andrew Tatarsky, terapeuta modelo reducción de daños, caso real.

L era una mujer de 38 años, soltera y profesional, que fue derivada a mi consulta por su médico de atención primaria¹⁰. Su uso diario de alcohol y marihuana era potencialmente fatal porque una resaca podría precipitar, -y ocasionalmente había precipitado-, un coma diabético capaz de matarla.

Aunque se inyectaba insulina diariamente para controlar su diabetes, su uso de sustancias y las resacas, junto al hecho de que frecuentemente no tomaba sus medicamentos ni seguía su estricta dieta, a menudo hacían que el tratamiento fuera inefectivo. Durante el curso de su vida, se había caído en varias ocasiones debido a estos comas, fracturándose brazos y piernas, y había chocado contra un árbol cuando manejaba, resultando con graves contusiones. Luego de sugerirle infructuosamente durante varios años que asistiera a A.A. y se abstuviera de todas las sustancias, su médico le recomendó la Psicoterapia de Reducción de Daños porque ella insistía en que sólo le 10 El caso de L fue tratado por Andrew Tatarsky (Nota del Traductor). 384 Psicoterapia de Reducción de Daños interesaba buscar la moderación y lograr un uso más seguro. L era una mujer exitosa en su profesión, inteligente y atractiva que se vestía en forma un tanto masculina. Parecía ser una persona abierta y comprometida, que sonreía con frecuencia y aparentemente motivada a recibir ayuda. Su sonrisa, sin embargo, parecía forzada, y había en ella algo acartonado que me hacía sentir ansioso en su presencia, porque me imaginaba que tenía una parte oculta con muchos más problemas de los que revelaba. L parecía relativamente despreocupada con respecto a la gravedad de su uso de sustancias, ya declaraba querer ver si podría reducir el uso hasta un nivel seguro.

Estuve de acuerdo con un plan inicial para ver si podría ayudarla a identificar límites seguros y en el desarrollo de estrategias que la mantuvieran dentro de esos límites. Esto la llevó a expresar alivio y

gratitud. Acordamos reunirnos dos veces por semana. A pesar de su peligroso comportamiento y sus extraños sentimientos, había algo en ella que me daba esperanzas. También sentí que debía respetar sus límites y dejar que ella me guiara. Sugerí que tratáramos de identificar cuál era un nivel de uso peligroso (cuando se despertaba con resaca y mareada) y cuáles serían límites seguros. Esto despertó su curiosidad. Le sugerí que monitoreara su uso entre nuestras sesiones, contando y llevando un registro de los tragos que bebía y de la marihuana que fumaba, anotando las circunstancias y sentimientos que rodeaban su uso y cómo se sentía al momento de usar y al día siguiente. Le gustaba llevar el registro, porque decía que le daba una sensación de control. También le sugerí que practicara el manejo de ansias para identificar el deseo de usar y las sensaciones, pensamientos y sentimientos que se relacionaban con el uso. El microanálisis de su uso reveló que fumaba marihuana y bebía en exceso casi todas las noches para divertirse con amigos, para disfrutar del sexo sin sentirse violada por un hombre, para manejar el estrés y la fatiga después del trabajo y para quedarse dormida. El uso excesivo de sustancias le proporcionaba sus únicas experiencias de placer y relajación.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS 385

Mediante ensayo y error identificamos que dos tragos estándar durante un período de 2 horas no le producían resaca. A pesar de su deseo consciente de mantenerse dentro de este límite, casi siempre bebía en exceso. Me pregunté en voz alta por qué se exponía a un riesgo tan grande. La exploración de esta pregunta durante las semanas siguientes reveló una historia de múltiples traumas al comienzo de su vida que ella había mantenido fuera de su conciencia con la ayuda del uso de sustancias. Cuando me describió sus experiencias traumáticas, cayó rápidamente en una depresión intensa y aterradora, acompañada por pena, rabia, odio a sí misma e imágenes incesantes de ella misma apuñalándose y disparándose en la cabeza. Juntos, gradualmente reconstruimos la siguiente historia. El primer coma diabético de L ocurrió en el patio de su colegio, en su décimo año, (segundo año de secundaria), frente a toda la comunidad escolar. Cuando despertó, todos la estaban

mirando “horrorizados, como si yo fuera un monstruo.. no me sentía viva, era como un fantasma”. Después de esta experiencia se sintió profundamente humillada y en el colegio fue rechazada por sus pares. Nadie la ayudó a lidiar con sus sentimientos sobre el coma ni con las reacciones de sus compañeros. Sentía que los directivos de su colegio y los doctores la trataban “como a un bicho asqueroso clavado en la muralla con un alfiler”. Reconoció haber bebido cerveza y fumado marihuana pocos días antes del incidente. Sus padres supusieron que esto era lo que había causado el coma y la castigaron no dejándola salir de la casa por un mes. Sintióse “expulsada de la raza humana”, recordó que fueron días en los que gritaba sola en su pieza para expresar el dolor de la soledad, la vergüenza y el odio a sí misma. Comenzó a golpearse la cabeza en la muralla para castigar a su cuerpo por haberla traicionado. Yo enfatice que me sorprendía lo punitivos que habían sido sus padres. Luego describió su experiencia de crecer con una madre controladora y castigadora que le pegaba en el trasero 386 Psicoterapia de Reducción de Daños y la hacía sentarse en un rincón “por hacer cualquier cosa que ella desaprobaba”. Los golpes diarios de su madre crecían en intensidad si L lloraba o se resistía, y tomaban un matiz sexual cuando ella le bajaba su ropa interior y la ponía sobre sus rodillas. L recuerda haberse sentido “como una muñeca de madera, totalmente controlada, como una marioneta”, su primera experiencia de disociación como forma de afrontar experiencias aterradoras y humillantes. Su padre era un vendedor que viajaba con frecuencia, alguien distante y que no se involucraba con ella. Disociar sus sentimientos con respecto a su madre se convirtió en el modelo para afrontar traumas posteriores, aplanando sus sensaciones y “volándose” con la ayuda de ciertas sustancias. Aunque L no estaba al tanto de que existiera algún historial psiquiátrico en su familia, creía que su madre vivía “abrumada y deprimida” porque frecuentemente estaba sola con ella debido a los viajes de negocios de su padre. L sentía que ella era la persona principal en la vida de su madre y que por eso era el blanco de sus intensas exigencias de sumisión y sus castigos violentos y sexualizados. Cuando estaba en casa, su padre

parecía emocionalmente aislado. No intervenía en el drama entre L y su madre y decía que el cuidado de los hijos era asunto de la madre. A partir de estas relaciones, L concluyó que no se podía confiar en otras personas para recibir apoyo emocional. Desarrolló la convicción de que estaba destinada a vivir sin relaciones cercanas o íntimas y de que tendría que confiar sólo en ella misma. L “flotó” durante su educación secundaria y universitaria, aumentando su uso diario de alcohol y marihuana, y sufriendo frecuentes comas diabéticas; en ocasiones, recuperaba la conciencia en el bosque, perdida, sucia y con lasj ropas rasgadas. Se sentía aislada y no tenía amigos, hablaba poco en clases para no ser humillada, y tenía la sensación de ser una persona muerta caminando, “como Frankenstein”. Con poco interés en su futuro profesional, llegó a su profesión “porque era fácil”. Su deseo de tener intimidad estaba disociado pues se veía a sí misma como alguien que nunca podría tener una relación cercana con PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS 387 nadie. Se sentía expulsada de la civilización, como cuando la habían castigado sin salir de su pieza siendo niña. Confiaba en las sustancias en lugar de las personas para consolarse, para no experimentar sensaciones dolorosas y para permitirse sentir lo que su madre le prohibía sentir, como la sexualidad, la tristeza y la rabia. La terapia pasó a enfocarse en sanar los traumas no resueltos y mantenerla segura. Mi respeto por sus límites y su ritmo le permitió expresar un dolor que nunca antes había podido expresar en palabras. Yo era como la madre confortante que ella no había tenido, y era testigo de la corriente de terror, vergüenza, rabia, pena y odio a sí misma que nunca había expresado y que ahora dejaba salir al describir sus experiencias traumáticas de humillación, castigo y traición por parte de “todos” en su vida. Cuando su depresión llegó a una intensidad tal que le empezó a traer dificultades para ir al trabajo en la mañana y la hizo temer suicidarse, le recomendé hacerse una evaluación de sus medicamentos. Comenzó a utilizar un antidepresivo, Prozac, con una dosis inicial de 20 mg diarios, que subió a 40 mg diarios durante los tres meses siguientes. Durante este período, L comenzó a sentirse un poco menos abrumada por sus

sentimientos y menos temerosa de experimentar impulsos suicidas. Este alivio permitió que el trabajo psicoterapéutico siguiera adelante. Me importaba profundamente la niña herida y aterrada que en nuestras sesiones lloraba y gritaba cosas que nunca antes había podido expresar. El uso de sustancias continuó, la depresión seguía siendo muy intensa, y comenzó a verse más deprimida y distante en las sesiones. Le hice ver este cambio y, para mi sorpresa, ella dijo “¡No creo que te importe para nada, tal como a todos esos otros doctores!”. Resistiendo la tentación de defenderme y sintiéndome confundido, le dije que me ella me importaba mucho y que me preguntaba por qué ella no lo sabía. Me dijo, “Tú te despidas de mí antes del fin de semana, te vas con tu familia, y yo me voy sola a mi casa con ganas de matarme y de ponerme en riesgo con sustancias”. 388

Psicoterapia de Reducción de Daños Sin darme cuenta, ella había caído en una postura terapéutica que re-escenificaba las relaciones poco útiles que en el pasado había tenido con figuras de autoridad. Este contraste entre cómo me sentía con respecto a ella y cómo ella me experimentaba a mí, me hizo preguntarme si los doctores que la trataron debido en su primer coma diabético no habrían estado en una posición similar. En la relación con su madre, L había aprendido a no cuestionar la autoridad y a no expresar sus necesidades y, por lo tanto, era probable que no les hubiera dicho a sus doctores qué era lo que necesitaba y que no se estaba sintiendo ayudada. En nuestro trabajo habíamos establecido una relación similar que contribuía a la ruptura entre ambos. Sin embargo ahora ella tenía la capacidad de expresar su insatisfacción conmigo, dándonos la oportunidad de reparar nuestra relación. La fortaleza de nuestra alianza anterior y mi activo interés en saber cómo se sentía, prepararon el camino para que ella me transmitiera sus sentimientos negativos sobre mí y sobre nuestro trabajo. Le pregunté cómo podría ella saber que me importaba y cómo podría yo ayudarla más. Me dijo que necesitaba que la ayudara más activamente a generar planes de seguridad, a manejar sus sentimientos de temor y a desarrollar formas alternativas para cuidar de sí misma. Me volví más activo en mi contribución a las estrategias destinadas a ayudarla a manejar sus

sentimientos y mantenerla segura. También comencé a expresar más mis sentimientos sobre ella, manifestándole la preocupación y el orgullo por el trabajo que ella estaba realizando. Su disposición a expresar su insatisfacción y mi disposición para escucharla y cambiar mi postura, restauró entre nosotros el sentido de alianza colaborativa, logrando así un enfoque que ella percibía como más útil. Sin embargo lo más importante fue que se había creado una nueva experiencia relacional en la que sus sentimientos fueron tomados en serio y en la que se le respondía en una forma que no había experimentado anteriormente. Esta experiencia en la terapia contribuyó a mejorar su autoestima, aumentó su confianza en las relaciones y le dio esperanzas para PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS 389 el futuro. Ella se motivó más para reducir dramáticamente su uso de sustancias, algo que ahora percibía como una amenaza para su creciente sentimientos de esperanza. Manejar los sentimientos difíciles en forma segura, sin usar sustancias, se convirtió en el foco primario de la terapia. Ella se motivó para usar el manejo de las ansias a fin de identificar los momentos en los que sentía el deseo de abusar de las sustancias. Comenzó a identificar las secuencias de los eventos, pensamientos y sentimientos que rodeaban a esos momentos y logró identificar sus desencadenantes circunstanciales y emocionales. Empezó a considerar el impulso de usar sustancias en exceso como una señal de que había otra cosa a la que debía poner atención, una necesidad o un sentimiento doloroso. A medida que iba consiguiendo hacer esas asociaciones en esos momentos, comenzó a considerar distintas estrategias para manejar sus necesidades de forma más segura y saludable y para cuidar de sí misma más efectivamente. La pintura se convirtió en una válvula de escape para sus tormentas afectivas y a través de ella pudo recuperar partes disociadas de sí misma y encontrar su yo infantil digno de amor, que había perdido. Para ella, pintar consistió inicialmente en lanzar pintura como una expresión activa y enérgica de sentimientos. Gradualmente las pinturas comenzaron a tomar la forma de una persona. Un día llegó con una pintura de una bella niña y dijo “Encontré el yo hermoso que pensé que había muerto”. Con algo de temor, se inscribió

en un gimnasio y comenzó a sentir el placer del ejercicio, pues ahora sentía que su cuerpo era digno de recibir atención positiva. En contraste con el cuerpo que la había traicionado, ahora era su cuerpo una fuente de placer, fuerza y diversión. Entró a un taller de yoga en su barrio y comenzó a practicar yoga y meditación, lo que en su opinión la ayudó a relajarse y a manejar los sentimientos dolorosos. Yo le había sugerido que estas prácticas fortalecerían su intención de auto-monitorearse y de manejar sus sentimientos dolorosos, y progresó rápidamente en ambas disciplinas. Su creciente sensación de ser valorada y su optimismo cada vez mayor con respecto a las relaciones y a poder abrirse al mundo, la motivaron para explorar y aprender técnicas que podrían ayudarla a cuidar de sí misma más efectivamente y, además, le dieron valor para involucrarse en situaciones en las que antes no se había sentido bienvenida. Desarrolló un ritual nocturno que combinaba la meditación y el yoga con música relajante y té de hierbas en lugar de intoxicantes. Comenzó a hacer más salidas al campo los fines de semana para relajarse y divertirse. Sus crecientes sentimientos positivos sobre ella misma y sus posibilidades en el mundo, junto con el placer y la satisfacción que obtenía gracias a esas actividades aumentaron su motivación para moderar su uso de alcohol y marihuana. Se comprometió a tratar de limitar su uso de alcohol a dos tragos por noche, con algunos días de sobriedad cada semana, y consumir marihuana sólo ocasionalmente en situaciones sociales. Trabajó el ejercicio del plan de uso ideal para pensar en detalle qué cambios tendría que hacer en su vida y en su rutina nocturna para alcanzar sus metas de uso de sustancias. Algunas de las estrategias que le parecieron útiles fueron hacer su ritual de relajación apenas llegaba a su casa del trabajo y antes de beber, dosificar sus tragos mirando el reloj y ver por cuánto tiempo podía hacer durar una copa de vino tomando sorbos pequeños y bebiendo agua entre tragos. Esto la condujo a un proceso de reducción gradual del uso de sustancias a través de pequeños pasos en la dirección de sus metas. En el tercer año de terapia, L alcanzó sus objetivos. Ella se hizo consciente de su deseo de tener una relación romántica

apasionada y un trabajo satisfactorio, y comenzó activamente a buscarlos. Sentía que ahora sí tenía derecho a tener buenas relaciones y que podía hablar abiertamente de sí misma frente a los demás.

Ingresa a algunos sitios de búsqueda de pareja en internet y comenzó a tener citas. Estas fueron acogidas como oportunidades para descubrir qué buscaba en una pareja y para seguir trabajando los sentimientos residuales de ansiedad y desconfianza que surgían cuando percibía la posibilidad de una PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS 391 relación íntima.

Finalmente conoció a un hombre con intereses muy similares que se hallaba en un momento de su vida en el que también estaba realizando profundos cambios positivos. Al momento de escribir estas líneas, los dos viven juntos en una relación satisfactoria y comprometida, algo que ella nunca había imaginado sería posible en su vida apenas unos años atrás. También decidió dejar su trabajo luego que le ofrecieran una jubilación anticipada con una buena indemnización. Pasar tiempo alejada de su trabajo la ayudó a clarificar que para ella sería más satisfactorio trabajar en el área de la espiritualidad y la salud, y encontró trabajo en una compañía con este enfoque en la cual pudo aplicar sus habilidades ejecutivas. Después de 5 años de sesiones dos o tres veces por semana, ella terminó su terapia sintiendo que había completado su trabajo. Alcanzó sus metas iniciales de uso de sustancias y encontró soluciones satisfactorias a sus complejos problemas personales y de estilo de vida que se habían expresado a través de su uso problemático de sustancias.