

Abordaje del uso problemático de drogas en varones privados de libertad

un modelo posible



Junta
Nacional
de Drogas

Presidencia de la República



Junta
Nacional
de Drogas

Presidencia de la República

**Abordaje del uso problemático de drogas
en varones privados de libertad
UN MODELO POSIBLE**



Secretaría Nacional de Drogas:

Dr. Diego Cánepa
Prosecretario de la Presidencia
Presidente de la Junta Nacional de Drogas.

Soc. Julio Calzada
Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas SND.

A/M María Herrera
Responsable del Departamento de Cooperación de la SND.

Lic. Milton Romani
Embajador Itinerante de la República.

Lic. Marta Suanes
Coordinadora del Área de Reducción de la Demanda de la SND

Dr. Gabriel Rossi
Responsable del Departamento de Atención y Tratamiento de la SND

Equipo Técnico de elaboración del manual

Dr. Gabriel Rossi
Lic. en Psic. Luis González Kelis
Lic. en Psic. Aloha González Almaraz
Lic. en Soc. Florencia Failache
Psic. Gabriela Olivera

Secretaría de Comunicación y Prensa de la SND

Hernán Merlino
Eduardo Cannizzo
Martín Bergara

Este Proyecto contribuye al:

Fortalecimiento de las Políticas públicas de drogas de Uruguay,

Fortalecimiento de las estrategias de tratamiento de drogas dirigido a personas privadas de libertad, con perspectiva de género.

Afianzar los Programas de Prevención y Promoción de Salud, con un enfoque integral en el abordaje del consumo problemático de drogas y los riesgos asociados al mismo.

Índice

1. Introducción	5
2. Antecedentes	7
3. Marco conceptual	9
3.1 Importancia de la introducción de una perspectiva de género	9
3.1.1 Fundamentación y Conceptualización	9
3.1.2 Especificidades de género	10
3.1.3 Género, consumo de drogas y privación de libertad	12
3.1.4 ¿Por qué un tratamiento del uso problemático de drogas que contenga componentes específicos y diferenciales para varones?	14
3.2 Modelos teóricos explicativos	14
3.2.1 Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente	15
3.2.2 Redes sociales	15
4. Modelo de intervención	17
4.1 Ejes orientadores	17
4.2 Descripción general del modelo	19
4.3 Dispositivos	21
4.3.1. Dispositivo diagnóstico.	22
4.3.2 Dispositivo de trabajo en módulos	23
4.3.2.1. Contenidos y objetivos de los módulos.	25
4.3.2.2 Monitoreo del trabajo en Módulos temáticos.	31
4.3.3 Dispositivo de atención en crisis	31
4.3.4 Dispositivo de tratamiento para varones privados de libertad con Patología Dual	32
4.3.5 Dispositivos de post – tratamiento	33
a) Dispositivo de Mantenimiento de objetivos y prevención de recaídas	33
b) Dispositivo de transición.	34
4.4 Orientación frente a la situación de libertad	35



5. Perfil del equipo técnico de intervención. Formación profesional, técnica y perfil de competencias . . .	37
5.1 Características de personalidad requeridas para los técnicos	37
5.2 Rol del Coordinador de Equipos	38
5.3 Rol del coordinador del espacio de trabajo grupal en el Dispositivo de trabajo en módulos	38
5.4 Rol del referente – facilitador en el tratamiento del uso problemático	39
6. Bibliografía	43
7. Anexos	47



1. Introducción

El texto que se presenta, contiene en su elaboración la intencionalidad de constituirse como una herramienta de intervención útil en el abordaje del uso problemático de drogas en varones privados de libertad. Como se establece en el mismo título, se trata de un modelo posible, lo que pretende resaltar la importancia de comprender el fenómeno del consumo de drogas como un concepto dinámico y cambiante, que requiere necesariamente de una mirada multidimensional y de un abordaje multidisciplinario al momento de la intervención.

Se trata de una propuesta concebida desde una perspectiva de cuidado y respeto de los Derechos Humanos y desde una perspectiva de género. Ambas perspectivas, se consideran imprescindibles en tanto que aportan claves en lo que tiene que ver con el diseño y la puesta en marcha de políticas sociales que intenten impactar directamente en el mejoramiento y la reforma del Sistema Penitenciario.

En el abordaje de las drogodependencias se observa la carencia de dispositivos que incluyan la perspectiva de género. Habitualmente se considera la población destinataria como homogénea, desestimando los componentes de la predisposición diferencial de los varones y de las mujeres a consumir. Conceptualizar e introducir la perspectiva de género habilita la comprensión de las relaciones específicas que varones y mujeres establecen con las drogas, sus semejanzas y diferencias.

Este texto ha sido elaborado tomando en cuenta una revisión de experiencias desarrolladas en el área por varias instituciones y expertos del ámbito nacional e internacional y en particular, en su contenido se recogen los principales resultados emergentes de dos experiencias piloto, llevadas adelante entre los años 2009 y 2011 en cuatro establecimientos carcelarios de nuestro país –COMCAR, Cárcel de Cabildo, Centro Casa de Molino y Centro Nacional de Rehabilitación (CNR)-. Estas experiencias estuvieron orientadas desde una metodología de investigación-acción, lo que supuso contar con información específica y basada en evidencia empírica. Este último aspecto, resulta central al momento de la correcta toma de decisiones al pensar y diseñar estrategias de intervención, contemplando aquellas alternativas que resulten más viables y sostenibles de acuerdo a los recursos tanto técnicos como económicos con que se cuenta.



2. Antecedentes

En relación a los antecedentes más recientes en Uruguay en términos de programas de intervención con varones privados de libertad (VPL) con consumo problemático de drogas, se encuentra el desarrollado entre los años 2009 y 2010, desde la Secretaría Nacional de Drogas. Se llevó adelante un proyecto de trabajo en el complejo carcelario “Santiago Vásquez” enmarcado en el proyecto piloto “Promoción y prevención de salud en personas privadas de libertad del establecimiento carcelario de Santiago Vásquez (COMCAR) con enfoque acerca del tratamiento del consumo problemático de drogas”.

Este proyecto de intervención tuvo como población objetivo a todos aquellos VPL que, mediante ciertos criterios de selección e inclusión, se incorporaran voluntariamente a los programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social propuestos por el proyecto.

Se constituyó un grupo de trabajo encargado de establecer la metodología y criterios de funcionamiento del programa.

La conformación del equipo fue la siguiente: Dos Coordinadores y un equipo multidisciplinario conformado por: dos Lic. En Psicología, un Médico Psiquiatra, una Licenciada en Enfermería, un Médico especialista en Medicina Interna, un Lic. En Trabajo Social.

En dicho proyecto se definieron las siguientes etapas:

1. Solicitud de ingreso
2. Diagnóstico
3. Tratamiento:
 - a. Abordaje individual
 - b. Abordaje grupal
 - c. Abordaje familiar
4. Plan de Trabajo Individual por módulos temáticos.

Las particularidades generales de esta intervención fueron:

- Se trabajó con un número reducido de usuarios
 - Se separó a los usuarios del resto de la población del Centro
 - Se aseguró la satisfacción de las Necesidades Básicas previo a la implementación del dispositivo - alimentación, salud, higiene, condiciones de habitabilidad-.
 - Se desarrolló el trabajo multidisciplinario mediante la implementación de Módulos Temáticos.
 - Se destinaron espacios de salud para el equipo y de higiene del rol técnico.

Por otro lado y como antecedente inmediato, se cuenta con la intervención “Abordaje de la problemática de drogas en Mujeres Privadas de Libertad” realizado en tres de los centros de detención para mujeres del Área Metropolitana:

- Centro de Detención para Mujeres “Cabildo”



- Centro Casa Molino
- Centro Nacional de Rehabilitación (CNR)

Este proyecto fue llevado adelante desde la Secretaría Nacional de Drogas (SND), en coordinación con ONU MUJERES, en el marco del Proyecto L "Apoyo a la reforma de las instituciones para personas privadas de libertad".

El mismo se desarrolló dentro del apoyo de esta Secretaría a los Centros de reclusión de mujeres privadas de libertad (MPL) desde el proyecto "Promoción de salud en personas privadas de libertad en los establecimientos de reclusión de mujeres, prevención y tratamiento del consumo problemático de drogas con un enfoque sensible a las cuestiones de género."

Esta intervención siguió la línea de su antecesora en COMCAR, pero tomando en cuenta algunas diferencias:

- Las especificidades de género
- Las particularidades de los tres Centros
- Las diferencias con los Centros para varones
- La diferencia en los tiempos y del período de la intervención.

De estas intervenciones surge una concepción común que se considera como forma posible de trabajar esta temática de manera efectiva y eficiente a la interna de los Centros Penitenciarios con la población usuaria de drogas y que se desarrolla en el presente manual.

3. Marco Conceptual

3.1 Importancia de la introducción de una perspectiva de género.

3.1.1 Fundamentación y Conceptualización.

Al despertar la década de los 1970, ya irrumpen los primeros aportes científicos que plantean la necesidad de examinar las diferencias de género a través de los distintos campos de estudios biopsicosociales. Jean B. Miller, (1976) ya habla de una nueva perspectiva sobre la psicología de la mujer y otro tanto podemos observar en los estudios de Carol Gilligan (1982), quién se encarga por primera vez de reunir datos empíricos sobre las diferencias de género fundamentales en el desarrollo temprano de varones y mujeres¹.

Es posible rastrear en la bibliografía dos grandes posiciones respecto de la temática del género. La de los diferencialistas que explican que el sexo otorga una diferencia irreductible entre ambos géneros (varón y mujer) de tal manera que sus respectivos comportamientos son distintos y han de ser así con un fundamento esencialmente biológico. Por otro lado, los constructivistas que adoptan una postura más cargada hacia lo cultural, de tal manera que la biología sólo es una base sobre la que hay que construir la masculinidad.

Desde esta postura se afirma que las formas culturales en que se percibe la “masculinidad” están generalmente relacionadas de forma directa con la experimentación del riesgo, entre otros componentes.

Esto hace que la masculinidad sea un factor predisponente para una serie de vulnerabilidades desde el punto de vista de la salud en general. Esta es la conclusión a la que se ha aproximado la OMS/OPS a partir de investigaciones, cuyos datos permiten suponer que conductas problemáticas en el ámbito sanitario, como violencia, riesgo de infección por el VIH, adicciones o paternidad precoz, están relacionadas con la masculinidad.

En general en América Latina y el Caribe, la carga de enfermedad para los hombres es 26% más alta que para las mujeres. La diferencia en relación a la morbilidad se asocia a la construcción social de la masculinidad: accidentes de tránsito, homicidios, lesiones y enfermedades cardiovasculares, a menudo relacionadas con el uso del alcohol, el estrés y los estilos de vida².

La masculinidad como categoría de género es asumida por la antropología recientemente³. Gutman se propone estudiar a las masculinidades como redes de significados distintos, donde el análisis de y sobre las masculinidades permite visualizar la diversidad de la categoría y habilita la desconstrucción del hombre hegemónico como construcción socio-cultural.

Los hombres actualmente se interrogan acerca de la legitimidad y la naturalidad de su masculinidad. Se genera para la subjetividad masculina un dilema complejo y estructurante en su construcción. Dicho dilema se expresa entre la búsqueda de una identidad propia y una suerte de sometimiento de los propios ejercicios de la sexualidad en una cultura masculina, donde el ser macho es lo que se privilegia, asumiéndose así una búsqueda de identificación con lo viril, con la potencia sexual - actividad como constructo opuesto a la femineidad – pasividad.

Es importante entonces, conceptualizar y diferenciar los conceptos de sexo y género que por mucho tiempo se utilizaron como sinónimos. Se le atribuye a la definición de sexo las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a mujeres y varones.

¹ Fuente: SAMHSA TIP 51: Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women, Series: Treatment Improvement Protocols (TIPs). U.S. Department Of Health And Human Services Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, USA, 2009.

² Rodrigo Aguirre, Pedro Güell, “Hacerse hombres” La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina)

³ Gutmann, M C, 1999. “Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad”, en Horizontes antropológicos. Num 10, año 5. Porto Alegre; en http://www.robertexto.com/archivo/varon_rel_genero.htm

El género es una categoría de análisis, una construcción social y cultural por la cual, cada sociedad en un momento histórico determinado define cualidades, capacidades, prohibiciones, prescripciones, derechos y obligaciones diferentes para mujeres y varones a partir de las diferencias biológicas entre los sexos. Cada sociedad configura una serie de atributos, roles y responsabilidades que implican diferencias en el acceso a los recursos, a la toma de decisiones y por lo tanto generan desigualdades sociales, económicas y políticas entre varones y mujeres.

Se asume un modo diferente del ser varón y del ser mujer desde el imaginario social, el cual se transmite de forma inconsciente y se despliega en la intersubjetividad, siendo las representaciones socioculturales constructoras de subjetividad. Desde lo cultural se definen comportamientos y conductas apropiados para los sexos, a modo de funciones y funcionamientos del ser mujer o varón; asignándose culturalmente un rol de género.

- El concepto de género permite visualizar y analizar las relaciones de poder, en tanto lógicas de jerarquías evidenciando las desigualdades. El género se construye en la subjetividad y en la interrelación, en las interdependencias construidas con el otro.

La identidad de género se asienta en las autopercepciones y se construye determinada por la cultura. Los ideales de género, en tanto comportamientos, conductas y expectativas de lo esperado y signado para lo femenino y masculino funcionan como organizadores intrapsíquicos.

3.1.2 Especificidades de género.

Los primeros estudios que conceptualizaron la perspectiva de género centraron su atención en las diferencias de poder y la asimetría que tienen los varones respecto de las mujeres, llevados por una necesidad social de comprender algunos de estos fenómenos. Es así que dicha perspectiva quedó de alguna manera atada a lo femenino.

En trabajos posteriores algunos autores afirman que muchos estudios sobre ciencias sociales se refieren al varón como si no tuviera género (Thompson y Pleck, 1995)⁴, desconociendo los atravesamientos que el proceso de construcción de la masculinidad tienen sobre su desarrollo.

La masculinidad conlleva una definición de subjetividad impuesta mediante mandatos que deben seguirse en los distintos ámbitos de la vida cotidiana y que se impone a jóvenes varones en el proceso de crecimiento "con la fuerza de lo natural y con la tensión del deber ser"⁵.

En la mayor parte de las sociedades occidentales los varones jóvenes y adultos como grupo tienen privilegios y ventajas sobre las mujeres jóvenes y adultas. Sin embargo el privilegio masculino no necesariamente afecta de la misma manera a todos ni da igualdad de ventajas a cada varón. Los privilegios se distribuyen de manera desigual según la posición socioeconómica y cultural; y está afectada además por preceptos religiosos, origen étnico, edad, la elección sexual, entre otros.

Hay que analizar además la relación entre los beneficios que da la masculinidad y los costos asociados a la necesidad de seguir sus mandatos. Varios autores están proponiendo no solo analizar las relaciones entre hombres y mujeres, sino también cómo interactúan los hombres con otros hombres y la dinámica de poder y violencia que a veces surge en tales interacciones. La virilidad generalmente conlleva una mezcla de privilegio y costos personales⁶.

⁴ Citado por Gary Barker en "Qué Ocorre con los Muchachos" Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes

⁵ Francisco Aguayo, Rodrigo Aguirre, Juan José Pérez, Manual para Monitores/Entrenadores "Escuela de Fútbol: Jugados por la salud"

⁶ Rodrigo Aguirre, Pedro Güell, "Hacerse hombres" La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina)

La masculinidad no es algo con lo que se nace, si no algo que se construye. Esa construcción insume a los varones jóvenes en proceso de "hacerse hombres" una energía significativa en pos de diferenciarse: de lo femenino, de lo infantil y de lo homosexual.

Como plantea Badinter, la identidad femenina es la identidad natural, tanto desde el punto de vista biológico como desde el primer hito de la socialización humana que es la relación madre hijo; relación que está cargada de aspectos propiamente femeninos. La evolución de lo masculino es verdaderamente la vía más difícil. Desde su concepción, el embrión masculino lucha para no ser femenino "Nacido de una mujer, mecido en el vientre femenino, el niño macho, al contrario de lo que le sucede a la hembra, se ve condenado a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida... Para hacer valer su condición masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual"⁷.

Badinter plantea el concepto de profemeneidad masculina, entendida como la construcción original de la identidad en relación con lo materno y que contrapone a la bisexualidad originaria de Freud, para explicar con ello el nacimiento de esa tendencia a la afirmación continua de lo masculino como vía para la afirmación sexual del varón. "Sólo si puede separarse sin problemas de la feminidad y de la "hembricidad" de su madre, el chico será capaz de desarrollar esa identidad de género... que denominamos masculinidad". Sólo entonces podrá ver a su madre, en tanto que objeto separado y heterosexual que podrá desear. No existe mejor modo de afirmar que la "masculinidad es secundaria y que se crea: puede verse en peligro ante una unión primera y profunda con la madre"⁸.

Una característica distintiva de la masculinidad que se repite en prácticamente todas las culturas a lo largo de la historia, es la necesidad de rituales que marquen para los varones el pasaje de la infancia o la adolescencia a la adultez. Parece ser que este es un punto neurálgico en la construcción y especialmente en la consolidación de la masculinidad.

El pasaje de la adolescencia a la adultez en los varones comparte en la mayor parte de las sociedades características comunes asociadas a una serie de ritos y ceremonias en las que de alguna manera se ponen a prueba las características que en cada sociedad se consideran representativas de lo masculino.

En términos generales podemos encontrar que la valentía, el arrojo, la tolerancia al dolor, la capacidad para producir o para proveer a su familia, la fortaleza física, psicológica y espiritual, son algunas de las características que parecen repetirse en la mayor parte de los ritos.

En muchas sociedades primitivas estos rituales están altamente reglados, se transmiten con las mismas características de generación en generación y comparten esta capacidad de medir de alguna forma las características de la masculinidad, pero en un ambiente controlado en el que los riesgos se asumen con un andamiaje de protección que garantiza el cuidado de la vida y de la integridad física dentro de unos márgenes aceptables para cada sociedad.

En nuestra sociedad la ausencia de rituales complejos y sistematizados⁹, hace que los jóvenes encuentren en su vida cotidiana espacios informales y poco reglados para ponerse a prueba. Estos espacios informales no ofrecen condiciones de seguridad, lo que hace que aumente significativamente la exposición al peligro de estos jóvenes en el proceso de ser hombres.

La trasgresión de las normas, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo, la violencia y el delito parecen ser algunos de los tópicos comunes en la ritualidad asociada a esta transición en las sociedades occidentales y especialmente en los países latinoamericanos y en los sectores más pobres, donde

⁷ Badinter, Elisabeth, "XY La identidad masculina". Alianza Editorial, Madrid 1993. (Pág. 51)

⁸ Badinter, Elisabeth, "XY La identidad masculina". Alianza Editorial, Madrid 1993 (Pág. 69)

⁹ Tal vez los únicos rituales formales de pasaje de adolescencia a adultez en las sociedades occidentales son los establecidos por algunas religiones que siguen una lógica de valores, pero no necesariamente representan una oportunidad de "poner a prueba" las características que representan a la masculinidad en estas sociedades

los varones jóvenes no acceden a espacios simbólicos de prueba como son por ejemplo los deportes en general y particularmente los deportes extremos; que proponen un ámbito de prueba y de adrenalina pero con los recaudos necesarios para mantener la seguridad.

3.1.3 Género, consumo de drogas y privación de libertad.

La perspectiva de género procura y permite la consideración de conductas, actitudes, acciones, modos de ser y estar en situaciones y circunstancias de manera diferente, lo cual no se considera en las decisiones judiciales y en la administración carcelaria nacional.

La superpoblación, el hacinamiento, el deterioro de los establecimientos, la vulneración de derechos y la dificultad de satisfacer las necesidades básicas – higiene, alimentación, atención médica, entre otras- es un grave problema de las cárceles para varones.

Se agudiza además en este contexto, la exaltación de los mandatos de la hombría en un micro mundo altamente masculinizado. En el Uruguay la totalidad de los cuidadores pertenecientes a la guardia interna y una mayoría significativa de todo el personal que tiene contacto con los VPL son varones, siendo la presencia femenina a la interna de los recintos un fenómeno absolutamente marginal. Esto hace que desde el lenguaje hasta la presentación personal, la vestimenta, los rituales asociados al poder y las relaciones en general estén teñidos de esta lógica altamente masculina.

Perfil sociodemográfico y delictivo de los VPL¹⁰

Según el último Censo de Reclusos realizado en diciembre de 2010, la gran mayoría de las personas privadas de libertad (PPL) en Uruguay son varones, alcanzando el 91,6 % a nivel nacional. De acuerdo al Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay, realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas en el año 2009, el perfil de los VPL presenta una edad promedio de 30 años, donde casi el 40% de la población es menor de 25, dónde un 92% no ha completado la educación media y solamente el 38% de los VPL contaban con empleo formal antes de su última detención. En términos generales, representan una población de alta vulnerabilidad social.

Respecto al entorno familiar cabe destacar:

- Sólo el 54% de los internos convivieron en su niñez en hogares con presencia de ambos padres. Casi uno de cada tres sólo con la madre.
- El 2% su niñez la vivió en un hogar de menores.
- Cuatro de cada diez internos declara que tienen familiares con antecedentes delictivos.
- El perfil educativo de ambos padres es similar o superior a lo observado en los detenidos. En ambos casos, cerca del 90% no ha completado Enseñanza Media.
- Sólo el 35% de los padres se encuentran insertos en el mercado de economía formal.
- Sin embargo, la gran mayoría de los detenidos mantienen sus vínculos familiares (86%), fundamentalmente con alguno de sus padres. El 30% mantiene vínculos con su pareja.

¹⁰ A continuación y hasta el final del capítulo se transcribe textual fragmentos del estudio Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay. Observatorio Uruguayo de Drogas – Octubre 2009

- Con respecto al perfil delictivo casi siete de cada diez reclusos declara haber delinquido con anterioridad a esta condena o proceso.
- Segmentado por tramo de edad, encontramos una relación inversa entre edad e historia delictiva: a menor edad, mayor porcentaje de historia delictiva, con o sin antecedentes judiciales. En contrapartida, las personas detenidas mayores de 25 años presentan tiempo de condena mayores que los más jóvenes poniendo de manifiesto entonces un diferente perfil delictivo según edad.
- En cuanto al tipo de condena, casi el 70% de los casos está relacionado con rapiñas, copamientos, arrebatos (53%) y Hurtos (14%). Estas causas son más frecuentes en la población menor de 25 años.

Consumo de Drogas.

La población carcelaria se caracteriza por altas tasas de consumo (experimentación y uso habitual) en las drogas principales (Marihuana, PBC, Cocaína) con edades muy tempranas de iniciación. Para la experimentación, también aquí influye el entorno social y familiar caracterizado por la alta disponibilidad de las sustancias, el mercado ilegal en torno a ellas y el consumo familiar. Sin embargo, los móviles (razones) para la primera experimentación no se diferencian de los que se presentan en otro tipo de población.

El 80% de la población carcelaria ha experimentado alguna vez con drogas ilegales¹¹. El perfil predominante es el policonsumo. En promedio, han probado entre dos y tres sustancias.

Las mayores prevalencias de vida las encontramos en Marihuana (74.1%), Cocaína (51.4%) y Pasta Base (46.3%). Se destaca también el uso alguna vez de alucinógenos que alcanza al 22% de los internos.

Las drogas de inicio cuya edad de inicio es más temprana (a excepción del alcohol) son los Inhalantes cuya edad de primera experimentación promedia los 13 años.

La Pasta Base es la droga con mayor promedio de edad de inicio aunque en este caso hay que considerar que esta sustancia aparece en nuestra sociedad, en forma incipiente primero, a finales del año 2002.

Los consumidores de Pasta base son en su mayoría de los casos policonsumidores (uso de cuatro sustancias en promedio), En el 70% de los casos ya habían experimentado con Cocaína y un 60% Inhalantes / Solventes antes de consumir PBC.

Asimismo, el 52% declara que está muy interesado en participar en programas de tratamiento dentro del centro penitenciario. Con datos expandidos, esto abarca a aproximadamente 490 reclusos.

Los datos desmitifican el concepto de que la reclusión genera el consumo de drogas. Apenas un 7% de los reclusos se iniciaron en el consumo en ese ámbito. Si genera cambios en los patrones de consumo y también en los cambios de sustancias debido a la distinta "disponibilidad" de las mismas.

Los resultados respecto a los consumidores indican que en el 61% de estos cometieron su primer delito después del inicio del consumo de alguna droga ilegal.

Desagregado por tipo de sustancia vemos que este porcentaje presenta diferencias importantes. El consumo

¹¹ La prevalencia de experimentación con alguna droga ilegal en nuestro país (población de 12 a 65 años) alcanza el 13.9%. Fuente: Observatorio Uruguayo de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas- Noviembre 2006

de Marihuana es previo a la historia delictiva en el 72% de los casos. El consumo de inhalantes y Cocaína están previos a la comisión del delito en mayor porcentaje que la PBC. Cabe consignar que la edad de inicio con esta sustancia es el más alto de las drogas indagadas en virtud de su relativa reciente aparición en el país.

La vulnerabilidad social como principal factor de riesgo de la población carcelaria.

Aproximadamente el 70% de la población carcelaria proviene de hogares y núcleos sociales caracterizados por la escasa o nula presencia de recursos, tanto materiales como humanos para su desempeño social. Un entorno familiar y social con alta presencia de conductas delictivas emergentes de la anomia social y dificultades para la inserción en el mercado de oportunidades son los principales factores explicativos para el inicio en la carrera delictiva para este porcentaje de internos. La temprana edad inicial en la carrera delictiva y el alto porcentaje de reincidentes refuerzan el concepto anteriormente expuesto.

Los riesgos de marginación son específicos de cada etapa del ciclo de vida. Un niño concebido en un marco de necesidades básicas insatisfechas o bajo la línea de pobreza tiene menos oportunidades que otros de tener acceso a recursos familiares, a redes comunales y a los beneficios que las sociedades otorgan a sus ciudadanos.

En la edad escolar, el riesgo mayor es la deserción del sistema educativo o un rezago significativo de los estudios. Siendo la educación y el trabajo las dos fuentes principales de roles para la integración a la vida pública, la falta de participación en el sistema educativo conlleva un riesgo creciente de marginalidad para adolescentes y jóvenes, riesgo que se agrava cuando se le suma la falta de participación en el mercado laboral.

3.1.4 ¿Por qué un tratamiento del uso problemático de drogas que contenga componentes específicos y diferenciales para varones?

Los usos problemáticos de drogas, revisten características bien diferentes entre mujeres y varones, realidad que no escapa a las Personas Privadas de Libertad, no sólo por sus motivaciones y expectativas de los efectos buscados, sino también por las modalidades y patrones de uso. Una de las respuestas posibles son los distintos énfasis en sus procesos de socialización temprana, en los que van observando e incorporando “modelos” de varón y mujer que tienen en su entorno.

Resulta claro que para la implementación de dispositivos sensibles a las cuestiones de género se deben generar Proyectos o Programas de características autónomas y es deseable que los mismos conlleven una Dirección propia y diferenciada. Esto no quiere decir que todos los programas sensibles a las tramas de género tengan que implementarse de manera separada de un “Conjunto de Dispositivos”, sino que aunque estén inmersos en programas para varones y mujeres en conjunto, sería esperable que existieran algunos componentes diferenciales y destinados exclusivamente a los varones.

3.2 Modelos teóricos explicativos

Paulatinamente las teorías explicativas en cuanto a la etiología del consumo problemático de drogas han ido evolucionando desde la consideración de un único factor interviniente en la etiología y desarrollo del consumo de drogas, hacia la consideración del carácter multifactorial del mismo.

Existen diversos modelos teóricos multidimensionales entre los cuales se destaca el Modelo biopsicosocial, el cual implica reconocer la naturaleza biológica, psicológica y social de las drogodependencias, confluyendo variables propias de la sustancia, del consumidor y del contexto social de la persona y la interacción entre los diferentes factores: droga - persona - medio.

Es en la consideración de estas tres dimensiones básicas que se logra acercar a una visión más específica de la realidad o de la situación en su singularidad.

Asociado al carácter multifactorial del consumo de drogas se considera relevante en la planificación y desarrollo de la intervención considerar aquellos factores favorecedores de un consumo de drogas –factores de riesgo- y de aquellos factores que minimizan esta posibilidad –factores de protección-.

Los factores se clasifican en:

Dinámicos: operan interactivamente en el transcurso de la vida; una intervención eficaz puede actuar sobre ellos potenciando aquellos factores protectores y minimizando aquellos factores de riesgo.

Complementarios: la presencia de un factor de riesgo o de protección no determina la implicación o no en la conducta problema sino que es la conjunción de estos factores lo que se considera determinante.

En concordancia con el modelo bio-psico-social, se considera el consumo problemático de drogas como fenómeno complejo, multicausal y en el que la interdisciplina se hace imprescindible como marco privilegiado de intervención. Se evita de esta manera reduccionismos epistemológicos que parcialicen el fenómeno y que obturen la complejidad inherente a los fenómenos humanos.

Desde un punto de vista dinámico se entiende que el consumo problemático de drogas se inscribe como síntoma emergente de una determinada configuración social, familiar e individual y evidencia un conflicto vincular que adopta características alienantes, de compleja resolución.

Es en el análisis del contexto donde se obtiene información de los factores que intervienen en la constitución de la subjetividad -en un sentido amplio sus formas de ser, pensar y estar-. Estos factores constitutivos de subjetividad en general no han sido problematizados y han sido actuados, configurando un determinado estado de situación, una determinada subjetividad. El tratamiento inaugura una nueva dimensión, habilita una resignificación de la historia vivida y promueve la emergencia de un sujeto capaz de construir una realidad alternativa.

3.2.1 Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente

Estos autores estudiaron en 1983 a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento y dejaron de usar sustancias psicoactivas, planteando que el cambio de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas, que describieron de la siguiente manera:

- a) Etapa precontemplativa. Los pacientes no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario.
- b) Etapa contemplativa. Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio, aún no han hecho nada objetivo al respecto. Estos pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica.
- c) Etapa de decisión y acción. En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, consultan solicitando ayuda. Las intervenciones terapéuticas surten un mayor efecto cuando se realizan en esta etapa.
- d) Etapa de mantención. El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.
- e) Etapa de recaída. Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de lo que se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

3.2.2 Redes sociales.

Otro concepto central es el de redes sociales, entendidas al decir de Sluzki, como un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Este proceso se considera como un sistema abierto, que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la

potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. La red social representa entonces la sumatoria de todas las relaciones que la persona considera significativas o lo son en la realidad. Esto define el nicho social del individuo que contribuye a su reconocimiento.

En este sentido se puede pensar la importancia que la red social cobra en una situación de crisis. En el caso concreto de la reclusión, la red se va deteriorando a medida que va pasando el tiempo. Esto se ve con mayor claridad en las PPL que llevan más tiempo en la situación de privación de libertad, donde se puede visualizar como los recursos sociales con los que contaban al inicio se hacen casi invisibles, reforzándose los vínculos intercarcelarios como una nueva red. Esta situación refuerza los temores relacionados con el fin de la condena y las posibilidades de ser liberados.

En la mayoría de las intervenciones, estos aspectos relacionados con el deterioro de las redes sociales extracarcelarias se hacen figura en la demanda. Comenzar a pensar en red ayuda a reconstruir la trama social dañada y permite elaborar miedos.

Sluzki y Ros Speck^{12 13}, plantean una serie de características que hacen al pensamiento tecnológico de las redes sociales y sobre las cuales se hace a continuación una síntesis:

- **Tamaño.** Se refiere al número de miembros. Parece ser que las redes de mediana dimensión, son más eficaces que las pequeñas o muy grandes. Las pequeñas son menos eficaces en las situaciones de larga duración, en donde los miembros tienden a eludir el contacto para evitar una sobrecarga. Los factores que modifican la dimensión de la red comprenden las migraciones o las emigraciones (que la reducen dramáticamente, cuando ellos no se incapacitan) y el paso del tiempo (la red social de las personas de edad se reducen por la incapacidad de renovarlas y por causa de los duelos).
- **Densidad.** Es la conexión entre los miembros de la red (mis amigos son también los amigos de mis amigos, mis parientes próximos con ellos, también son íntimos entre ellos). Un nivel de densidad mediana o moderada, aumenta la eficacia del grupo, puesto que permite el intercambio de impresiones. Una red de mayor densidad favorece entre los miembros un deseo de conformidad - en donde se ejerce presión sobre el individuo para que se adapte a las reglas del grupo - y si las desviaciones del individuo persisten, es amenazado con la expulsión, y por lo tanto se da una gran inercia y una menor eficacia. Por último, una red de baja densidad presenta una eficacia reducida, por la ausencia de un potencial de cambio.
- **Composición o distribución.** Es la proporción de miembros de la red distribuidos dentro de cada cuadrante y dentro de cada círculo. Las redes con una distribución muy localizada, son menos flexibles, menos eficaces y permiten menos opciones que las redes con una distribución difusa.
- **Dispersión.** Es la distancia geográfica entre los miembros, que reflejan evidentemente la red más sensible durante los cambios del individuo y afecta la rapidez o la eficacia de la respuesta durante las situaciones de crisis.
- **La homogeneidad o heterogeneidad.** Según la edad, el sexo, la cultura y el nivel socio-económico, con las ventajas y los inconvenientes que ellos representan en términos de identidad, reconocimiento de signos estresantes, activación y utilización.

¹² Ross Speck, Carolyn Attneave. Redes Familiares. Amorrortu. Bs As. 1974

¹³ Sluzki, Carlos E. La Red Social, Frontera de la Practica Sistémica. . Gedisa Barcelona 1996

4. Modelo de intervención

La propuesta procura la sistematización y organización de la asistencia para usuarios problemáticos de drogas (UPD) dentro del Sistema Penitenciario, en el marco y en concordancia con el Plan Nacional de Drogas que define políticas nacionales en la materia. Está orientada a mejorar la calidad de la atención, con parámetros de intervención definidos, con base en las buenas prácticas clínicas y en la satisfacción de los UPD privados de libertad (UPD -PL), incorporando la evaluación sistemática como un factor indispensable.

Se entiende a la atención de los UPD - PL, como un continuum, en el cual tienen cabida acciones de mínima complejidad dirigidas a usuarios con la menor gravedad de problemas derivados del consumo, hasta estrategias complejas por equipos de alta especialización para situaciones graves. Se procura adecuar la oferta sanitaria a las necesidades y particularidades que los UPD-PL presentan a fin de lograr su inclusión en los sistemas de atención en esta temática.

4.1 Ejes orientadores:

- ✦ Atención de las necesidades específicas de los varones privados de libertad desde un enfoque de género

Se buscará la implementación de un dispositivo que atienda los requerimientos y singularidades propios de ser varón en situación de privación de libertad.

Premisas Básicas:

- Escucha abierta y atenta de sus historias de vida, familia, redes de apoyo, conflictos familiares, abuso de drogas y enfermedades.
 - Atención a las posibles problemáticas vividas en sus procesos de socialización tempranos - maltrato, abuso psicológico, físico y sexual-
 - Diagnóstico y atención del estado de salud integral.
 - Indagar en sus motivaciones para el inicio y actual mantenimiento del abuso de drogas.
 - Investigar y atender los factores de riesgo asociados al abuso de drogas.
 - Crear un contexto apropiado para la apertura y el trabajo hacia la motivación para el cambio de las actitudes y conductas que empeoran sus condiciones de vida en el medio carcelario.
 - Las estrategias planteadas más adelante en la intervención propiamente dicha, estarán dirigidas a acompañarlos en el proceso de adquirir paulatinamente mayor conocimiento de sí mismos, sus dificultades y fortalezas, apuntando a un desarrollo personal más satisfactorio -según su deseo y posibilidades-, acompañando en el camino hacia la autonomía y el ejercicio de sus derechos.
 - Disponer de espacios necesarios para el contacto con la familia y la pareja.
- ✦ Atención de sus necesidades específicas a partir de un enfoque que integre aspectos bio-psico-sociales
 - Ante el conocimiento de su vulnerabilidad socio económica y cultural -inequidad de oportunidades-, brindar especial atención a la creación de nuevas redes de apoyo o hacia el fortalecimiento



de las ya existentes. Tener en cuenta la evidente discriminación e invisibilidad de esta población.

- Necesidad de atención de la comorbilidad psiquiátrica y su etiología.
- Contar con dispositivos preparados para atender la vulnerabilidad ante el contagio de ITS y el VIH.
- Preparación para la integración social. Capacitación y entrenamiento en competencias psicosociales y habilidades que le permitan encontrar "un lugar" al salir del centro penitenciario. Educación, empleo, alternativas de búsqueda de nuevas redes de contención que le permitan insertarse en la sociedad y gozar plenamente de sus derechos.

✦ Necesidad de Capacitación Permanente del Equipo de Trabajo

Capacitar a una persona es prepararla para poder desempeñarse con éxito en su puesto. La capacitación debe ser planificada, organizada y evaluable, debiendo realizarse en dos cortes:

1. Capacitación inicial, previa a la intervención.

2. Capacitación y formación continua.

1. Capacitación inicial previa a la intervención deberá incluir:

- Desarrollo y unificación de criterios conceptuales.
- Entrenamiento en las técnicas propuestas.
- Puesta a punto del estado de situación de la población objetivo y del sistema penitenciario.
- Capacitación en Leyes, Reglamentos y Ordenanzas relacionadas a la materia de la intervención.
- Capacitación en la aplicación de las herramientas de monitoreo y evaluación

2. Capacitación y formación continúa:

Es esencial tanto para el desarrollo de la intervención como para la evaluación de la misma, contar con un sistema de capacitación continua en el que se desarrollen los conceptos y fundamentos necesarios para llevarla adelante, pero también que integre la capacitación y entrenamiento necesarios para comprender profundamente el sistema de trabajo y el método de evaluación propuesto.

La dinámica de este tipo de intervenciones hace que la demanda de capacitación por parte de los técnicos sea permanente, en función de la naturaleza compleja del campo de trabajo en el que actúan. Relevar, entender, organizar y ejecutar esta demanda es la clave del éxito de la intervención y de la calidad de la producción de conocimiento de los equipos de trabajo.

✦ Espacio de Higiene del Rol Técnico

Los equipos de trabajo y las personas que realizan intervenciones en contextos tan complejos como la cárcel, están expuestos a un alto nivel de afectación negativa tanto profesional como personal, lo que repercute notablemente sobre la capacidad de producción del equipo y sobre la calidad de las relaciones que en él se establecen.

Lo masivo de la demanda en este tipo de intervenciones hace que los técnicos tiendan a correrse de sus roles llevados por el deseo legítimo de ayudar y asuman responsabilidades imposibles de cumplir en el largo plazo, lo que lleva inevitablemente a la frustración y el agotamiento.

Es frecuente además que se generen depositaciones en algunos miembros del equipo y en función de ello

prolifere desencuentros y conflictos que están más relacionadas con el impacto que el contexto tiene sobre los técnicos, que con las pautas de relacionamiento entre las personas que integran el equipo.

La primera protección y la más efectiva con la que cuentan los técnicos para minimizar el impacto de esta afectación negativa es la definición y el mantenimiento del Rol Profesional, que posibilita la disociación instrumental y la toma de distancia óptima y necesaria para que el trabajo sea efectivo.

Es necesario dedicar un espacio de trabajo para que el equipo pueda poner en palabras las dificultades, las anécdotas y los sentimientos que recogen en su trabajo cotidiano, con el fin de compartir, organizar y entender la experiencia, generando una mirada integral.

También será un espacio en el que el coordinador deberá leer la dinámica grupal y gestionar la comunicación y el relacionamiento del equipo.

✦ Sistema de registro: ¿qué registrar, dónde y para qué?

Se propone generar una base de datos al inicio de la intervención, donde se registre:

- a. Variables sobre perfil sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, convivencia previa al momento de la detención, situación ocupacional al momento de la detención)
- b. patrón de consumo de drogas actual y previo al tratamiento
- c. antecedentes familiares de consumo problemático de sustancias (alcohol y otras drogas)
- d. Información del tipo de tratamiento recibido previo a esta instancia (en caso de que lo hubiere)
- e. La condición de egreso del programa, en el caso de haber tenido un tratamiento previo.

Para el relevamiento de estos datos, se propone la Ficha de Relevamiento del Observatorio Uruguayo de Drogas adaptada a PPL. En la misma se encuentran todas las variables a relevar y una batería de preguntas relacionadas a expectativas de los PPL sobre la intervención terapéutica y al momento del egreso.

Aspectos a considerar referentes al registro de datos

Se debe prestar especial cuidado en la unificación de criterios por parte del equipo técnico en referencia al registro de los datos. En la instancia de capacitación previa al inicio de los dispositivos, se deberá realizar una lectura conjunta de cada una de las herramientas a utilizar durante la intervención, de forma de despejar cualquier duda sobre criterios en la aplicación de las mismas.

Debe tenerse presente que estas herramientas tienen como objetivo el acceso a información de forma constante, por lo que deben comprenderse como una herramienta al servicio de los propios técnicos.

4.2 Descripción general del modelo

Se trata de un modelo de atención a los UPD-PL que cuenta con dispositivos organizados según la especificidad de cada usuario.

La población general accede de manera voluntaria al sistema de atención y en todos los casos por intermedio del Dispositivo de Diagnóstico, configurándose en la puerta de entrada a la intervención. En este dispositivo se realiza un diagnóstico inicial que resultará en tres posibles situaciones clínicas, con su correspondiente dispositivo de intervención:



- a. Usuarios Problemáticos de Drogas (UPD)¹⁴. En esta categoría se incluirá a los usuarios cuya consulta sea principalmente acerca de sus problemas asociados al consumo de drogas. El usuario será derivado entonces al Dispositivo de Trabajo en Módulos.
- b. Usuarios con Patología Dual (PDG). En esta categoría se incluirá a los usuarios que además de presentar un consumo problemático de drogas, tengan co-morbilidad con patologías psiquiátricas. La patología dual es entonces la manifestación conjunta de dos cuadros psiquiátricos clínicos. El usuario será derivado al Dispositivo de Atención de VPL con Patología Dual.
- c. Usuarios en Episodio Agudo (CRISIS). En esta categoría se incluyen los usuarios que al momento de la consulta estén transitando una crisis y necesiten ser derivados a este Dispositivo de Atención.

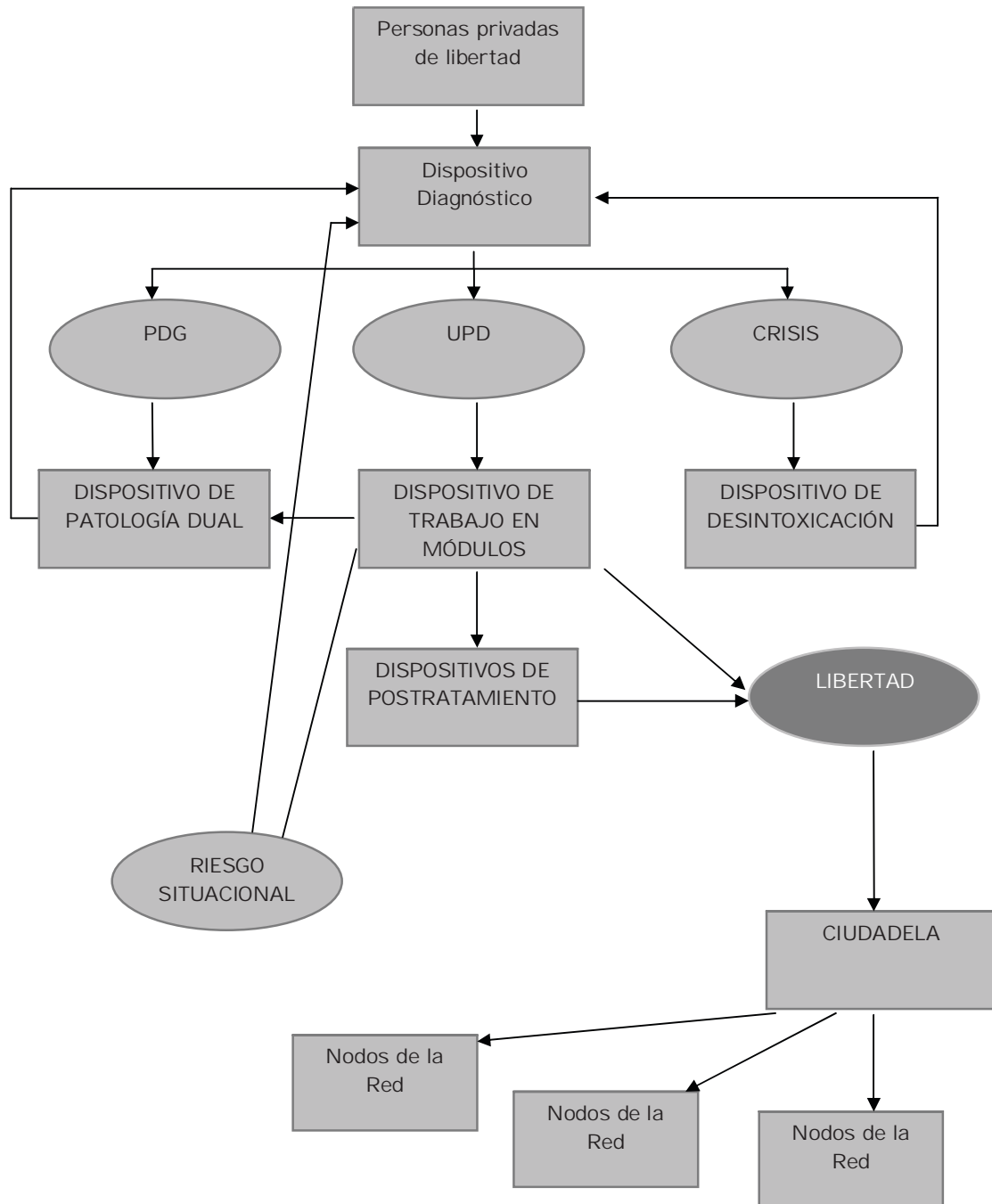
Se implementarán además dispositivos de postratamiento, siendo condición para el ingreso haber culminado el dispositivo de trabajo en Módulos o ser dado de alta del Dispositivo para Patología Dual.

La inserción social será un parámetro transversal de toda la intervención, reforzando o generando herramientas desde los ámbitos educativos y laborales.

La estrategia a utilizar se enmarca en el nuevo modelo de atención a la salud que posibilita mayores niveles de accesibilidad y pone el énfasis en lo promocional y preventivo, privilegiando los derechos y la participación ciudadana, donde lo comunitario, lo educativo y lo familiar así como las redes sociales, son espacios claves a fortalecer.

A continuación se muestra en el gráfico 1 el flujograma del modelo. En él los rectángulos corresponden a los dispositivos y los círculos corresponden a situaciones clínicas.

¹⁴ Lo que está entre paréntesis en estos tres puntos corresponde a su denominación en el esquema siguiente



4.3 Dispositivos

La preocupación del punto de vista de la salud colectiva vinculada al uso de sustancias psicoactivas refiere a los consumos problemáticos de las mismas y a su prevención. Se entiende por consumo problemático a aquel uso de drogas que afecta la salud del individuo, (bio-psico-social) con alteración de áreas vitales propias y/o del entorno.

La prevención de los consumos problemáticos de drogas, entendida en su forma más amplia, debe potenciar los factores protectores, minimizar los factores de riesgo y en general modificar las condiciones del entorno sociocultural promoviendo alternativas de vida saludable.

En lo concreto, asumir un enfoque socio-sanitario requiere trascender las fronteras disciplinarias e institucionales, como única forma de dar respuestas eficaces y eficientes a los usuarios.

El abordaje del consumo problemático de drogas desde esta perspectiva permite singularizar los recorridos que cada UPD-PL elige y admite en su proceso, un camino no lineal y realizado en parte, por los dispositivos existentes y los que habrán de crearse.

Se procura como parte de los objetivos de este plan de organización y sistematización analizar situaciones, identificar obstáculos y fortalezas que propicien, refuercen y contribuyan a:

- El diseño de modalidades de atención y tratamiento a UPD-PL, con criterios claros de asignación a los mismos, estableciendo condiciones de funcionamiento y recursos requeridos de los servicios asistenciales (ASSE).
- Facilitar el control por parte del organismo rector (MSP) y el análisis de la información relacionada con el uso de drogas de manera de realizar una evaluación adecuada de cada nivel de atención que mejore la calidad del servicio.
- Analizar los programas de capacitación continua destinados a los equipos técnicos que permitan mediante la actualización de conocimientos mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas.

La asistencia de UPD-PL en el marco del sistema penitenciario y en situación de privación de libertad requiere una estrategia flexible y adaptada a las condiciones propias del sistema y de cada establecimiento; así como a las particularidades de los usuarios.

La consideración del impacto de las políticas de drogas es una premisa ineludible en el marco del trabajo con personas privadas de libertad. Se entiende como base la crítica de los impactos perversos de las políticas de drogas y la evidencia científica en cuanto a la no reducción del consumo basado en la criminalización o en el privilegio de aspectos punitivos.

En este marco es que se diseña un dispositivo de abordaje que intenta responder a los lineamientos explicitados con anterioridad.

El Sistema de intervención consta de Dispositivos específicos que funcionan como un sistema abierto entre sí. Los UPD serán evaluados y comenzarán un proceso diagnóstico que definirá su tránsito por los diferentes dispositivos propuestos.

A continuación se desarrolla la descripción y el contenido de los siguientes Dispositivos:

- Dispositivo Diagnóstico
- Dispositivo de Trabajo en Módulos
- Dispositivo de Desintoxicación
- Dispositivo de Patología Dual
- Dispositivos de Post-tratamiento

4.3.1 Dispositivo diagnóstico.

Entrevista Inicial de aproximación diagnóstica

Debe ser realizada por un técnico integrante del equipo de salud mental – psicólogo o psiquiatra - esta entrevista busca identificar motivación para el tratamiento y descartar criterios de exclusión –patología psiquiátrica severa (Psicosis Crónicas y Retardo Mental); así como criterios excluyentes referidos a la seguridad del Establecimiento.

Se buscará una aproximación a:

- Diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias
- Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos asociados
- Posibilidad y pertinencia de su inclusión en dispositivos grupales

Esta primera aproximación diagnóstica se toma como insumo para la formulación de un plan de tratamiento individualizado y estructurado en función de las necesidades de los VPL a partir de un diagnóstico biopsicosocial.

4.3.2 Dispositivo de trabajo en módulos.

Se parte de la premisa, con apoyo en las experiencias antecedentes del trabajo en COMCAR y en los Centros para Mujeres, que el trabajo en módulos es pertinente en este tipo de intervención, en tanto aportan un criterio ordenador y sistemático para el abordaje del consumo problemático en personas privadas de libertad.

El Dispositivo de Trabajo en Módulos, tiene una doble función:

- Es un dispositivo de trabajo para los UPD-PL en el que se desarrollan habilidades y competencias necesarias para un cambio de estilo de vida en relación con su consumo de sustancias.
- Es una instancia de complementación y profundización del diagnóstico inicial, ya que permite la evaluación y el monitoreo de los usuarios a lo largo de un período de tiempo superior y con una mayor profundidad.

Además se entiende que esta metodología propicia un trabajo de planificación previa, monitoreo y evaluación de resultados, imprescindibles en este tipo de intervenciones.

Por otra parte, numerosas investigaciones demuestran que un segmento importante tanto de las Personas Privadas de Libertad como de los Usuarios Problemáticos de Drogas, presenta dificultades en el desarrollo de habilidades, cogniciones y emociones. Así, la finalidad de la propuesta es ejercitar estas competencias, que son imprescindibles para la vida social¹⁵.

Desde esta perspectiva se apunta a la adquisición de habilidades y hábitos de comunicación no violenta, de responsabilidad social, vincular y laboral, de motivación de logro personal; para lo cual se trabaja desde el condicionamiento operante para el aprendizaje de nuevos comportamientos y para el reforzamiento de las competencias sociales que ya existan en el repertorio conductual del UPD-PL. Se propone desde el reforzamiento positivo y moldeamiento dividir un comportamiento social complejo en pequeños pasos y reforzar a los UPD-PL por sus aproximaciones sucesivas a la mejora de su calidad de vida.

Se divide la intervención en módulos temáticos que se abordan desde las diferentes disciplinas según planificación específica. Se trabaja con planificación previa estableciendo la temática a trabajar en cada encuentro, considerando los emergentes propios del contexto singular.

El análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de esta propuesta, en un contexto marcado por las diferencias y características particulares de los diferentes establecimientos y la población objetivo, evidencia

¹⁵ Redondo, S. (2007). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide

que los módulos pueden ser desarrollados en su totalidad en los diferentes escenarios.

El trabajo en módulos temáticos supone una lógica secuencial, en tanto fueron diseñados, planificados y evaluados en este sentido; posibilitando el trabajo a partir de emergentes, habilitando su resignificación. El escenario "real" y de "urgencia" en muchas ocasiones requiere una adecuación por parte de los técnicos de la forma en como desarrollar los contenidos planificados dentro de los módulos. Se destaca en este sentido que es necesaria la capacidad de los técnicos de adaptar esa planificación previa y generar de la situación dada, el disparador hacia la reflexión y el trabajo con los contenidos que hacen a cada módulo, pero bajo circunstancias y contextos diferentes a los proyectados inicialmente. Esto significa que el concepto de "emergente" y el trabajo desde esta perspectiva, es en este tipo de intervenciones una variable casi constante a tener en cuenta en el trabajo diario.

Cabe diferenciar la conceptualización de emergente que se propone en el marco de esta forma de trabajo, de otra que pudiera comprenderse como "llegar y trabajar sobre lo que aconteció o acontece". Esta última no supone planificación, ni requiere necesariamente de un encuadre; el concepto de emergente válido en el marco de intervención propuesto sí supone una planificación previa de contenidos, sí supone un marco desde el cual encuadrar la intervención, y de hecho implica en los equipos técnicos un ejercicio teórico y práctico por hacer del emergente un disparador de trabajo en el marco de lograr elaborar los contenidos previstos.

Se destaca por tanto, la potencialidad de trabajo en módulos como "sistemas abiertos", tomando en cuenta la secuencialidad lógica de los contenidos, pero con la apertura necesaria en su implementación de acuerdo a las necesidades y especificidades de los espacios de aplicación; considerando también la competencia técnica en cuanto a la adaptabilidad requerida para el buen desempeño en este tipo de intervenciones.

La posibilidad de nivelación en habilidades sociales desde abordajes grupales; la consideración de la situación de stress propio del desarrollo de la cotidianidad de la vida en la cárcel y su tramitación en el grupo, y por último la situación propia de ser usuarios problemáticos de drogas, son variables que dificultan el diagnóstico en general y fundamentalmente de los aspectos psiquiátricos de comorbilidad.

Si bien el punto de partida de la intervención se encuentra en el diagnóstico situacional de cada uno de los VPL, resulta central el comprender el concepto de transversalidad en la implementación de los contenidos de los módulos en las distintas etapas de la intervención.

Dado que en la mayoría de los casos, la propia situación de estrés carcelario, sumado a un consumo problemático, actual o reciente de sustancias, dificultan un claro diagnóstico del UPD-PL incluso, encontrándose dificultades claras en cuanto a los parámetros temporales requeridos por las clasificaciones internacionales DSM IV y ICD10; el desarrollo de la instancia de trabajo en módulos, es pensada también como una instancia de confirmación diagnóstica en un periodo de seis meses.

Se constata desde la experiencia que una vez transitada la instancia de trabajo modular, la situación inicial de presunción diagnóstica permite ser re evaluada y considerada a partir de los datos clínicos obtenidos de la conceptualización de los módulos. El conjunto de estos indicadores, lleva a proponer la incorporación de los módulos desde una mirada integral, como componentes del diagnóstico situacional del VPL.

Se define entonces partir de una primera aproximación diagnóstica, la cual estará en una revisión constante tomando como insumo los resultados del proceso de cada VPL y de la consideración de la situación contextual en pro de la generación de las mejores propuestas terapéuticas de acuerdo a la singularidad que cada caso reviste, con el objetivo siempre presente de encontrar las mejores estrategias para el desarrollo de opciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los VPL.

Se destaca la relevancia de pensar desde lo transversal un abordaje de los contenidos y la potencialidad de los módulos operando como "ordenadores", como cortes analíticos necesarios a la hora de definir las acciones y conceptos a trabajar, no como etapas acabadas en sí mismas en tiempo y aplicación. En tanto los resultados esperados y los objetivos propuestos sean cumplidos, el trabajo en módulos asume la suficiente flexibilidad operativa que cualquier tipo de intervención en campo requiere, bajo las condiciones planteadas y con la población específica.

En síntesis, se considera la opción de trabajo en módulos temáticos como apropiada en esta población, perti-

nente su introducción como parte de la estrategia de diagnóstico y evaluación desde el diseño mismo de un modelo de intervención en forma integral y por tanto válida para replicar en centros penitenciarios.

Se deja planteada la hipótesis de que las personas que transitan por este trabajo en módulos pueden tener una mayor probabilidad de adhesión a los tratamientos propuestos. Se asume que en la medida en que se logre una participación activa, sostenida y sistemática en las diferentes instancias modulares, los VPL generarían una base de "motivación para el cambio" donde no la hubiera, y/o una ampliación de esta motivación en los casos en que se detectara la misma en una primera aproximación diagnóstica.

4.3.2.1 Contenidos y objetivos de los módulos.

Los módulos temáticos comprenden:

1. Conocimiento y reconocimiento;
2. Hábitos saludables;
3. Resolución de conflictos;
4. Manejo de emociones y su relación con el consumo de drogas;
5. Entorno y Redes;
6. Masculinidad

En cada módulo se describen una serie de conceptos mínimos a trabajar, los cuales están ordenados por semana con el fin de organizar la intervención. En Anexo 2 se sugieren algunos recursos técnicos para trabajar estos conceptos.

1. Conocimiento, reconocimiento y confianza

Se trabajará en la capacidad de reconocer al otro, el desarrollo de la empatía, el concepto de grupo, la habilidad para determinar las situaciones en las que se puede y se debe confiar en el otro, así como la capacidad de cuidado de sí. Además se deberá construir la confianza grupal necesaria para cimentar el trabajo de los demás módulos.

También se trabajará como temática central el Reconocimiento Intersubjetivo, que consideramos esencial en el proceso de diferenciación y separación, pero también en el de integración de las diferencias y particularidades entre las personas.

Es necesario comprender, explicitar y trabajar, la paradoja existente entre la necesidad de reconocimiento en relación a la independencia. Mientras que el proceso de discriminación fomentado por el reconocimiento interpersonal, es condición para la independencia, la necesidad de dicho reconocimiento me "ata" a los otros significativos. La verdadera independencia supone mantener la tensión esencial de estos impulsos contradictorios: tanto afirmarse a sí mismo, como reconocer al otro (sin que uno predomine sobre el otro).

Es un Módulo esencial en la dinámica posterior del grupo ya que permite el desarrollo de la capacidad de confiar, necesaria para el trabajo de las temáticas posteriores.

En este primer módulo se plantea el trabajo a partir de dinámicas de presentación, conocimiento, reconocimiento y confianza entre las mujeres y el equipo técnico.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:



Primera semana

Presentación del Dispositivo y de la Metodología.

Presentación Personal y de los Motivos que lo traen al Dispositivo.

Se trabajará por parte cada Técnico, con dinámicas y metodologías adecuadas a sus objetivos.

Presentación y acuerdo de compromiso de las normas básicas del encuadre.

Elaboración y firma del contrato de trabajo.

Segunda semana

Reconstrucción de la Historia de Vida

Introducción a la Historia de Consumo

Tercera semana

Concepto de Grupo

Confianza y Autoconfianza

Relación entre la Confianza y el Cuidado Personal

Identificación y Conocimiento de los Exámenes Médicos que se van a realizar como parte de la Intervención.

Cuarta semana

El Nombre Propio y el Apodo en relación a la identidad.

Necesidad de Reconocimiento

Construcción y definición del acuerdo de encuadre final (Construcción Colectiva)

2. Hábitos saludables

El hacinamiento, la falta de higiene, la violencia y destructividad presente en el ámbito carcelario caracterizan las condiciones de existencia de los VPL generando grados de subjetivación –formas de ser, pensar, estar y actuar- que en algunos casos se alejan notablemente de condiciones mínimas de salubridad y de dignidad humana.

Se considera que generar conductas de cuidado del ambiente físico asignado a la intervención impacta sobre la subjetividad de los VPL generando prospectivamente, conductas de autocuidado novedosas o alternativas a las condiciones de existencia dadas.

Se plantea como objetivos específicos:

a. Promover en los VPL acciones dirigidas al cuidado del espacio físico: limpiezas y mejoras; que garanticen condiciones de higiene y un ambiente adecuado para la implementación de la intervención.

b. Promover en los VPL acciones dirigidas al cuidado del espacio interpersonal mediante normativas que explicitan responsabilidades y promueven el diálogo y la comunicación de aspectos estrechamente vinculados a la cotidianidad compartida.

Desde este módulo se buscará la identificación, esclarecimiento y aprendizaje de hábitos saludables y estrategias de promoción en salud trabajando conceptualizaciones de factores de riesgo.

Se buscará proporcionar a los VPL los conocimientos acerca de su salud personal, que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno. Se enfatizará en identificar y utilizar los recursos existentes en el ámbito penitenciario para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.

Se apuntará al concepto y práctica del autocuidado vinculándolo al cuidado de la pareja, hijos, familia y pares.

Se trabaja sobre diferentes Tópicos: Alimentación, Higiene, Seguridad (factores de riesgo y de protección), Actividad y Ocio.

Alimentación: Concepto de Nutrición, alimentos adecuados para un correcto soporte nutricional.

Higiene: Hábitos higiénicos (vinculados estrechamente con factores de riesgo/de protección)

Seguridad: Distinguir entre Factores predisponentes para padecer enfermedades (riesgo de) y Factores de protección (aquellos que evitan el riesgo). Infecciones de transmisión sexual (ITS); "Mitos y realidades".

Actividad y Ocio: Conocimiento acerca de actividades recreativas, laborales, educativas. Énfasis de la importancia del conocimiento como herramienta de independencia personal versus ocio; distinguiendo éste de la (necesaria) esfera lúdica- recreativa.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana:

Higiene del Espacio en relación con la salud.

Detección de Necesidades para mantener el espacio de trabajo y de vivienda limpio (artículos de limpieza, sistema de implementación de las actividades de limpieza, organización, etc.)

Segunda semana:

Alimentación

Seguridad y Factores Predisponentes para padecer una enfermedad

Identificación y Conocimiento de la Medicación que consumen habitualmente y sus efectos.

Tercera semana:

Enfermedades Trasmisibles

Manejo del Estrés

Cuarta semana:

Desarrollo de actividades laborales y educativas

Actividades de recreación y tiempo libre

3. Resolución de conflictos.

Muchos VPL presentan dificultades en la solución de sus problemas interpersonales, por lo que una estrategia

de tratamiento especialmente aplicada ha sido la de "solución cognitiva de problemas interpersonales".

Este módulo incluye reconocimiento y definición de un problema, identificación de los propios sentimientos asociados al mismo, separación de hechos y opiniones, recogida de información sobre el problema y análisis de todas sus posibles soluciones, toma en consideración de las consecuencias de las distintas soluciones y, finalmente, adopción de la mejor solución y puesta en práctica de la misma.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana:

Concepto de Conflicto

Definición, reconocimiento e identificación de un problema. Conceptualización del problema.

Segunda semana:

Comunicación verbal y no verbal.

Pensamiento alternativo.

Tercera semana:

Pensamiento consecuente y toma de decisiones.

Asertividad. Empatía

Cuarta semana:

Identificación y Resolución de Conflictos Reales y Cotidianos

4. Manejo de emociones y su relación con el consumo de drogas.

Se parte de la premisa de la conexión entre las vivencias de tensión y la propensión a cometer ciertos delitos y consumir drogas. Se propone trabajar durante cuatro semanas, en espacios y encuadres planificados por cada área, los cuales tendrán una planificación específica y estarán pautados desde el concepto que los desbordes emocionales pueden jugar un papel destacado en la génesis del comportamiento violento y delictivo, así como en el consumo de drogas.

Se buscará en este modulo presentar a los VPL las habilidades necesarias para manejar las emociones, lo que incluye autorregistro de emociones y construcción de una jerarquía de situaciones en que las emociones se precipitan, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en afrontamiento y comunicación en el grupo; y práctica en la vida diaria.

Se asentará el trabajo desde el reforzamiento positivo y el moldeamiento, con clarificaciones y orientación, procurando la elaboración de estrategias personales para controlar los impulsos.

El mantenimiento de la conducta prosocial a largo plazo se promoverá mediante contratos conductuales que se explicitan con el VPL y son parte de su plan de tratamiento, así como las consecuencias de sus esfuerzos y logros.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo.

Primera semana:

Retomar la Historia de Consumo y su relación con la Historia de Trasgresión y Conflictos con la Ley.

Segunda semana:

Control de los Impulsos

Reconocimiento de señales corporales y psicológicas para el manejo de las emociones. Anticipación de situaciones de desborde emocional.

Estrategias Concretas de Control de Impulsos

Tercera semana:

Manejo de Dificultades relacionadas al cambio de Estilo de Vida. Desarrollo de nuevos roles, identificación de vulnerabilidad y factores de riesgo.

Planificación versus Inmediatez. Identificación de la mediatización como contracara de la impulsividad.

Cuarta semana:

Identificación y Resolución de Situaciones Reales y Cotidianas relacionadas con la temática del Módulo.

5. Entorno y redes

La propuesta de este módulo es trabajar el reconocimiento e identificación del consumo como vínculo adictivo del sujeto, su impacto en el entorno y redes.

Se apuntará a la identificación de fortalezas y debilidades del entorno y redes que favorecieron el consumo, para la posterior crítica, análisis y búsqueda de alternativas para la prevención de recaídas y la no repetición. Se trabajan conceptos de factores de riesgo y de protección, procurando la identificación y reforzamiento de los factores de protección.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana:

Concepto de Redes Sociales.

Distintas partes de la Red (familiar, referentes socio-afectivos social, trabajo con instituciones, entre otros).

Cómo utilizar el apoyo de la red en la vida cotidiana.

Segunda semana:

Elaboración de un Mapa de Redes.

Lectura de Fortalezas y Debilidades de ese mapa.



Tercera semana:

Opciones de Cambio para el mapa de cada usuario.

El grupo como parte de la Red.

Cuarta semana:

Estrategias de corto, mediano y largo plazo para mejorar las redes.

6. Masculinidad.

En el sexto módulo se trabajan aspectos relacionados con la masculinidad, el pasaje de la niñez a la adultez en los varones y la construcción de nuevos modelos identificatorios. Se trata de propiciar un encuentro en donde se aborde el conocimiento y cuidado del propio cuerpo, así como de ofrecer un ámbito para la discusión y el trabajo de temáticas sobre las que los varones no suelen hablar libremente.

Es necesario en este módulo desarrollar el concepto de "ser macho" y su relación con el riesgo, oponiéndolo a otros modelos de masculinidad.

Otro punto a desarrollar en este módulo es la sexualidad. En este punto se incluirá las diferencias entre varones y mujeres, los aspectos sociales y culturales que hacen a lo que se espera del ser mujer y el ser varón. Asimismo, se trabajarán contenidos que favorezcan la comprensión de factores que tienen que ver con la elección sexual, el goce sexual, desarrollo físico y emocional, la violencia y el abuso; así como la sexualidad en la prisión.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana:

Historia de vida desde la mirada específica del módulo.

En qué edad o desde cuándo se es hombre. Vivencias y recuerdos.

Rituales de pasaje de niño a hombre.

Recuerdos. Cosas preferidas y rechazadas. Diferencias entre hombres y mujeres, elección sexual, crecimiento caracteres secundarios, emociones. Desarrollo físico y emocional.

Segunda semana:

Sexualidad

Mitos

Diferencias entre Varones y Mujeres

Elección Sexual

Sexualidad -Ideas que tienen de lo que es sexo- Diferencias entre los conceptos de Sexo y Género

Tercera semana:

Violencia

Modelos Identificatorios

La Violencia en la Familia de Origen

Cuarta semana:

Generación de Ámbitos simbólicos y lúdicos de desarrollo de la masculinidad.

Implementación de juegos reglados de competencia de tipo:

- Físicos (Deportes individuales y de Equipos, dinámicas corporales referidas a la competencia)
- Intelectuales (Juegos de competencia donde no intervenga el componente físico)

Generación de un ámbito de discusión para trabajar los contenidos vividos en el trabajo del módulo.

Luego del trabajo en los módulos temáticos se destinará una semana al trabajo de evaluación, devolución y cierre del proceso.

4.3.2.2 Monitoreo del trabajo en Módulos temáticos.

Uno de los aspectos que debe considerarse como una etapa dentro del mismo proceso de trabajo en módulos, refiere a la evaluación de los mismos. El objetivo reside en evaluar desde la práctica la pertinencia de cada uno de los contenidos propuestos, o en caso contrario, a partir de la evidencia, lograr implementar las modificaciones y ajustes necesarios.

Se plantea una primera instancia de evaluación desde un enfoque cualitativo en las UPD-PL y en los integrantes del equipo técnico, que aporte información acerca de los contenidos que se pretendieron transmitir en cada uno de los seis módulos y los que fueron "efectivamente" transmitidos a los VPL.

Para esto se sugiere la realización por parte del coordinador responsable de:

- 1) Entrevistas semi dirigidas a las usuarias al finalizar cada uno de los módulos.

En esta instancia se deben relevar datos relativos a las principales dimensiones que hacen al contenido del módulo trabajado, de forma de evaluar, desde la percepción de las usuarias la integración de los conceptos y cumplimiento de los objetivos pautados.

- 2) Entrevistas semi dirigidas individuales a los técnicos del equipo.

En esta instancia se deberán relevar datos relativos a la puesta en práctica de los contenidos planificados; identificando dificultades encontradas y facilitadores de la intervención que pudieran ser incorporados en la planificación de la siguiente etapa.

Otra instancia de monitoreo, refiere al nivel de participación de los usuarios en cada una de las instancias modulares. Esto remite al necesario registro que el equipo técnico deberá realizar tanto en lo referente al número usuarios que participa en cada una de las instancias de trabajo, como en el registro de la continuidad que cada uno de los mismos logre en cada uno de los módulos. Es importante señalar que este registro debe realizarse desde la primera actividad, ya sea en instancias grupales o individuales, por los técnicos que lleven adelante la misma.

4.3.3 Dispositivo de atención en crisis

La atención de los usuarios problemáticos de drogas es un proceso duradero en el tiempo, en el que es posible identificar diversos modelos de intervención que se ajustan a las necesidades terapéuticas de los usuarios.

Existen situaciones donde la intervención en crisis constituye la respuesta oportuna y necesaria.

Intervención en crisis es aquella intervención que se realiza en una situación que requiere respuesta inmediata de un equipo técnico. Esta necesidad de respuesta inmediata puede estar condicionada por la agudeza de manifestaciones psíquicas, físicas y/o sociales. Dentro de la afectación psicofísica se incluyen los cuadros médicos (urgencias y emergencias) y cuadros psiquiátricos agudos derivados del consumo. Las situaciones de crisis familiar o del entorno, en ocasiones tienen características tales que sólo la intervención de un equipo capacitado en el tema logra generar condiciones para intervenciones efectivas.

Internación en crisis es una internación breve para usuarios que presentan cuadros graves, con potencial o inminente peligro para sí mismos y/o para los demás o que presentan complicaciones médicas o psiquiátricas que requieren de los recursos disponibles en un hospital general o especializado, así como las internaciones cuyo mayor aporte sea el alejamiento transitorio de un entorno muy conflictivo.

Los cuadros de intoxicación aguda y los síndromes de abstinencia graves, requieren de atención médica en forma inmediata. Dada la gravedad eventual del cuadro y lo específico de las intervenciones indicadas, se requiere que el personal de salud que trabaja en servicios penitenciarios esté capacitado para su atención. Cuando el componente predominante esté vinculado a un entorno conflictivo, la intervención debe realizarse por equipo interdisciplinario entrenado.

El término desintoxicación se define como el conjunto de medidas terapéuticas destinadas a prevenir y/o contrarrestar la aparición del síndrome de abstinencia frente al abandono del consumo de una determinada sustancia. Constituye la primera fase del tratamiento del trastorno por dependencia a una o más sustancias.

Se destacan algunas características relevantes de la desintoxicación:

- desintoxicación cuando existe dependencia física y riesgo de síndrome de abstinencia.
- las medidas terapéuticas siempre incluyen medidas farmacológicas tendientes a evitar o suprimir manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia.
- debe estar dirigida y supervisada por un equipo médico a cargo del tratamiento farmacológico y del control clínico de la UPD.

4.3.4 Dispositivo de Patología Dual

La red de atención a UPD debe presentar una especialización para los UPD con patología dual (coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de drogas), la cual también es necesaria para las PPL, especialmente los que presentan patología grave.

Estos usuarios tienen un incremento en la utilización de los servicios de emergencia hospitalarios, conductas violentas, comisión de actos que entran en conflicto con la ley por lo que presentan mayor dificultad para tener acceso a la red asistencial, lo que se ha llamado "el síndrome de la puerta equivocada". A estos los usuarios se le dificulta el ingreso a tratamiento al "chocar" con requisitos que los excluyen, tanto de la red de salud mental, como de los servicios especializados en el tratamiento de la dependencia de drogas.

En este sentido, y en concordancia con dar respuesta a la demanda y el tipo de usuarios con las características propias de las patologías duales, se propone el diseño de un dispositivo específico. El abordaje de esta patología en un dispositivo específico asume el tratamiento concomitante de ambos trastornos por el mismo equipo técnico, de esta manera se favorece la optimización de los recursos disponibles promoviendo la integración social del UPD.

El abordaje de la patología dual posiciona al sujeto en un lugar privilegiado desde donde se define y promueve una estrategia de tratamiento e inserción social que contempla y asume las características propias de la patología. En este sentido y desde el posicionamiento técnico el tratamiento se define con objetivos claros, planificados, pautados y secuenciados, lo cual brinda un encuadre contenedor para los técnicos y los usuarios en lo referente al manejo de las expectativas y las frustraciones que se generan en el tratamiento.

Un abordaje de estas características, donde usuarios y técnicos responden bajo un modelo claro y con sustento teórico, permite una continuidad del tratamiento.

Al ser un Dispositivo específico los UPD- PL sólo pueden ingresar, previa derivación de los Dispositivos Diagnósticos.

En lo referente al modelo de las intervenciones a desarrollar, los aspectos diferenciales más destacables del abordaje residencial en función de las distintas áreas de intervención son los siguientes:

- Psicológica:

Elaboración de un programa terapéutico individualizado que asegure la necesaria flexibilidad terapéutica para ajustarse a las necesidades del paciente dual, evitando confrontaciones con los demás usuarios.

- Sanitaria:

a.) elaboración de planes de cuidados de enfermería individualizados y protocolizados según tipología de patologías mentales.

b.) tratamientos psicofarmacológicos directamente supervisados y ajustados a las necesidades del curso evolutivo de la enfermedad, asegurando el cumplimiento y la evaluación de interacciones y efectos secundarios.

- Social:

a.) elaboración de un programa de incorporación personalizado, con especial énfasis en el logro de la coordinación con la red de atención para asegurar un adecuado grado de soporte social.

b.) elaboración de planes educativos personalizados que aseguren la cobertura de las necesidades del paciente dual, evitando situaciones conflictivas con el resto de los VPL.

4.3.5 Dispositivos de post – tratamiento

La posibilidad de acceder a los dispositivos de postratamiento deriva de haber culminado el dispositivo de trabajo en Módulos. En la situación de privación de libertad los factores de riesgo y variables asociadas a ellos son una constante por esto es que se hace imprescindible la implementación de instancias de trabajo que permitan la continuación de la estrategia terapéutica.

Al egreso del trabajo en módulos, el objetivo principal y el mayor desafío es mantener los parámetros alcanzados trabajando aspectos relacionados con la prevención de recaídas. Cabe consignar que es posible que la persona no presente una evolución favorable luego de su pasaje por el Dispositivo de Trabajo en Módulos, por la cual no estaría en condiciones de ingresar a los dispositivos postratamiento. Frente esta eventualidad, denominada "Riesgo Situacional" en el flujograma presentado, el VPL debería ser reevaluado en el dispositivo diagnóstico.

Se considera la implementación de dos dispositivos de post – tratamiento diferentes, dependiendo de las condiciones en que los usuarios egresen del Dispositivo de trabajo en Módulos.

a) Dispositivo de mantenimiento de Objetivos y Prevención de Recaídas

b) Dispositivo de Transición

a) Dispositivo de Mantenimiento de objetivos y prevención de recaídas

Se trata de un dispositivo que está diseñado para los usuarios que egresen del trabajo en módulos y que pueden

continuar allí su tratamiento dentro del sistema penitenciario tradicional. Se trata de un espacio de trabajo individual y grupal. Elaborando la aplicación de estas nuevas herramientas en la vida cotidiana de la prisión, con el objetivo de mediatizar los sentimientos de frustración que generan dichas dificultades y que son los que en general conspiran contra el mantenimiento de un estilo de vida saludable en el largo plazo.

Además tendrá como objetivo la preparación para el egreso y la planificación de opciones posibles para la reinserción social, laboral, curricular, entre otras, una vez que egrese de la Institución.

Para ello se propone tomar como referencia los siguientes puntos a trabajar:

- Integración familiar: fortalecimiento de los vínculos familiares.
- Integración laboral: desarrollo de hábitos laborales y de Competencias específicas para poder acceder al trabajo formal remunerado.

Se trabajará en las siguientes vertientes fundamentales:

- ♦ desarrollo de Habilidades Lingüísticas tradicionales.
- ♦ El desarrollo de las Competencias básicas para conseguir un trabajo y para el desempeño laboral posterior.
- ♦ El autoempleo, el teletrabajo y otras formas alternativas de conseguir un trabajo formal remunerado.
- ♦ El relacionamiento jerárquico en el trabajo.
- Relaciones interpersonales más allá de la familia y el trabajo: énfasis en las capacidades relacionales con sus iguales.
- Redes de apoyo social: acompañamiento en las diferentes Organizaciones Sociales que apoyan el proceso de inserción laboral.
- Ocupación del tiempo de ocio: Trabajar sobre el derecho de las personas a participar de actividades placenteras, aun cuando se encuentran privadas de libertad.
- Afectividad y estados emocionales: Desarrollar espacios terapéuticos especializados dirigidos al trabajo de las emociones, estrategias de prevención del pasaje al acto, para el manejo de la frustración.
- Estrategias de afrontamiento y autoeficacia: entender y analizar el deseo de consumo como un hecho habitual dentro del proceso de deshabitación. Proporcionar estrategias de afrontamiento ante el deseo de consumo.

b) Dispositivo de transición

Para los usuarios que egresen del trabajo en módulos pero que presenten dificultades visibles que pongan en riesgo sus posibilidades para reinsertarse en el sistema penitenciario tradicional y continuar desde allí con su tratamiento, se establecerá un dispositivo de trabajo personalizado que funcione como una transición entre la seguridad del tratamiento grupal y la independencia de la vuelta al sistema.

Funcionará en un período no mayor a los tres meses posteriores al egreso y se trabajará fundamentalmente mediante intervenciones individuales del área de Salud Mental del Dispositivo, en una intervención altamente reglada y tendiente a reforzar la independencia del Usuario, con el objetivo de habilitar su vuelta al sistema e inserción en el Dispositivo de Post – Tratamiento.

Durante el tránsito de cada Usuario por este dispositivo se evaluará la pertinencia de su participación en las actividades del Dispositivo de Mantenimiento de Objetivos y Prevención de Recaídas, de forma racional, progresiva y estratégica.

4.4 Orientación frente a la situación de libertad

El otorgamiento de la libertad implica la posibilidad de reconexión con sus redes sociales. El egreso del sistema penitenciario puede encontrar a la persona en distintos momentos de su proceso terapéutico. En relación al abordaje acerca de su consumo de drogas actual o pasado se considera necesario que la misma acceda a un servicio de orientación y derivación que permita dar continuidad al proceso iniciado en privación de libertad.

En este sentido se recomienda al equipo técnico asesorar al usuario a que, una vez en libertad concorra en un lapso breve al Centro de Asesoramiento y diagnóstico extramuros – ej: Proyecto Ciudadela-. En el mismo se brindará la orientación y derivación pertinente según la situación clínica.



5. Perfil del equipo técnico de intervención. Formación profesional, técnica y perfil de competencias

Competencias requeridas para el trabajo con poblaciones privadas de libertad y abordaje de consumo problemático de drogas.

Se identifica como un elemento central al momento de planificar y gestionar este tipo de intervenciones, la conformación de los equipos técnicos y en particular lo referente a las competencias personales necesarias para llevar adelante intervenciones con estas poblaciones específicas.

Se sugiere que, concomitantemente a la consideración y valoración del conocimiento, experiencia formal y experticia que posea cada técnico, se evalúen las competencias personales que deben ser consideradas especialmente al momento de la selección.

Todos los técnicos que participen de un proyecto de estas características deberán contar, independientemente de su especificidad profesional, con un grupo de características definidas como Competencias Genéricas y que son excluyentes.

Además de estas Competencias Genéricas, es necesario analizar las necesidades específicas que cada cargo plantea y que se denominan Competencias Específicas.

Las Competencias serán relevadas y definidas previamente y serán parte central del llamado, la selección y la gestión de los equipos de trabajo.

5.1 Características de personalidad requeridas para los técnicos:

Ante todo el técnico deberá ser emocionalmente estable y ejercer sobre sus impulsos un efectivo pero flexible control.

Tendrán un nivel medio de afabilidad, entendida como la capacidad para establecer vínculos de empatía reconociendo correctamente las necesidades de los demás actores, pero sin perder de vista la globalidad de la situación y las necesidades institucionales.

Deberán lograr seguir las directivas impartidas por sus coordinadores o establecidas en la letra del proyecto, pero sin perder por ello la habilidad para criticar constructivamente la realidad sobre la que deben intervenir y proponer opciones novedosas y efectivas. En este sentido deberán presentar además un equilibrio entre su capacidad para ajustarse a las normas establecidas y su habilidad para actuar con autonomía cuando las situaciones de campo lo ameriten.

Se deberá evaluar además su capacidad para soportar la presión externa y su tolerancia a la frustración, siendo de vital importancia que el caudal de estos dos indicadores sea elevado.

Se valorará que posea un nivel de inteligencia académica medio alto o alto con un tipo de pensamiento abstracto, ya que deberá resolver los problemas complejos en los que tendrá que tomar en cuenta variables múltiples y muchas veces contradictorias. También se espera que tenga un caudal superior de inteligencia social y que sea relacionalmente astuto.

Es requisito fundamental que logre realizar un manejo creativo y adecuado de sus aspectos internos angustiantes y que pueda disociarse instrumentalmente de sus sentimientos. En este sentido deberá ser capaz de lograr no solo que sus valores, experiencias personales y conocimientos no sean un obstáculo para entender realidades diferentes a las propias, sino que las mismas se conviertan en una herramienta apropiada para tal fin.

Del mismo modo, la capacidad para construir confianza en el devenir de la intervención tanto con los UPD-PL

como al interior de los equipos de trabajo se considera - en tanto capacidad para brindarla y generarla- como un elemento central del perfil propuesto.

5.2 Rol del Coordinador de Equipos.

Es necesario definir la figura de un coordinador que tenga un lugar diferencial de los técnicos de campo y que sea responsable de gestionar el funcionamiento, la comunicación, el relacionamiento y la producción del equipo.

Será el responsable de desarrollar sistemas de motivación adecuados para cada uno de los miembros del equipo y para los diferentes momentos de la intervención.

Coordinará los esfuerzos de cada uno para alcanzar objetivos comunes, aunque no necesariamente ocupará el lugar de líder. Debe ser ante todo capaz de delegar, movilizar al equipo en el sentido propuesto y de propiciar la toma de decisiones.

Permitirá que el equipo se concentre en la tarea, a la vez que deja aflorar la creatividad individual y grupal.

Es necesario que gestione la información, institucional e interinstitucional para evitar malos entendidos en la comunicación entre el equipo y las organizaciones con las que interactúa.

El coordinador será un guía en el proceso grupal y su función es la de organizar desde un lugar más racional el acontecer afectivo que la intervención deja sobre cada uno de los integrantes del equipo y sobre el equipo en sí.

5.3 Rol del coordinador del espacio de trabajo grupal en el Dispositivo de trabajo en módulos

Los espacios de trabajo y los dispositivos en los que cada Técnico desarrolla y trabaja los contenidos propuestos para cada módulo son móviles y deberán planificarse y ponerse en práctica en relación a las necesidades relevadas en el Diagnóstico Situacional previo a la intervención.

Sin embargo deberá funcionar un dispositivo de trabajo grupal que sea estable y de frecuencia semanal, que funcione como un espacio de referencia, que integre los contenidos trabajados por los usuarios en otros dispositivos, dándole continuidad y coherencia.

Este dispositivo estará coordinado por un integrante del área de Salud Mental del equipo y co – coordinado por otro integrante que deberá elegirse estratégicamente, tomando en cuenta la necesidad específica del grupo de UPD en particular y las características del coordinador. Es así que la elección del co – coordinador se hará tomando en cuenta como variable fundamental la afinidad y la compatibilidad personal y profesional con el coordinador.

El rol del coordinador de este espacio grupal será fundamentalmente el de recibir los emergentes que se imponen desde la experiencia cotidiana de situación de privación de libertad y poder leerlos, interpretarlos, devolverlos al grupo tamizados por las temáticas programadas en la planificación temática del módulo.

Además deberá recibir y trabajar grupalmente los contenidos, conceptos y vivencias que los UPD-PL trabajaron en los demás dispositivos. De esta forma el espacio grupal funcionará además como un integrador de la experiencia de la semana, potenciando el efecto terapéutico de los demás dispositivos.

¹⁶ Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) Guía breve de psicoterapia de grupo. Ed. Paidós, Barcelona, citado en GENCHI-CONACE Manual para la Implementación del Tratamiento de Bajo Umbral Grupal

El coordinador tendrá una actitud abierta y enfocada a la lectura de la realidad desde la perspectiva de la temática propuesta para cada etapa del proceso. Realizará sus intervenciones sin juicios ni prejuicios, priorizando una lectura clínica de las situaciones propuestas.

Por último evaluará de manera continua, al final de cada Módulo y al finalizar la intervención; el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Algunos de los principios que facilitan el trabajo en grupo han sido descritos por Vinogradov y Yalom¹⁶:

- 1) **Mantenimiento de un ambiente seguro:** El coordinador dará seguridad a los UPD-PL que no sólo se respetará su integridad física, sino que el grupo será un entorno emocionalmente seguro para que ellos muestren sus emociones y pensamientos. El coordinador debe acordar con los integrantes del grupo un acuerdo de confidencialidad de las sesiones.
- 2) **El coordinador actúa como un historiador del grupo:** Esto significa que facilitará que los usuarios integren la sesión actual con las anteriores, y se relacionen comentarios anteriores de los usuarios con descubrimientos actuales.
- 3) **El coordinador ayuda a los usuarios a permanecer en el "aquí y el ahora",** el coordinador facilita a centrar sus comentarios en su situación actual.

Para ello se definen a continuación algunas herramientas que facilitarán esta tarea:

Preguntas Abiertas: apuntan a la reflexión y promueven respuestas diferentes y desarrolladas, generando discusión y debate.

Devolver la respuesta al grupo: El coordinador no centralizará la respuesta de los temas protagonistas en cada etapa, si no que devolverá permanentemente al grupo la responsabilidad de desarrollar dicha temática.

Escucha clínica: Escuchar sin prejuicios y sin realizar en ningún caso juicios de valor que cierren el campo.

Técnicas corporales: Ante la dificultad de elaborar algunos contenidos desde la palabra, las técnicas corporales y lúdicas son una opción válida.

5.4 Rol del referente – facilitador (Rf) en el tratamiento del uso problemático.

Se ha observado que en el trabajo en dispositivos grupales con UPD-PL, muchas veces se corre el riesgo de perder de vista las necesidades y particularidades individuales de los usuarios. Es por ello que se propone que a lo largo del tratamiento cada técnico del equipo tenga referencia individual sobre algunos de los usuarios, de manera de seguir individualmente el recorrido de ellos por los dispositivos..

La figura del Referente – Facilitador, además de aportar al equipo de trabajo la información de sus referidos y aportando eficiencia en los procesos que lo involucran, funciona también facilitando la comunicación entre los usuarios y el equipo técnico.

¹⁶ Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) Guía breve de psicoterapia de grupo. Ed. Paidós, Barcelona, citado en GENCHI-CONACE Manual para la Implementación del Tratamiento de Bajo Umbral Grupal

Se propone una metodología y encuadre de trabajo que habilite y busque la coordinación entre los técnicos clínicos y los referentes institucionales

Se incluye la figura del Referente- facilitador (Rf) desde un encuadre de atención móvil, formando parte de un abordaje integral imprescindible vinculado a la inserción socio-educativa y/o laboral de usuarios en tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Las funciones del referente facilitador: aspectos conceptuales

El objetivo es aumentar la autonomía del usuario respecto a sus pragmatismos sociales. El Rf proporciona herramientas en el "Aquí y Ahora" que permiten un adecuado afrontamiento de aquellas situaciones difíciles, a través de un análisis de cuáles son las necesidades y cuáles son los recursos personales y sociales del entorno que se pueden movilizar.

El logro de los objetivos propuestos pasa por la adquisición y/o mejora de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades, en especial en aquellas situaciones donde se desea promover cambios en las conductas del sujeto. Es fundamental y así debe plantear para la estrategia, que quien será "objeto" de la intervención se constituya en sujeto de la misma.

Se hace necesario en el proceso de construcción de la demanda, el cual es permanente, hacer alianza con esa parte del sujeto que apuesta al cambio, que es de sentido progrediente. No obstante, es necesario reconocer que hay otra parte que se aferra al pasado y funciona como resistencia al cambio, muchas veces camuflada y otras explicitada. Se considera que el hecho de explicitar ese pasado, problematizarlo y cuestionarlo, permite despejar fantasmas y promueve un mayor acercamiento en el vínculo, ya que el UPD confía una parte significativa de su historia en el técnico.

El hecho de reconocer y respetar las fortalezas y potencialidades del UPD, devolverle una imagen de sí no estigmatizada y evidenciar que no resulta indiferente, permite que se afiance el vínculo y se operativice la tarea en tanto se lo habilita a la creación desde el desarrollo de sus propias capacidades.

En la práctica.

La elección del Rf debe realizarse sobre la base de las necesidades específicas del UPD que será su referido. Es así que se prestará especial atención para la elección, a la especificidad técnica, a las características de personalidad, a la compatibilidad y a la empatía natural que se ha establecido entre el técnico y el futuro referido.

Es preciso que se realicen por parte del Rf aportes específicos al vínculo, para lo cual es conveniente mantener un contacto empático manifiesto. El Rf debe presentarse y actuar como persona real, estimulando las capacidades del UPD.

Se consideran recursos técnicos¹⁷:

1. Contener a la UPD: La contención es la primera y fundamental función del Rf.
2. Ofrecerse como modelo referente: Es un posible modelo de identificación, que le brinda al UPD la posibilidad de generar un vínculo distinto de aquellos que sostiene con regularidad, generando una ruptura en sus modelos estereotipados de vinculación.

¹⁷ Esta lista esta modificada a partir de los contenidos del texto: Susana Kuras y Silvia Resniky. Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica. Ed. Trieb. Bs. As. 1985. pp. 27-30

3. Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa: Tratará de percibir las capacidades manifiestas y latentes del UPD para poder realizar una selección y jerarquización de las mismas.
4. La Confirmación, como herramienta permite mostrar el acuerdo con las interpretaciones propias del UPD, lo cual aporta a fortalecer la confianza en sus propios recursos, aumentando la autoestima y tendiendo a favorecer conductas.
5. El Informar, permite aumentar el nivel de registro del UPD, acercarlo a la idea de que queda por aprender y que ella puede.
6. La Clarificación, consiste en resumir de forma sintetizada y comprensible aquello que uno cree necesario de lo que el UPD verbaliza.
7. El Esclarecimiento, se busca habilitar la visualización de algo que sabe de sí mismo pero que no percibe.



6. Bibliografía

- Aguayo, Francisco, Aguirre, Rodrigo, Pérez Juan José. Escuela de Fútbol: Jugados por la salud Manual para Monitores/Entrenadores . Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria. Organización Panamericana de la Salud ©2006.
- Allegue, R; Carril. Et al. "El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico". En: de Souza, L. Guerrero, L. Muniz, A. (Comp.) Femenino – Masculino. Perspectivas teórico clínicas. Montevideo, ed psicolibros/ Facultad de psicología. 2000
- Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Santiago, Chile, 2009.
- Badinter, Elisabeth, "XY La identidad masculina". Alianza Editorial, Madrid 1993
- Best Start: Ontario's Maternal, New Born, and Early Child Development Resource Centre. Supporting change: Preventing and Addressing Alcohol Use in Pregnancy. Disponible en: http://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/participant_hndbk_june05.pdf
- Bleichmar, E. Dio, El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid, Adotraf 1997.
- Carril, E. " De cuando las mujeres se quejan, los varones se enferman y l@s terapeutas no escuchamos. En. Revista de psicoterapia psicoanalítica " Masculinidades" . T VI. N° 3. Trilce, Montevideo, 2003
- Caviness C, Hatgis C, Anderson BJ, Rosengard C, Kiene S, Friedmann P et al. Three Brief Alcohol Screens for Detecting Hazardous Drinking in Incarcerated Women. J. Stud. Alcohol Drugs 2009; 70: 50-54.
- Center for Substance Abuse Treatment. Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 7. DHHS Publication No. (SMA) 94B2076. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994.
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.
- Citado por Gary Barker en "Qué Ocurre con los Muchachos" Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes
- Delgado S. Delincuencia y Drogas. En: Delgado S, Torrecilla JM. Medicina Legal en Drogodependencias. Madrid, Ed. Harcourt, 2001: 415-464.
- Dolan K, Merghati E, Brentari C, Stevens A. (2007) Prisons and Drugs: A global review of incarceration, drug use and drug services. The Beckley Foundation Drug Policy Programme 2007.
- Finkelstein N. Treatment programming for alcohol and drug-dependent women. International Journal of the Addictions 1993; 28: 1275-1309.
- Francisco Aguayo, Rodrigo Aguirre, Juan José Pérez, Manual para Monitores/Entrenadores "Escuela de Fútbol: Jugados por la salud".
- Gutmann, M C, 1999. "Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad", en Horizontes antropológicos. Num 10, año 5. Porto Alegre; en http://www.robertexto.com/archivo/varon_rel_genero.htm

- International Network of Drug Dependence and Rehabilitation Resource Centres. Drug Dependence Treatment: Interventions for Drugs Users in Prison. United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.
- Junta Nacional de Drogas- Observatorio Uruguayo de Drogas. Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay. Año 2009.
- Junta Nacional de Drogas- Observatorio Uruguayo de Drogas. Facultad de Psicología (UdelaR). Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centro Penitenciario Femenino "Cabildo".
- Laplanche, J. Nuevos Fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria. A.E., Buenos Aires, 1989.
- Maggia B, Martin S, Crouzet C, Richard P, Wagner P, Balmès JL et al. Variation in AUDIT (Alcohol Used Disorder Identification Test) scores within the first weeks of imprisonment. Alcohol & Alcoholism 2004; 39: 247-250.
- Meras D, Winterfield L, Hunsaker J, Moore G, White R. Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge. Urban Institute. Justice Police Center. Washington DC, 2002.
- Observatorio Uruguayo de Drogas. Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay. Octubre 2009.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Naciones Unidas, Nueva York 2005.
- Olivera G. Breve aproximación a la perspectiva de género y drogas. Particularidades de los consumos de las mujeres en Uruguay. Curso on line 2008 "Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas". Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- Onorboñe J. y Silvosa G. Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006. Ministerio de Salud y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España.
- Rodrigo Aguirre, Pedro Güell, "Hacerse hombres" La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina)
- Ross Speck, Carolyn Attneave. Redes Familiares. Amorrortu. Bs As. 1974.
- Sluzki, Carlos E. La Red Social, Frontera de la Practica Sistémica. . Gedisa Barcelona 1996.
- United Nations Office on Drugs and Crime. Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment. United Nations. New York, 2008.
- United Nations Office on Drugs and Crime. Module for Prison Intervention: South Asia Preventing Drug Use and HIV Among Incarcerated Substance Users Regional Office for South Asia, 2007
- United Nations Office on Drugs and Crime. Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2009.
- UNODC/UNAIDS/WHO. Advocacy Strategy. Removing barriers to scale-up of HIV/AIDS. Prevention and care programmes for injecting drug users and oral opioid users in South Asia. Regional Office for South Asia, 2011.

- Vegue M, Álvaro E, Sternberg F. Evaluación de los problemas relacionados con el uso de alcohol en un grupo de reclusos de Madrid. Rev Esp Sanid Penit 2004; 6: 40-46.
- Williamson, B. (2004) Políticas y programas de rehabilitación y reinserción de reclusos: Experiencia comparada y propuestas para Chile. Fundación Paz Ciudadana, Santiago.

Webgrafía

- Burin, M. "Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables". 2008 www.quno.org
<http://www.mujeresnet.info/2008/06/gnero-y-psicoanlisis-subjetividades.html>.
- Luengo, A. ; Romero, E. ; Gómez-Fraguela, J.A. y Villar, P. "Análisis de Factores de Prevención de Recaidas y Evaluación de los Tratamientos de Drogodependencias"; Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela. <http://www.proyctohombre.es/archivos/29.pdf>



7. Anexos

Anexo 1

Técnicas de Trabajo para las temáticas de los módulos

Se considera pertinente el uso de técnicas aplicadas al trabajo con grupos, aludiendo a herramientas que habiliten y faciliten desde la participación grupal el trabajo de los contenidos contemplados y planificados para cada modulo.

Se debe diferenciar entre técnicas para el trabajo con grupos y técnicas participativas o de dinámicas de grupo. Las dinámicas de grupo se utilizan como técnicas cuando se define claramente el objetivo, es decir, se utiliza para hacer visibles los procesos que se viven en el grupo. Las técnicas de dinámicas buscan que el grupo se conozca mejor, aumente su capacidad de resolver, analizar y aprender, facilitando la consolidación hacia un grupo maduro y productivo.

No hay una técnica que pueda aplicarse siempre y en cualquier circunstancia, debe ser pensada y definida en torno a las necesidades y características del grupo y coordinador. Es importante a la hora de definir una técnica considerar:

- Los objetivos que se quieran conseguir.
- La cantidad de participantes
- Ambiente físico.
- Características de los participantes
- Características y competencias del coordinador del grupo

Las dinámicas grupales pueden dividirse en:

- Técnicas de Presentación
- Técnicas divisorias
- Juegos de desinhibición "Rompehielos"
- Técnicas para el conocimiento
- Técnicas para fomentar la participación
- Técnicas de planificación
- Técnicas de organización

Un concepto fundamental a tener en cuenta al aplicar técnicas corporales o participativas es el de Caldeamiento. Es un conjunto de procedimientos que intervienen en la preparación de la persona para que se encuentre en condiciones óptimas para la acción.



Distinguimos dos tipos de Caldeamiento: Inespecífico y Específico.

A) Caldeamiento Inespecífico:

Son un conjunto de procedimientos destinados a centralizar la atención de las participantes, disminuir los estados de tensión y facilitar la interacción. Corresponde al primer período del taller, encuentro o sesión y es previo a toda acción.

Se inicia con la presentación de la actividad y de las personas participantes (si no se conocen) y se continúan con los comentarios que surgen en este primer momento.

El Caldeamiento Inespecífico puede ser verbal y/o corporal y las temáticas no necesariamente son las centrales del taller ya que su función es meramente preparatoria.

B) Caldeamiento Específico:

Es el que se realiza los emergentes del grupo con quienes se llevará adelante la técnica corporal (puede ser todo el grupo o una parte de él).

Son un conjunto de procedimientos destinados a la preparación del grupo para que se encuentre en las mejores condiciones para desarrollar la acción y está relacionado con la temática central del taller, sesión o encuentro.

Se realiza un Caldeamiento Específico por cada rol que se desarrollará en la acción. En algunas dramatizaciones puede ser necesario invertir los roles y será necesario un nuevo Caldeamiento para ese nuevo rol.

Las técnicas concretas son múltiples y de fácil acceso bibliográfico. Cabe resaltar una vez más que se deben elegir de acuerdo a las características y principios antes mencionados.

Anexo 2

Historia de vida

Se propone para el registro y el mejor manejo de la información la implementación del formulario de Historia de Vida que se adjunta a continuación.

Es importante consignar el carácter confidencial de la información que en él se vierte, por lo que se recomienda que para compartir el formulario por medios de de baja seguridad como internet, se utilicen métodos de identificación seguros de los UPD, como por ejemplo mediante un autogenerado que incluya la primera letra del segundo nombre, la primera letra del primer nombre, la primera letra del segundo apellido y la primera letra del primer apellido.

Apellidos	Nombres	Apodo (en caso de tenerlo)								
Fecha de nacimiento	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>									
Cédula de identidad.	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">N°</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>		N°							
N°										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> </tr> </table>		Si			No					
	Si									
	No									
Departamento										
Fecha de procesamiento	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>									
Situación procesal.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Procesado</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Penado</td> <td></td> </tr> </table>		Procesado		Penado					
Procesado										
Penado										
Tiempo de reclusión /causa.										



En caso de tener salidas:

No

Si

Laborales

Domiciliarias

Especiales

Datos sobre acceso a beneficios sociales

Trayectorias Institucionales (vinculación con Organizaciones /Instituciones):

HISTORIA FAMILIAR

Composición de la familia de origen.

Padre

Madre

Número de hermanos.

Padre o adulto sustituto del rol. (Señale la causa de sustitución del rol. Si tiene padre no contestar)

Edad actual

Ocupación

Enfermedades y/o consumo:

Breve descripción de su relacionamiento actual .

Madre o adulto sustituto del rol. Causa de sustitución del rol. Si tiene madre no contestar.	
Edad actual	Ocupación
Enfermedades y/o consumo:	
Breve descripción de su relacionamiento actual .	

Hermano	
Edad actual	Ocupación
Enfermedades y/o consumo:	
Breve descripción de su relacionamiento actual .	

NÚCLEO FAMILIAR ACTUAL.		
Pareja	Edad	Ocupación
Hijo	Edad	Ocupación
Hijo	Edad	Ocupación
Hijo	Edad	Ocupación
Otros:		





EDUCACIÓN
¿Cuál fue su último año de educación aprobado?
¿Cuál fue el motivo de abandono de sus estudios?
Otros cursos

OCUPACIONAL
¿Trabajó alguna vez?

HISTORIA DE CONSUMO



APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA POR ÁREAS:

Area medica.

Incluye paraclínicas y enfermedades prevalentes.

Eje 3 de DSM IV / CIE 10.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA POR ÁREAS:

Área psicológica.

Incluye: - aprox a estructura de personalidad

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA POR ÁREAS:

Área Psiquiátrica

Incluye: eje 1, 2 y 4 por DSM IV

Molinos: - diagnósticos de situación vincular. Diagnostico de tipo de apego

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA POR ÁREAS:

Área Social:

Incluye:

- mapa de red
- genograma
- eje 4 por DSM IV

DATOS SOBRE INTERESES PERSONALES Y POTENCIALIDADES (Grupos de referencia, religión, etc)



Anexo 3

Formato de Informe, Ficha para Registro de Actividades de cada Módulo, Ficha de Registro de Diagnóstico Ficha de Plan Terapéutico por Módulo.

Se establece para organizar el registro de actividades que se desarrollan dentro del contexto de cada módulo y para facilitar la evaluación del mismo, una serie de criterios de registro que se detallan a continuación.

FORMATO DE INFORME FINAL DE ACTIVIDADES POR CADA MODULO

1) OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

2) FUNDAMENTACIÓN DEL OBJETIVO

3) DETALLE DE ACTIVIDADES

- Planificación

- Actividades realizadas

- Planilla con detalle de participación de cada UPD-PL en cada una de las actividades realizadas.

4) PRINCIPALES EMERGENTES

5) EVALUACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO DEL MODULO

6) RECOMENDACIONES

Modulo:							
ACTIVIDAD	FECHA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DURACIÓN	ACTIVIDADES TRABAJADAS	NÚMERO DE PARTICIPANTES	COORDINADOR

1. DIAGNÓSTICO				DIAGNÓSTICO REALIZADO REGISTRADO EN HISTORIA DE VIDA		2. PLAN TERAPÉUTICO REGISTRADO EN HISTORIA DE VIDA		OBSERVACIONES
MPL	NÚMERO DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES	ASIST	FICHA OUD	SI	NO*	SI	NO*	

* En caso de que no se realizara o no se registrara, especificar motivo.

PLAN DE TRABAJO POR MÓDULOS TEMÁTICOS										
MÓDULO:										
ACTIVIDADES GRUPALES					ENTREVISTAS INDIVIDUALES					
MPL	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA



 **problema drogas: compromiso de todos**



 **problema drogas: compromiso de todos**