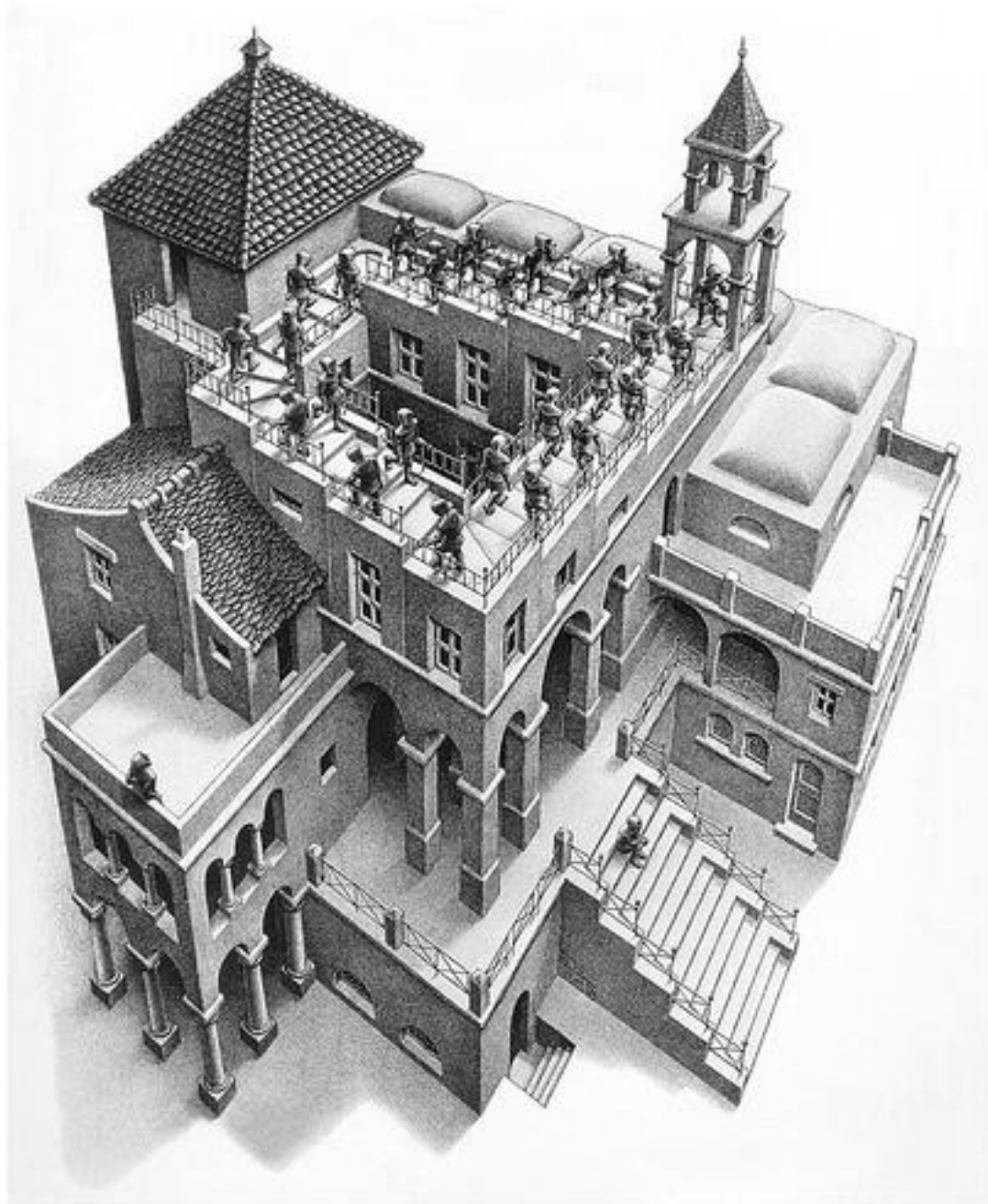


FUNDACIÓN
PROGRAMA
SAN CAMILO

MANUAL
INSTRUCTIVO
PARA FAMILIAS

Pilar, Agosto de 2012.

LA ADICCIÓN NOS ATRAPA



Grabado de Maurits Cornelis Echer – 1089/1972

INDICE

La adicción nos atrapa (grabado de Escher)

PRÓLOGO

Bases y principios.

La adicción nos aísla (dibujo de Quino)

INTRODUCCIÓN

La adicción nos mata (cuento anónimo)

Acerca de la adicción y su tratamiento.

FUNDACIÓN PROGRAMA SAN CAMILO - UN TRATAMIENTO EFICAZ

EL TRATAMIENTO

Objetivos.

Admisión

Documentación

Pertenencias

Entrevista Inicial

Pedidos

ESTRUCTURA

Tareas comunitarias

Actividades terapéuticas

Terapia individual

Multifamiliar

Consejerías

Grupos terapéuticos

Diarios

Semanales

LAS ETAPAS

Tocando fondo

La reinserción y el sano juicio

Continuidad del tratamiento

Reinserción Social

Llamadas

Visitas

Salidas a la casa familiar

Hoja de ruta

Salidas solo

Reinserción laboral/educacional

Recaídas

Normas y pautas del tratamiento

Fugas

Final del tratamiento

EMBRUJOS, TRUCOS Y ENGAÑOS

PRÓLOGO

Teniendo un “porqué” vivir, sabrás enfrentar todos los “cómo”.

Friedrich Nietzsche (1844-1900).

Bases y Principios

En USA, el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés), emitió en 1999 los “*11 Principios del tratamiento efectivo para la adicción a las drogas*”:

1. El tratamiento debe estar fácilmente disponible.
2. La recuperación de la adicción a las drogas es un proceso de largo plazo y puede requerir múltiples episodios de tratamiento.
3. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
4. Las personas adictas con trastornos mentales coexistentes deberían tener ambos trastornos tratados de una manera integrada.
5. Permanecer en tratamiento por un período de tiempo adecuado es fundamental para su eficacia.
6. La desintoxicación es sólo la primera etapa de tratamiento de adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
7. Un tratamiento efectivo debe atender a múltiples necesidades del individuo, no sólo su uso de drogas.
8. El plan de tratamiento para una persona debe ser evaluado continuamente y modificado según sea necesario, para asegurar que cumple con las necesidades cambiantes de la persona.
9. La ***terapia conductual***¹ es un componente indispensable del tratamiento efectivo para la adicción.
10. Los medicamentos son un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con terapia conductual.
11. Debe controlarse continuamente el posible consumo de drogas durante el tratamiento.

¹ La terapia conductual es el encuadre general de la psicoterapia norteamericana, llamada conductual pues trata de modificar las conductas del paciente y que busca oponerse al psicoanálisis quien busca la comprensión o “insight” de la conducta, no el cambio.

Estos principios son hoy, en todo el mundo, la base fundamental a partir de los que se diseñan las **comunidades terapéuticas**² más exitosas.

Desde ese lugar de eficiencia y exigencia se articulan estrategias con los gobiernos y sistemas judiciales que faciliten y consoliden el tratamiento y posterior re inserción social y laboral de los enfermos³.

Con estos principios y objetivos trabajamos en Fundación Programa San Camilo. Queremos que Ustedes (familia y entorno) a partir de hoy, los vean en funcionamiento y, además, entiendan cuáles, cómo y porqué son las herramientas fundamentales que aplicamos para enfrentar la adicción.

Y que, en definitiva, pueda transitar el camino que lleva de ser un familiar que sufre y se paraliza ante la enfermedad a ser un integrante de la **red de contención que sabe y actúa**⁴.

Bienvenido a la Comunidad Terapéutica de la Fundación Programa San Camilo.

LA ADICCIÓN NOS AÍSLA



² Las **comunidades terapéuticas** para el tratamiento del abuso y adicción a las drogas han existido por alrededor de 40 años. En general, se manejan con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, los familiares de éstos, y la de los integrantes del equipo terapéutico, como agentes claves del cambio. Los miembros de la CT interactúan para confrontar y revertir las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas. (Wikipedia).

³ La adicción es una enfermedad cerebral crónica y adquirida por el consumo habitual de sustancias que afecta la conducta del enfermo que se puede controlar pero que no se puede curar y se la podría asimilar a la diabetes.

⁴ O sea, la tarea a construir es identificar y revertir la co dependencia: "El codependiente suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (su pareja, un familiar, un amigo, etc), es por eso que es muy común que se relacione con gente "problemática", justamente para poder rescatarla y crear de este modo un lazo que los una. Así es como el codependiente, al preocuparse por el otro, olvida sus propias necesidades y cuando la otra persona no responde como el codependiente espera, éste se frustra, se deprime e intenta controlarlo aún más. Con su constante "ayuda", el codependiente busca generar, en el otro la necesidad de su presencia, y al sentirse necesitado cree que de este modo nunca lo van a abandonar. Es muy común que en una relación, el codependiente no pueda poner límites y sencillamente todo lo perdona, a pesar de que la otra persona llegue a herirlo de manera deliberada, esto es simplemente porque el codependiente confunde la "obsesión" y "adicción" que siente por el otro con un inmenso amor que todo lo puede. Por ende, el codependiente es incapaz de alejarse por sí mismo de una relación enfermiza, por más insana que ésta sea, y es muy común que lleguen a pensar que más allá de esa persona se acaba el mundo, hasta que reconocen su condición psicológica y el codependiente decide hacer algo para cambiar la manera en que vive y así, terminar con la codependencia o no volver a generar su codependencia en otras personas o en futuras relaciones.

INTRODUCCIÓN

*Los hombres no viven juntos porque sí,
sinó para acometer juntos grandes empresas*

José Ortega y Gasset (1883-1955).

LA ADICCIÓN NOS MATA

Había una vez una rana sentada en la orilla de un río, cuando se le acercó un escorpión que le dijo:

—Amiga rana, ¿puedes ayudarme a cruzar el río llevándome en tu espalda? ¡Ni pensarlo! ¡Te conozco! — contestó la rana— Si te llevo en mi espalda, sacarás tu aguijón, me picarás y me matarás. Lo siento, pero no puede ser. —No seas tonta —le respondió entonces el escorpión—. ¿No ves que si te pincho con mi aguijón, te hundirás en el agua y que yo, como no sé nadar, también me ahogaré?.

La rana se dijo a sí misma: —Si este escorpión me pica a la mitad del río, nos ahogamos los dos. No creo que sea tan tonto como para hacerlo. Entonces se dirigió al escorpión y le dijo:

—Mira, escorpión. Lo he estado pensando y te voy a ayudar a cruzar el río.

El escorpión se colocó sobre la resbaladiza espalda de la rana y empezaron juntos a cruzar el río.

Cuando habían llegado a la mitad del trayecto, en una zona del río donde había remolinos, el escorpión picó con su aguijón a la rana. La rana sintió cómo el veneno mortal se extendía por su cuerpo y mientras se ahogaba y veía cómo también con ella se ahogaba el escorpión, pudo sacar las últimas fuerzas que le quedaban para decirle:

—No entiendo nada... ¿Por qué lo has hecho? Tú también vas a morir. Y entonces, el escorpión la miró y le respondió: —Lo siento ranita. Es mi naturaleza, es mi esencia, no he podido evitarlo, no puedo dejar de ser quien soy, ni actuar en contra de mi naturaleza, de mi costumbre y de otra forma distinta a como he aprendido a comportarme.

Y poco después de decir esto, desaparecieron los dos, el escorpión y la rana, debajo de las aguas del río.

Acerca de la Adicción y su Tratamiento

Adictos son aquellos enfermos que no pueden controlar su necesidad de consumir alcohol u otras drogas, aún frente a las consecuencias negativas en la salud y en su situación *familiar, social, laboral, o incluso legal* ⁵.

Esta falta de control es el resultado de los cambios inducidos por el alcohol o las drogas en el cerebro. A su vez, generan cambios de comportamiento. Los cerebros de personas adictas "han sido modificados por la droga de tal manera que la ausencia de la droga hace que el cerebro emita señales químicas (información) hacia el cuerpo, equivalentes a las que emite en el caso de estar muriendo de hambre," dice la Dra. Nora Volkow, Directora del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (USA). Y continúa "el individuo siente en un estado de privación donde la droga se vuelve indispensable para la supervivencia. La enfermedad es tan potente como eso".

La Adicción se agrava con el tiempo. Las personas adictas necesitan más alcohol u otras drogas; las consumen con más frecuencia y en situaciones que nunca imaginaron cuando empezaron a beber o consumir drogas. La enfermedad se vuelve más difícil para el tratamiento y los problemas relacionados con la salud, esto es, las enfermedades orgánicas, empeoran.

Pese a todo esto, las personas adictas niegan estar enfermas. Este síntoma se llama Anosognosia (según el Diccionario Real de la Lengua Española es una "Enfermedad que consiste en no tener conciencia del mal notorio que se padece"). O sea, no sólo está enfermo, sino TAN enfermo que ni siquiera se da cuenta (no logra tomar **conciencia de la enfermedad**).

Para apreciar lo adhesivo, atrapante y sofocante de la adicción, la Dra. Nora Volkow, dice "imagínense a una persona que quiere dejar de hacer algo y no puede, a pesar de las consecuencias catastróficas de eso que está haciendo," "Y no estamos hablando de pocas consecuencias o livianas. Son catastróficas. Y aun así **no logran controlar su conducta**".⁶

FUNDACIÓN PROGRAMA SAN CAMILO - UN TRATAMIENTO EFICAZ

Un tratamiento eficaz se instrumenta de manera residencial (internado), y debe estructurarse alrededor y para neutralizar, las variables ya mencionadas: la impulsividad como rasgo asociado a la adicción y la anosognosia.

⁵ Por lo general, los primeros índices de la adicción se presentan desde antes del consumo, manifestándose en actitudes o apegos inusuales por algunos objetos, situaciones, lugares o personas.

⁶ Respecto de las consecuencias de la adicción, resulta ilustrativo un párrafo extraído del "libro azul" de Narcóticos Anónimos: "*Toda nuestra vida y nuestros pensamientos giraban en torno de las drogas, cómo obtenerlas, cómo consumirlas y el modo de consumir más. Vivíamos para consumirlas y las consumíamos para vivir. Estamos en las garras de una enfermedad crónica y progresiva que nos arrastra a los mismos lugares: cárceles, hospitales y la muerte*"

Se está en presencia de un paciente (como el escorpión del cuento) que está destruyendo su vida y su salud, pero no es capaz, al inicio, de tomar conciencia de ello.

La jornada en comunidad terapéutica tendrá normas y pautas firmes a las que el enfermo deberá adaptarse, dejando de lado su *impulsividad*⁷ y egocentrismo. La comunidad representa al cuerpo social y el enfermo al individuo: Nos integramos cuando hacemos lo que tenemos que hacer, dejando de lado, o postergando, lo que queremos hacer, es decir, actuando en un esquema de libertad responsable.

Frente a esta nueva realidad, estructurada y firme, a la que el paciente debe adaptarse en su internación y antes de conseguir recuperar o lograr un lugar sano en el cuerpo social, el enfermo responde con una serie de estrategias que buscan quebrar el encuadre, destruir eso que lo aleja de las drogas.

El adicto quiere consumir, tal y como lo hacía antes de estar internado. Será necesario estar alerta ya que utilizará cualquier recurso para lograrlo: mentir, confundir, desafiar, amenazar, etc. Lo que busca es paralizar o seducir al otro que lo escucha, repitiendo la estrategia que siempre le funcionó frente a su familia o su red de vínculos sociales.

De allí surge una primera estrategia de abordaje terapéutico para las familias o integrantes de la *red de contención*⁸ de los pacientes que comienzan su tratamiento: hacerlos tomar conciencia de qué es y cómo funciona la adicción, previniéndolos de las estrategias enfermas que articulará el paciente buscando quebrar el vínculo entre la comunidad terapéutica y la familia.

Este instructivo que usted tiene ahora en sus manos fue redactado teniendo en cuenta esa necesidad de generar conciencia en el familiar que sufre por la enfermedad que sufre el paciente.

Aquí encontrará una descripción general de la estructura de la vida comunitaria, de los diferentes espacios terapéuticos, los teléfonos e internos a los que usted debe llamar para informarse de su familiar internado (y los horarios en los que puede llamar). En reemplazo de un glosario algunos términos empleados, tales como: como beneficio, consejería, anamnesis, consentimiento informado, dinámico, se explican como notas al pie en cada párrafo al que corresponda.

Le contaremos de las normas y pautas que deben seguir los pacientes y de las normas y pautas que *esperamos ustedes cumplan*⁹.

⁷ O mejor, “falta de control de los impulsos”, ya que si bien todos tenemos impulsos en la adicción es el filtro para controlarlos el que falla.

⁸ Aquellos familiares y allegados al paciente, que se muestran comprometidos con el resultado del tratamiento y con el rol que se les asigne y que se espera que lleven a cabo.

⁹ Tenga en cuenta que es un manual, no una enciclopedia, por lo tanto, es probable que usted no encuentre aquí **toda** la información que espera. De ser el caso, no dude en preguntar lo que le haga falta saber o aquello que no llegó a comprender.

EL TRATAMIENTO

El arte de vivir es sacrificar una pasión baja a otra más alta

François Mauriac (1905-1970).

OBJETIVOS

El objetivo principal del tratamiento es lograr en el paciente y en su red de contención, la aceptación de la adicción como una enfermedad y entender que ésta es ***crónica, progresiva y tiene grandes probabilidades de ser mortal***¹⁰.

Si paciente y la red entienden esto, pueden dejar de sentirse culpables o culpar al otro por la enfermedad, para asumir una actitud RESPONSABLE frente a la adicción, ocupándose cada uno de lo que debe hacer o no hacer para desarmar las situaciones de riesgo y confrontar las actitudes compulsivas y la falta de límites que caracterizan al enfermo y que, por lo general, son conductas que también muestran algunos de los familiares y allegados cercanos del adicto.

Para lograr los objetivos mencionados se ejecutan ESTRATEGIAS que proveen al adicto y su red de un número de HERRAMIENTAS que de ser utilizadas en tiempo y forma aumentarán y mucho las posibilidades de éxito del tratamiento.

Una de las principales estrategias terapéuticas que ejecutamos en Fundación San Camilo es repetir una y otra vez que el tratamiento es una mesa de tres patas: la institución, el adicto y su red. Si institución y red arman y sostienen una ***alianza positiva y sólida***¹¹, ésta se convierte en una pared por la que la enfermedad no logrará avanzar y el adicto terminará rindiéndose, alejándose de actitudes enfermas y acercándose a conductas más sanas.

Esta alianza entre San Camilo y la red del paciente tiene dos momentos críticos:

1. El primer momento crítico se da al comienzo del tratamiento, pues en pocos días, la familia tiene que lograr hacerse consciente de la enfermedad, entender su responsabilidad en el proceso de recuperación, y sobre todo, depositar su confianza en San Camilo.

¹⁰ La adicción, como cualquier otra enfermedad crónica, es incurable. Tal es el caso también de la diabetes, la hipertensión, la arterioesclerosis. Además de crónicas, son adquiridas, esto es, fueron conductas del que ahora es enfermo lo que lo llevaron a esta condición. Por eso, es indispensable para la recuperación que el paciente identifique y admita como propias esas conductas asociadas a la enfermedad, para evitarlas, y reemplazarlas por otras que lo acerquen a un estilo de vida sano.

¹¹ Cuando uno o más pacientes y la red de contención, se unen para consolidar su compromiso con el tratamiento o conciencia de enfermedad, o para confrontar en otros la ausencia de estas características.

Si no se logra esto, la angustia que la familia siente por la ausencia del que está internado hace que se perdure *la alianza negativa previa (enferma)*¹² con él, por lo que no se logrará formar esa pared familia-institución y la mesa tendrá la pata que corresponde a la institución muy débil.

Por lo general, *el paciente aprovecha esta debilidad para manipular a la familia y abandonar el tratamiento.*¹³

2. El segundo momento crítico aparece en las primeras salidas terapéuticas en que el paciente está sólo con la red de contención, pues es frecuente que intente transgredir alguna de las normas acordadas con la institución para el dispositivo (la salida), p.ej.: usar el teléfono, manejarse solo, entrar a Internet, etc.

La estrategia del paciente es transgredir esa norma minimizando su importancia y/o confundiendo a la red de contención, buscando el modo de que ésta proteste un poco por la transgresión sin informar a la institución en el instante.

Si lo logra, esto es *transgredir*¹⁴ sin que la red de contención nos lo avise, por lo general aparece el adicto en plenitud asumiendo el control de la situación y, o avisa que no piensa volver al tratamiento o se escapa, si es que la familia insiste con que el paciente tiene que volver a la institución y continuar con el tratamiento.

Por eso, en todo momento la red de contención tiene que entender que está frente a una persona enferma, y tratarlo como a un enfermo.

Si se desestructura, entra en crisis, o quiere manipular durante las visitas o transgredir durante las salidas, la red *debe disimular frente al adicto y apurarse a informar a la institución.*¹⁵

¹² Cuando uno o más pacientes se unen para transgredir normas y pautas comunitarias o para permitir que otros transgredan y, además, logran manipular a la red de contención.

¹³ Estas alianzas no son un dato menor, ni algo que la familia deba minimizar, pese a que inicialmente crea que esto no le va a pasar. Nuestra experiencia indica que más del 70% de los tratamientos que fracasan, se deben a estas fuertes alianzas inconscientes que la familia no logra identificar hasta que ya es demasiado tarde. Solo será una buena red familiar aquella que se distancie del discurso del enfermo y se acerque a los objetivos que sostienen y facilitan el proceso de recuperación.

¹⁴ "El concepto de transgresión abarca una enorme variedad de conductas, que van desde el homicidio a la "violación" de sutiles reglas de etiqueta; desde los hechos más graves hasta las faltas más leves. Además, la conducta debe ser intencional, el transgresor debe ser consciente de que está violando una regla, que desafía, provoca al otro: trata de mostrar que para él, la(s) norma(s) es(son) absurda(s) o, al menos, irrelevante(s)" *Hector Caldelari*

¹⁵ Respecto de engañar o manipular al enfermo o al que su salud está en riesgo, es una estrategia vieja como la humanidad, y todos alguna vez la utilizamos cuando, p. ej., queríamos que un niño tome un remedio para bajarle la fiebre y el pibe no quería porque le daba asco. En ese momento (como ahora) lo importante era salvar al enfermo, hacer lo que había indicado el médico o especialista aunque el paciente proteste.

ADMISIÓN

Al ingresar, todo paciente debe contar con:

Documentación:

- Fotocopia DNI
- Fotocopia carnet obra social o prepaga
- Presupuesto aprobado por obra social, prepaga, o similar
- *Epicrisis*¹⁶, en el caso de venir derivado de otra institución clínica
- *Oficios judiciales*¹⁷ referentes a la situación jurídica del paciente, si tuviese

Pertenencias: ¹⁸

- Juego de sábanas
- Almohada
- Frazada o manta
- 3 mudas de ropa interior
- 3 remeras o camisas
- 3 pantalones
- 2 calzados
- 2 buzos o pulóveres
- 1 campera
- Jabón en polvo para lavar la ropa
- Elementos de higiene personal: (desodorante, jabón, dentífrico, cepillo para dientes, shampoo, crema de afeitar, etc.)
- Opcionales: cigarrillos (se le entregará un atado por día) golosinas

Tenga en cuenta que los familiares serán separados del paciente al momento de ingreso.

Es una de las instancias más delicadas del tratamiento, pues por fin se concreta la voluntad familiar de internar al adicto.

Esta situación se vive por lo general con mucha culpa, sentimiento que el adicto sabe detectar y aprovechar en su beneficio, debilitando la voluntad familiar de separarse, de desprenderse emocionalmente.

Un operador llevará al paciente a continuar con el ingreso: se lo revisará para verificar que no tenga sustancias (que se destruyen) recogerán otros elementos (documentos, celular, llaves, etc.) que se devolverán a la familia.

¹⁶ Informe escrito del diagnóstico y evolución del paciente en el período de tratamiento dentro de una institución, clínica, hospital, etc.

¹⁷ Al internarse un paciente con causas o procesos jurídicos previos, se envían oficios a los juzgados correspondientes informando que el paciente ha comenzado su tratamiento en esta Fundación. También, pero esto para todos los pacientes, al momento de internarse se informa a los Juzgados de Familia de Pilar del inicio del tratamiento del paciente, tal como exige la Ley de Salud Mental 26.657. Dichos Juzgados darán parte a la Defensoría Pública de Pilar y sus letrados, quienes se presentan periódicamente en la Fundación para entrevistar en forma personal a los pacientes en tratamiento.

¹⁸ Todas deben identificarse con el nombre del paciente usando un marcador indeleble.

Se le asignará un “hermano mayor” (un compañero con más tiempo de tratamiento), quien lo presentará al “grupo” (el resto de los pacientes) que le darán la bienvenida.

Si en algún momento el paciente entrara en crisis, será asistido y medicado, quedando en una habitación al cuidado de los operadores hasta tanto logre reponerse y estar en condiciones de sumarse al grupo.

ENTREVISTA INICIAL

La familia continúa con el proceso de ingreso. Se recibirá la documentación y pertenencias del paciente, y será entrevistado por un psicólogo con el que completarán la *anamnesis*¹⁹ y el protocolo de admisión que consta de los siguientes elementos:

- La ficha de admisión: donde se consignan datos familiares y del paciente (nombres, DNI, direcciones, teléfonos, todo otro dato que asegure mantener los contactos con la red de contención).
- ***El consentimiento informado***²⁰, un formulario que se eleva al juez de familia zonal donde se consigna la voluntad de la familia de internar al paciente. Por ley, la familia no necesita de una orden judicial previa para la internación, basta la orden médica y el consentimiento familiar.

El trámite se instrumenta mediante una evaluación, un diagnóstico interdisciplinario e integral, que mencione los motivos que justifican la internación, y que cuente con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

Durante esa entrevista inicial, se informará a la familia que:

- El primer llamado telefónico para hablar con el paciente será a los 30 días del ingreso, siempre que el paciente muestre un grado de ***conciencia de enfermedad***²¹ acorde al tiempo transcurrido, básicamente, que cumpla con la ***estructura***²² sin transgredir las normas y las pautas de internación.
- La primer visita será a los 60 días del ingreso, siempre que el paciente sostenga los objetivos terapéuticos y haya revertido sus conductas y actitudes más transgresoras.

¹⁹ Entrevista con la familia o con el paciente donde se completa un cuestionario que reconstruye la historia de vida, haciendo hincapié en los primeros indicios y síntomas de la enfermedad.

²⁰ Oficio que completa la familia al inicio del tratamiento por el que informa al Juzgado de Familia local que conoce y acepta la internación del paciente para tratarlo por su dependencia al consumo de sustancias.

²¹ Que el enfermo y/o su red acepten la presencia de la enfermedad, se rindan, y logren pedir y aceptar ayuda profesional para entender la enfermedad y aprender las herramientas para enfrentarla y lograr una sana y pronta recuperación.

²² Actividades y tareas en Comunidad Terapéutica y el horario en que se realizan. No se pueden hacer cosas fuera de lo que está en estructura o del horario que tienen asignado esas actividades.

- Desde el momento de la internación la familia puede llamar cualquier día de la semana, en el horario de 1300 a 1500 horas, a los teléfonos (02320) 657447, 657475, 659870, internos 34 ó 37, para consultar por el estado del paciente.
- También desde el ingreso, los familiares deben asistir a las reuniones multifamiliares (los sábados o domingos a las 1200 horas según las posibilidades de la familia). Allí se trabajarán distintos temas y contenidos respecto de la adicción y su tratamiento. El objetivo general de estas reuniones es proveer herramientas terapéuticas y facilitar el paso de “familiar a red de contención”, pues no alcanza (de hecho, no alcanzó) con el amor familiar para enfrentar la adicción. Como frente a cualquier otra enfermedad crónica, los familiares del enfermo deben comprender la enfermedad y cómo ésta afecta al paciente, y cuál es el rol que se espera de los que lo rodean (y así se convierten en “red”).
- Si por algún motivo la familia decide interrumpir el tratamiento, sólo podrá retirar al paciente en horarios administrativos, de lunes a viernes entre las 0900 y las 1400. Fuera de esos horarios, no se podrá externar al paciente.

Pedidos

Los días lunes, los pacientes completan un formulario donde anotan sus pedidos a los familiares. Este formulario es evaluado por los operadores, que los días miércoles llamarán a cada familia realizando el pedido. Este sistema de llamadas se extenderá sólo hasta que el paciente comience a recibir visitas, pero continúa para pacientes cuyas familias residan en el interior del país o en otros países.

ESTRUCTURA

“En el principio Dios creó los cielos y la tierra. Y la tierra estaba desordenada y vacía, las tinieblas cubrían la superficie del abismo, y el Espíritu de Dios se movía sobre la superficie de las aguas. Entonces dijo Dios: Sea la luz. Y hubo luz. Vio Dios que la luz era buena; y separó Dios la luz de las tinieblas. Llamó Dios a la luz día, y a las tinieblas llamó noche.”

(La Biblia, fragmento del Génesis)

El adicto llega al tratamiento como el Universo al momento de la Creación: **desordenado y vacío.**²³ A ese caos inicial, donde para el paciente todo es urgente y extremo, lo confrontamos proponiendo orden.

Se ordena el tiempo con horarios: hora de levantarse, de desayunar, hora de grupo, higiene, terapia, deporte, etc. Cada actividad tiene su momento en el día y en la agenda semanal, y el tiempo se vuelve previsible.

²³ Tal como lo dice el texto de Narcóticos Anónimos, “Olvidamos como era todo antes de empezar a consumir: cómo comportarnos, cómo trabajar y divertirnos, cómo expresarnos y cómo mostrar interés por los demás.”

También el espacio se ordena: volviendo a ocuparse de la higiene y cuidado del cuerpo, el lavado de la propia ropa, la prolijidad de la habitación, el comedor, el patio comunitario.

Llamamos Estructura a este ordenamiento del tiempo y el espacio comunitario que quiebra el caos interno del paciente y lo estimula / invita / obliga a integrarse, como tarea previa e imprescindible que lo lleve a recuperar su lugar en un afuera, que si es sano, será también exigente, ordenado y previsible. Aquí y ahora, el paciente sabrá que esperamos de él: Que se comprometa a cumplir con la estructura y que logre sostener ese compromiso.

Comprometerse y sostener la estructura del día, luego de la semana, para hacerlo también con su tratamiento. Porque sólo los adictos que se comprometen y sostienen lograrán recuperarse. Sólo ellos, conscientes de su enfermedad, podrán ponerse objetivos a largo plazo, planificar una vida. Por eso, la Estructura.

Tareas Comunitarias

El día en la comunidad comienza a las 0730 horas, cuando la población se levanta. Esa es la primer tarea comunitaria / actividad terapéutica de la jornada.

Otras serán el baño, orden e higiene del cuarto, lavado de ropa, orden e higiene de la comunidad, cocina, servicio (que va desde poner la mesa hasta lavar los platos), mantenimiento, guardia (permitir que sus compañeros accedan a los espacios designados por estructura, evitar que transgredan esos espacios) las que se agregan actividades complementarias tales como: huerta, parqueizado, panadería.

Actividades Terapéuticas

Cada momento del día en comunidad puede (y en lo posible debe) ser terapéutico. La estructura es la estrategia que pone al enfermo en evidencia de sus actitudes y conductas propias de la enfermedad junto al conjunto de profesionales capacitados para ayudarlo, confrontando en el aquí y ahora, eso que adicto hace o dice.

La actitud que tiene al levantarse, su dejadez en la higiene personal, la forma en que trata a los demás en su cuarto, la ropa que elige, lo que dice en el grupo, o lo que dice que está dispuesto a hacer (por lo general opuesto o distinto a lo que hace) sirven como evidencias de la enfermedad.

Lo que siente, porqué dice o *justifica*²⁴ eso que siente, lo que no logra sentir o expresar y toda otra manifestación, es material valioso para el confronto, la *marcación*²⁵ y el pedido de *blanqueo*²⁶.

²⁴ Cuando paciente y/o red explican cualquier conducta adicta sin referirse a la adicción, sino a otras causas.

²⁵ Intervención terapéutica que busca poner atención / cuestionar alguna conducta o actitud asociada al consumo de sustancias que haya mostrado el adicto o algún miembro de su red.

²⁶ Informar al equipo terapéutico de transgresiones propias o ajenas.

Son todas herramientas que facilitan y estructuran, un encuentro cara a cara que le muestra, como un espejo, “¿ves? Sos éste, en lo que decís y hacés, y no ese que vos crees ser, (o que vos querés que nosotros creamos que sos). Sos éste y tenés que ser éste otro. Esta es la distancia a recorrer para recuperarte de tu adicción.” Es el mensaje y el propósito del tratamiento.

Esta herramienta del confronto se usa en diversos espacios terapéuticos.

Terapia Individual

Al paciente, al momento de su ingreso y mientras dure su tratamiento, se le asignará un terapeuta para una sesión individual que se realizará una vez a la semana y con una duración de entre 30 y 45 minutos.

Es importante lograr una buena comunicación entre el terapeuta y la familia, para lo cual está a disposición el número del teléfono particular del profesional para cualquier consulta.

Multifamiliar

Es un espacio de encuentro con la finalidad de trabajar distintas consignas referentes a temas de relación familiar, aspectos típicos de la adicción, conductas, actitudes, límites, red de contención y temas complementarios. Se realiza todas las semanas, participando los pacientes con sus familiares en un mismo espacio y son conducidas por los terapeutas.

Consejerías²⁷

Las mismas se realizan eventualmente para trabajar distintos aspectos que van surgiendo durante el tratamiento. Se llevan a cabo entre el paciente y algún familiar o referente positivo, coordinadas por los terapeutas individuales de cada paciente.

Grupos Terapéuticos

Tienen una duración de 90 a 120 minutos. Pueden ser diarios o semanales.

Tipos de Grupos Terapéuticos Diarios

Apertura: Se realiza al comenzar el día y tiene como finalidad ver cómo inician el día los pacientes, cuáles son los valores en los que se apoyarán y los objetivos que se plantean para cada jornada.

Solo por Hoy²⁸: se realiza siguiendo el libro del mismo nombre de Narcóticos Anónimos, en donde día a día se trabaja sobre un mensaje relacionado con la vida del adicto.

Libro Azul: En base al libro de Narcóticos Anónimos, compartiendo a partir de los testimonios de otros adictos en recuperación que relata el texto.

²⁷ Espacio terapéutico solicitado por el profesional de San Camilo para tratar con los miembros de la red alguna situación referida al paciente.

²⁸ Es un texto editado por Narcóticos Anónimos, está ordenado como un calendario, con una reflexión por día. Se utiliza como texto de cabecera en los grupos diarios de Sólo por Hoy.

Cierre: este grupo se lleva a cabo al final del día en donde el paciente expresa su estado de ánimo y las distintas situaciones y emociones que transitó durante el día, trabajándose sobre esto.

Juegos: Sucede luego de la cena y antes de ir a dormir. Tiene como finalidad no solo la recreación de los pacientes, sino también, el compartir, tolerar y competir (saber ganar, saber perder) en actividades lúdicas regladas y estimuladoras de la recuperación de las funciones cerebrales específicas, para el caso dañadas por el consumo de sustancias psicoactivas.

Tipos de Grupos Terapéuticos Semanales

Grupos de fase²⁹: el tratamiento pasa por distintas fases desde que el paciente ingresa a la institución (por lo general, contra su voluntad) hasta que se maneja solo en sus salidas y luego logra reinsertarse social y laboralmente. En cada fase, asisten a un grupo donde trabajan contenidos específicos.

- **Admisión:** Tiene como finalidad lograr la adaptación del paciente al tratamiento, tomando conocimiento de la estructura de la comunidad, las pautas y normas a seguir, el desarrollo de su conciencia de enfermedad y voluntad de cambio, su compromiso con el tratamiento.
- **Fase I:** se trabajan las conductas, actitudes y trasgresiones asociadas al consumo de sustancias, el carácter impulsivo y compulsivo de esta patología, los doce pasos de Narcóticos Anónimos.
- **Fase II:** se trabajan los aspectos vinculares en toda su extensión y expresión, vínculos sanos y vínculos enfermos, los de su red de contención, ya sea familia, amigos, allegados, etc., con sus pares, con el *staff*³⁰ y todo el medio.
- **Fase III:** se trabajan estrategias y tácticas de ayuda para completar la re inserción social en sus distintas áreas, re inserción laboral, re inserción escolar, trabajo sobre prevención de recaídas, trabajo sobre las distintas redes de contención, la socialización, generación de nuevos vínculos sanos.

Dinámico³¹: este grupo tiene como finalidad la expresión de las emociones del paciente hacia otro (compañero en tratamiento o integrante de su red) dentro de un contexto de contención en donde aprende a canalizar esas emociones de una forma sana.

²⁹ Admisión, fase I (donde su responsabilidad es el cuidado de un hermano menor), fase II (en la que queda a cargo de algún área del funcionamiento comunitario) y fase III (en la que se le provee de herramientas y estrategias para consolidar su re inserción social y/o laboral).

³⁰ Integrantes del equipo terapéutico

³¹ Herramienta terapéutica donde un paciente lo confronta a otro por una actitud negativa de la que siente fue víctima y esto le genera sentimientos negativos, que tendrá que saber postergar hasta el momento del dinámico. El objetivo es trabajar la tolerancia ante frustraciones.

Convivencia³²: en este grupo es donde se tratan los distintos aspectos ligados a las áreas de la “casa” (ámbito en donde transcurre el tratamiento): roles, funciones, conflictos, modificaciones de responsables y equipos, y todo otro aspecto relacionado con su funcionamiento y el mantenimiento de la armonía y, fundamentalmente, asumir y sostener *responsabilidades*³³.

Rehabilitación Neurocognitiva³⁴: este grupo es un elemento terapéutico de máxima importancia en el tratamiento y en él los pacientes realizan diversos ejercicios, completan cuestionarios, resuelven juegos de ingenio.

Se ejecutan, bajo supervisión de los terapeutas, una serie de actividades diseñadas y programadas para revertir el proceso de deterioro mental que producido por el abuso en el consumo de sustancias adictivas.

Se trabaja en recuperación/consolidación de la atención, la memoria y las funciones ejecutivas.

Taller de Arte: en este ámbito se trabajan distintas técnicas, coordinadas por una profesora de arte, que tiene como finalidad el desarrollo de habilidades, el realizar una actividad que active la atención, la concentración, la constancia.

De manera complementaria con la recuperación neurocognitiva, tienden al mejoramiento de aquellos aspectos que se encuentran deteriorados en los pacientes adictos.

Educación Física: esta actividad la realizan dos veces a la semana y son dirigidas y coordinadas por tres profesores de educación física.

Reconocimientos: es en este ámbito donde los pacientes valoran en sus compañeros el sostén de actitudes positivas, en coincidencia con los valores espirituales de Narcóticos Anónimos (NA) y Alcohólicos Anónimos (AA), que se encuentran presentes en esencia misma del tratamiento.

³² Se refiere a la calidad de los vínculos y actividades que se realizan en comunidad terapéutica. El objetivo es la buena convivencia, que es evaluada a través de un grupo semanal, desde la convivencia en las diferentes áreas de actividades hasta la convivencia dentro de cada habitación.

³³ Tareas que se asignan a los pacientes, haciéndolos cargo de diferentes áreas de las actividades comunitarias.

³⁴ Ejercicios en formato de prueba escrita que cada paciente realiza una vez por semana, y que buscan reactivar las áreas del cerebro dañadas por el consumo de sustancias: la atención, la memoria, el control de la impulsividad, la planificación de acciones en función de un objetivo.

LAS ETAPAS.

Vivir es elegir un propósito -honor, gloria, riqueza, cultura- y apuntar hacia él con toda la conducta, pues no ordenar la vida a un fin es señal de gran necesidad.

Aristóteles - Filósofo griego (384 AC-322 AC)

TOCANDO FONDO.

Los primeros días de una internación para realizar un tratamiento por abuso de sustancias, máxime si este proceso comenzó en forma involuntaria, suelen caracterizarse por la crisis del paciente ante la nueva realidad: ya no puede consumir, ya no cuenta con la alianza de los que no se animaban a ponerle un límite definitivo a las actitudes propicias a la enfermedad.

Ahora, pese a estar rodeado de otros en su misma condición *se siente solo*³⁵, atrapado aún en el deseo/urgencia/necesidad de seguir consumiendo.

Esta crisis empieza a disolverse a medida que el cuerpo se desintoxica de la sustancia/veneno que lo había capturado. Es entonces que vuelven tanto la claridad de ideas como la fuerza de emociones y sentimientos que habían estado dormidos y envenenados durante tanto tiempo, debido a la adicción.

Ante esas ideas, emociones y sentimientos el paciente no tiene respuesta y es ahí cuando por primera vez entiende, o se lo confronta entender, que para esa angustia necesita ayuda, esa que le brindará el compañero en tratamiento, el operador, el terapeuta, el otro con el que convive en comunidad.

Ante esa angustia, las herramientas terapéuticas son el tomar conciencia de situación (estoy aquí), de enfermedad (por qué estoy aquí), de los defectos de carácter que surgieron antes, durante o después del comienzo de la enfermedad, y del proceso de recuperación (qué necesito, a qué me comprometo para hacer frente a la enfermedad).

Esta etapa inicial no tiene tiempos acotados, en algunos son más breves, en otros *más extensos*³⁶. Nuestra experiencia indica que en general, abarca los primeros 60/90 días de internación. Luego de ese período, creemos que el paciente está en condiciones de iniciar el largo proceso de reinserción.

³⁵ Confrontado el paciente por este sentimiento de soledad, dice no encontrar aquí nadie como él, refiriéndose a nadie de su barrio, experiencia, gustos, nivel económico, pasado judicial, etc., razones que pueden ser ciertas, pero que distraen la atención del eje que sí comparte con el resto: la adicción.

³⁶ Nuestra experiencia indica que éste período inicial es un espacio crucial para probar la firmeza de la red ante la angustia (abstinencia) del paciente.

LA REINSERCIÓN Y EL SANO JUICIO Y EL PELIGRO DE LAS RECAIDAS

A través de los años y basándonos en términos estadísticos pudimos determinar que en un gran porcentaje las recaídas ocurren en la etapa denominada de “*reinserción social y laboral*”.

Si bien el paciente ya ha adquirido “herramientas” en su tratamiento para ganar control y manejar su abstinencia, nos encontramos con que el medio donde se va a reinsertar no ha sido modificado y mantiene todos los “mensajes” recordatorios del escenario del pasado consumo.

Por ejemplo: un paciente llega de la calle consumiendo “paco”, pasa primero por un periodo de adaptación a una nueva estructura que demanda orden, normas y disciplina, aparejado a los procesos de desintoxicación y abstinencia (periodos en los que se presentan las primeras crisis por falta de sustancia).

Transitada esta instancia se puede decir que el paciente ha recobrado su sano juicio, lo que le permite reconocer sus defectos de carácter (soberbia, manipulación, falta de límites, falso orgullo, impulsividad, deshonestidad, aislamiento, baja autoestima), que son factores determinantes en su consumo, y que por medio de la ayuda terapéutica logrará modificar, o sea transformar estos defectos de carácter en virtudes (honestidad, humildad, respeto, obediencia, amor responsable, aceptación, tolerancia) y por sobre todo generar la posibilidad de poder pedir ayuda.

Habiendo el paciente tomado conciencia de la enfermedad y que es un enfermo y luego de haber generado un cambio en su persona y su conducta, se enfrenta a la dura experiencia de volver a su casa, a su barrio, a sus viejas amistades. Allí estará expuesto a su pasado, y si no cuenta con una *red de contención*³⁷ preparada para preservarlo, acompañarlo y contenerlo, lo más probable es que recaiga en la adicción.

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

Superada la fase de admisión/adaptación al tratamiento y de acuerdo al diagnóstico y evolución de cada paciente, se harán diferentes derivaciones:

- Que el paciente continúe el proceso tradicional de tratamiento y reinserción en la comunidad abierta en El Campo
- O que, por tener un diagnóstico “dual” (esto es, presentar algún otro trastorno mental además de la adicción), sea derivado a la comunidad cerrada de *Derqui*.³⁸

³⁷ Una sólida reinserción requiere la asistencia a los grupos de N.A. o A.A., esa es la mejor red de contención en el afuera para el adicto. Es un programa estructurado, experimentado, de cuño internacional y gran reconocimiento, y que se basa en una serie de principios, ordenados en doce pasos que el adicto debe seguir. El fondo es su base espiritual y la estrategia de que adictos contengan a adictos.

³⁸ Al ser tratados tanto en el ámbito abierto o cerrado de El Campo, el paciente tendrá una primera semana de observación, para ver si adapta favorablemente a la estructura y funcionamiento de esas comunidades. Durante esos días iniciales de adaptación, tendrá suspendidos sus beneficios de reinserción: llamadas, visitas y salidas. Teléfonos: (02304) 488436, (011) 1563919567.

REINSERCIÓN SOCIAL

El momento de la internación es también símbolo del estado del paciente: derrotado por la enfermedad, ha perdido su lugar en el mundo, su gente, su espacio. Un tratamiento eficaz le irá devolviendo (o le permitirá ir “recuperando”) esos espacios.

Esa reinserción es por etapas: si lo último que pierde el paciente al internarse es el contacto con ese que lo trajo, lo primero que recuperará, luego de 30 días, será la llamada telefónica, el poder hablar con esos familiares que aprendizaje mediante, están aprendiendo a ser “red”.

A los 60 días, con la primer visita, recuperará el contacto físico con su gente y de continuar profundizando su compromiso con el tratamiento y su conciencia de enfermedad, avanzará a las siguientes etapas de reinserción: visita familiar en la Comunidad, salida con familia y acompañante por la zona, salidas con familia y acompañante a la casa familiar, salida de dos días con familia a la casa familiar y por último, manejarse solo (el paciente viaja solo, con celular y dinero para viáticos desde la Comunidad a su casa y viceversa).

Cada una de estas etapas o “*beneficios*”³⁹ cuentan con una serie de pautas y normas que pacientes, familiares y red de contención, deben respetar.

Llamadas

A partir de los 30 días y hasta los 60 días de internación, los pacientes pueden recibir llamadas telefónicas de su familia, los días martes y viernes en el horario de 1500 a 1800 horas.

Después de los 60 días, sólo seguirán teniendo el beneficio de la llamada los pacientes que residan en el interior del país o en otros países, cuyas familias no puedan acceder en forma continua a las visitas semanales.

Las llamadas son monitoreadas, escuchadas por algún integrante del equipo terapéutico, quien interrumpirá la comunicación cuando ésta sea incorrecta, ya sea por parte del paciente como del familiar que realizó la llamada. Tendrán una extensión máxima de 3 minutos.

Los familiares deben evitar dar información de lo que sucede “en el fuera” de la institución, sobre todo si se trata de algún accidente o conflicto o enfermedad o fallecimiento cercano, o, peor, si son noticias o saludos de los ex compañeros de consumo.

De nuevo, la llamada es el primer espacio de re inserción, por eso es importante confrontar desde el vamos cualquier conducta o actitud aliada con la enfermedad.

³⁹ Acceso a diferentes espacios de reinserción social o laboral que los pacientes logran, o pierden, en función de su producción terapéutica semanal. No son premios sino pruebas que el equipo terapéutico considera que el paciente se encuentra preparado para afrontar, según los cambios percibidos y evaluados dentro de la Comunidad. Durante estos es muy importante que la familia y la red de contención estén tranquilos pero atentos a cumplir y hacer cumplir lo acordado.

Visitas

El espacio habitual de las visitas en la Comunidad son dos horas después de las multifamiliares de los sábados y domingos. Dependiendo de varios factores, pueden ser un poco más extensas.

Son una etapa fundamental del tratamiento y de la reinserción social, no sólo porque abren el reencuentro familiar y las muestras de afecto, sino también porque permiten al equipo terapéutico ver a la familia en funcionamiento como red y evaluar las estrategias y conductas con las que se organizan respecto a la enfermedad del paciente.

Lo que la familia hace, ¿confronta a la enfermedad o la fortalece? ¿Cuál de los miembros es manipulado con más facilidad por el paciente? ¿Cuál parece más firme? De allí surgirán marcaciones, consejerías y otras herramientas terapéuticas diseñadas para nuevamente, transformar la familia en red.

Las visitas pueden ser con o sin acompañante, que es un compañero con más tiempo de tratamiento.

Las familias pueden traer alimentos que no hayan sido elaborados con alcohol y bebidas no alcohólicas.

Los cigarrillos, desodorantes, perfumes y máquinas de afeitar deben entregarse a los integrantes del equipo terapéutico.

Las visitas habituales en El Campo que se realizan aprovechando el parque y sus instalaciones (casco de estancia de cuatro hectáreas parquizadas y arboladas) promueven y prueban la libertad de movimientos que empiezan a tener los pacientes.

Es un beneficio y a la vez un desafío: no son pocos los adictos que aguardan a esa primer visita para poner en juego todas sus artes de manipulación y como consecuencia la familia, lejos de disfrutar el encuentro, recuerda lo complicado y a veces angustiante que es tratar con su familiar enfermo.

De ser el caso, la familia debe aprovechar la situación para pedir ayuda al equipo terapéutico en ese mismo momento, mostrándole al paciente que ellos están aliados con un futuro más saludable y que la impulsividad, los engaños y manipulaciones del enfermo ya no tienen lugar.

Al finalizar las visitas las familias deben completar un cuestionario que informa de cómo se desarrolló el encuentro.

Cualquier información adicional que se crea conveniente o deban comunicar, envíenlo a la casilla familias san camilo@hotmail.com

Salidas a la casa familiar

Las primeras salidas a la *casa familiar*⁴⁰ ocurrirán, probablemente, acompañado de otro paciente con más tiempo de tratamiento.

Previo a la primera salida, la familia debe revisar la casa eliminando todo resto de sustancia (alcohol incluido) o de elementos que el paciente usaba para consumir o que puedan despertar el imaginario personal de las condiciones que existían como consumidor en el pasado inmediato.

Hasta que reciba el beneficio de manejarse solo, el paciente debe estar en todo momento acompañado por algún integrante de la red (no puede quedar bajo la supervisión de alguien que no entiende de que se trata el encuadre del tratamiento).

No puede atender el teléfono ni para realizar llamadas. Sólo puede comunicarse con personas que la familia sepa que no están involucradas en consumo (alcohólicos incluidos).

No puede usar la computadora, ni siquiera para jugar. Se deben cumplir estrictamente los horarios de regreso a la Comunidad.

A partir de la primera salida en que el paciente pase una noche en su casa, debe asistir al grupo de Narcóticos Anónimos o de Alcohólicos Anónimos más cercano, trayendo un certificado firmado de su *asistencia*.⁴¹

Al finalizar las salidas las familias deben completar un cuestionario que informa de cómo se desarrolló el espacio (actitudes del paciente, temas tratados, cumplimiento de hoja de ruta) y enviarlo vía mail a la casilla familiassancamilo@hotmail.com

Hoja de ruta

En las salidas, paciente y familiares comenzarán a manejarse con una hoja de ruta, que es un documento escrito y aprobado por el equipo terapéutico donde consta un itinerario de las actividades que el paciente puede y debe realizar durante su salida.

Cualquier cambio que surja durante la salida respecto de la hoja de ruta, debe ser consultado con el operador de guardia en la comunidad.

Salidas solo

Salir solo significa que el paciente se maneja con celular y el dinero que necesita para trasladarse de ida a su casa (o al lugar que se designe) y de vuelta a la comunidad.

⁴⁰ En el momento en que el paciente recibe el beneficio de su primera salida, las familias podrán también empezar a solicitar salidas médicas, con turnos prefijados para las diferentes especialidades (odontología, exámenes clínicos, etc.). En el caso de presentarse urgencias médicas, la Fundación cuenta con un servicio de emergencias, que resolverá la situación en el tiempo más breve posible.

⁴¹ Así como el paciente en espacio de salida debe asistir al grupo de NA o al de AA, los familiares comprometidos en constituir su red, tienen que asistir a los grupos de Nar Anon o de Al Anon, que nuclea a los familiares de enfermos y cuyo objetivo es ayudarlos tomar conciencia de su situación y de los peligros de la coadición, situación tanto o más compleja que la adicción.

Debe mantener prendido el celular en todo momento y consultar previamente cualquier cambio en la hoja de ruta aprobada para su salida.

Ya puede realizar llamadas telefónicas y usar la computadora. El objetivo principal de salir solo tiene que ver con mostrar el grado de compromiso asumido con su recuperación desde que fue internado. Esta es la última etapa de su *reinserción social*.⁴²

También aquí, las familias deben completar un cuestionario que informa de cómo se desarrolló el espacio que compartió con el paciente y enviarlo vía mail a la casilla familiassancamilo@hotmail.com

Reinserción laboral/educacional

El último paso del tratamiento es la reinserción laboral o escolar, que implica que el paciente puede asumir un compromiso externo a la comunidad terapéutica y externo a su red de contención, cumplirlo y sostenerlo, en tiempo y forma.

Tanto la re inserción laboral como la educacional se harán en forma paulatina comenzando por un día para ir luego sumando días de acuerdo al desempeño del paciente.

La reinserción laboral de aquellos pacientes que se les haya otorgado licencia por enfermedad se hará acordando las pautas con la empresa empleadora. Estas pautas, son, básicamente, respuestas claras y concretas a las siguientes preguntas: ¿Qué? ¿Dónde? ¿Para qué? ¿Con quién? Y ¿Cómo?

RECAIDAS

Las recaídas pueden ser en consumo y/o en actitudes de adicto/alcohólico y llevan siempre una *medida terapéutica*⁴³ como consecuencia.

Por lo general esta medida representa la pérdida del beneficio que le permitía la reinserción (llamadas, visitas, salidas, salidas educacionales, laborales, externación o ambulatorio, fecha de terminación del tratamiento, etc.).

De acuerdo a la gravedad de la transgresión será la duración de la medida terapéutica aplicada.

Por lo general, la pérdida de beneficios (llamadas, visitas, salidas) hace que los pacientes se esmeren en revertir las conductas transgresoras, refuercen la puesta y el sostén de los límites, se re enfoquen en el tratamiento.

⁴² Para entonces, el paciente debería ya profundizar su compromiso con NA: primero, eligiendo su “padrino”, que es un adicto recuperado, con mucho tiempo “limpio”, que lo acompañará y aconsejará a través de las frecuentes situaciones de riesgo que enfrenta un adicto en su vida diaria, y segundo, quizás más importante, encontrando en los grupos un nuevo círculo social con nuevas relaciones y actividades, y de ser posible, prestar servicio en este ámbito.

⁴³ Tareas que se asignan al paciente cuya producción terapéutica es negativa, o a aquel que transgrede normas y pautas de la vida comunitaria.

A continuación van ejemplos de medidas terapéuticas (no castigos):

- **Paciente al servicio de la casa:** pierde los tiempos libres de la estructura para cumplir tareas de mantenimiento general, por lo general en el área de limpieza.
- **Trabajo escrito:** pierde los tiempos libres de la estructura para redactar una monografía acerca de alguna actitud que se le ha marcado, o para profundizar en algún paso del programa de Narcóticos Anónimos, etc.
- **Paciente en reflexión:** cuando el paciente entra en crisis (por lo general a causa del síndrome de abstinencia, esto es, las ganas de consumir) comienza a actuar en forma impulsiva, impredecible y se pone en riesgo de autoagredirse o agredir a otro compañero, o ser agredido por otro compañero.

La medida es retener al paciente en su habitación acompañado hasta tanto logre revertir la actitud. De ser necesario, se consulta al psiquiatra de la institución quien indicará una medicación para ayudar al paciente a salir de la crisis.

- **Semana de reflexión:** Es una medida educativa que abarca a todos los pacientes de la Comunidad. Durante ese período, se suspenden llamadas, visitas y salidas terapéuticas. Se utiliza para profundizar la toma de conciencia de actitudes y conductas grupales asociadas con la enfermedad y detectadas previamente por el equipo terapéutico.

NORMAS Y PAUTAS DE LA VIDA EN COMUNIDAD

Las que siguen son algunas de las reglas que los pacientes deben cumplir durante el tratamiento. No están todas, porque no es el objetivo que se busca en este manual. Lo importante es que el familiar entienda que la vida en comunidad funciona siguiendo estas normas y pautas.

Cualquier duda respecto de qué se puede y qué no, que le surja al hablar con su familiar internado, diríjase en consulta al equipo terapéutico.

Los pacientes no pueden:

- Prestarse o cambiar ropa
- Fumar en espacios cerrados
- Fumar más de un atado de cigarrillos por día
- Usar gorra con y sin visera
- Hablar de *temas apológicos*⁴⁴
- Escuchar música apológica
- En salida usar computadora sin permiso del equipo terapéutico
- Usar aros o piercing
- Hacerse tatuajes durante el tratamiento
- Usar *lenguaje de la calle*⁴⁵

⁴⁴ Lecturas, programas de televisión, canciones, que celebran/apoyan el tema del consumo de drogas, el delito, o el enfrentamiento con la ley.

⁴⁵ Aquellas palabras o frases que el/los pacientes usaban en situaciones de consumo o con grupos de consumidores. También aquellas asociadas a hechos delictivos o a situaciones de cárcel. Lunfardo de delincuentes. (Ejemplos: trucho, gato, botón, bigote, roquet, faso/porro, merca/falopa/mandanga, bicho, escruche, choreo, etc.)

- Tener más de 3 mudas de ropa (una puesta, otra limpia en su estante, la tercera para lavar)
- Tener desodorantes, perfumes, maquinas de afeitar en el cuarto
- Tener encendedor sin permiso del equipo terapéutico
- Entregar o recibir objetos en las visitas que no hayan pasado antes por el staff
- Tener sexo entre compañeros.
- Manejarse con violencia verbal
- Manejarse con violencia física
- Hablar de terceros

FUGAS

Es importante desde el vamos, acordar una estrategia sólida entre la red de contención y la institución, para dejar en claro los pasos a seguir en caso de que el paciente se fugue durante una salida terapéutica.

Desde el mismo instante en que se fuga, el paciente por lo general, primero consigue y consume sustancias y después pone en marcha una estrategia de “ablande” de la familia tratando de negociar dos puntos:

- Que lo dejen quedarse en la casa familiar
- No volver a la Comunidad

Si usted quiere solucionar el problema con rapidez, dígame que sí a las dos condiciones, así ya lo tiene rápidamente en su casa, y avísenos, para diseñar juntos la forma de re internar al paciente.

Si por el contrario, el paciente lo quiebra con la estrategia de “ablande”, relea la nota al pie del comienzo de este manual número 6 y el párrafo de Narcóticos Anónimos: **no importa lo que el paciente le prometa, está con abstinencia y más tarde que temprano volverá a consumir.**⁴⁶

FINAL DEL TRATAMIENTO

Cumplidas su reinserción social y laboral o educacional, los pacientes son externados o promovidos a tratamiento ambulatorio, por lo que pasarán en comunidad a lo sumo una o dos noches por semana, asistiendo a grupos y terapia individual.

Al regresar a la Comunidad se les hará un reactivo para constatar que no hayan consumido drogas ni alcohol durante su salida.

Al pasar a la externación o ambulatorio, se les asigna una fecha para el final del tratamiento, la que recibirá si logra cumplir con los objetivos acordados para esta última fase.

⁴⁶ Si pese a todo esto, la red decide exponer al paciente a las consecuencias tremendas de que él vuelva a decidir qué quiere hacer, la familia tiene que venir a la Comunidad en horarios administrativos para firmar un documento que se envía a la obra social y al juzgado de familia, dejando constancia de que la familia decidió interrumpir el tratamiento pese a la opinión contraria de los especialistas. Este trámite debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores a la fuga. Ese es también el plazo para retirar las pertenencias del paciente. Fuera de ese término, la Fundación no se hace responsable por esas pertenencias.

Si bien sabemos que la adicción es una enfermedad crónica que no tiene cura y que necesitará diligente atención permanente, es un hecho que en algún momento el tratamiento llega a su fin, ocurriendo el alta del tratamiento y no de la enfermedad.

Conscientes de la complejidad de este paso del adentro de la contención al afuera del medio, se han diseñado actividades de apoyo y facilitación del proceso. Dichas actividades y condiciones son:

Pre alta del tratamiento

1. Ceremonia de pase

Aproximadamente con un mes de anticipación a las fechas previstas para el alta del tratamiento, los pacientes que tengan al menos un año de tratamiento y cumplan con los objetivos terapéuticos, son convocados a un grupo con sus familias donde se anuncia el alta futura y se los pasa al dispositivo de pre alta, explicando objetivos, estructura y demás de esa área.

2. Area física de pre alta de tratamiento

Dispone de dos habitaciones, tres baños, dos duchas y comedor. A futuro se abrirán puertas para que los pacientes en esta condición ingresen directamente desde el estacionamiento.

3. Objetivo terapéuticos para pacientes en pre alta

Continúan con sus beneficios y cumplen con la estructura general de la Comunidad. Sus responsabilidades serán coordinar grupos y hacer acompañamientos de pacientes recién llegados. También, retomar el contacto diario con todos los integrantes del equipo terapéutico con el que iniciaron su recuperación.

Post alta del tratamiento

1. Dispositivo para los pacientes que reciben al alta del tratamiento y que se extiende durante 12 meses y consta de dos opciones:

- El paciente asiste a la Comunidad una jornada (sábado o domingo de 0900 hs a 1800 hs) cada 15 días.
- Asiste un fin de semana por mes a la Comunidad (0900 hs del sábado a 1200 hs del Domingo)

En ambos casos: se le realiza control de orina, asiste a grupo post alta, colabora con el Staff y da testimonio a las familias.

Obviamente, el dispositivo no es obligatorio, pero la asistencia muestra el grado de compromiso del paciente con su recuperación. La ausencia será siempre señal de problemas.

EMBRUJOS, TRUCOS Y ENGAÑOS

*Para vivir existen tres métodos: mendigar, robar
o realizar algo.*

Conde de Mirabeau (1749-1791).

TE DOY MI PALABRA, JURO QUE ES VERDAD

Si usted conoce a su adicto, no hace falta que le digamos que miente. Lo que sí puede ser que no sepa es que la mentira es una conducta habitual de los que sufren adicción.

Al estar enfermas las funciones más elaboradas del cerebro, no logran entender que son responsables de sus actos, se distraen, tienen mala memoria, son impulsivos, pero, sobre todo, buscan resolver los problemas con estrategias débiles o absurdas, por lo general, deshonestas, tratando de evitar hacerse cargo de los conflictos que generan.

Muchas veces eligen mentir, con argumentos por lo general impactantes, pero “con patas cortas”. Basta confrontar lo que dicen con algún compañero, para que el mentiroso quede en evidencia.

No importa lo absurda o complicada que la fábula parezca, todas comparten una misma condición: buscan sacudir al que escucha, angustiarse, dejarlo “enganchado” del sentimiento que el adicto quiere que el otro sienta.

Aquí en San Camilo es continuo el circular mentiritas, mentirotas, inventos y/o manipulaciones que buscan por lo general generar caos, confusión, y el síndrome del “teléfonos descompuestos”.

A continuación, le ofrecemos una lista de las fábulas/cuentos/chamuyos más usados por los pacientes para atrapar/angustiar al familiar que lo visita:

- **Te juro que no me drogo más**
- **Ya estoy curado**
- **¿Adónde me trajiste? ¿Qué tengo que ver yo con todos éstos?**
- **No te puedo abrazar, estoy muy medicado**
- **Traeme cinco docenas de empanadas, acá te matan de hambre**
- **Voy a hacer lo que vos quieras, nunca más te desobedezco**
- **¿Qué calovero? Te morís de frío!!**
- **Si tengo ganas de consumir no digo nada, total acá nadie te escucha**
- **¡¡No aguanto más el encierro, si sigo acá voy a salir peor!!**
- **¿Qué termotanque? El agua está siempre helada!!**
- **Ya entendí, sacame, por favor, sacame.**
- **De noche te maltratan, te pegan, te arañan, muerden, embrujan, teletransportan, aúllan, asfixian, disfrazan**

- **¿Cómo que llamaste? Nadie me avisó. Sabés que pasa? quieren que te odie**
- **No me entregaron las cosas que mandaste, se las quedan ellos**
- **¿Quién? ¿Yo? No, de ninguna manera!!**