

C.T. “ESCUELA DE VIDA”

FASES DEL PROGRAMA TERAPEUTICO

FASE ACOGIDA
Modalidad Residencial
Sede: Zapallal

FASE
COMUNIDAD TERAPEUTICA
Modalidad Residencial
Sede: Trapiche - Comas

FASE
REINSERCIÓN SOCIAL
Modalidad Ambulatoria
Sede: Santa Beatriz

REINSERCIÓN SOCIAL

- *La RS es la fase final del Programa a la que se accede luego de pasar de 12 a 15 meses en las dos fases anteriores.*
- *La RS es la fase más importante y la más extensa de todas.*
- *La RS no debe ser considerada como una prueba del trabajo realizado en la CT.*
- *Las estrategias terapéuticas a utilizarse en la RS son muy diferentes a las utilizadas en las dos fases anteriores.*
- *El trabajo con las familias de los residentes se constituye en la piedra angular del tratamiento.*
- *La RS permite el cambio de la estructura terapéutica grupal a la individual.*
- *Muchas veces la RS debe ser una INSERCIÓN social, ya que en muchos de nuestros residentes no existen conductas sociales adecuadas previas al consumo.*

OBJETIVOS DE LA RS

DEFINICIÓN

- ***La RS es un proceso educativo a lo largo del cual el residente interiorizará las normas y valores sociales que le permitirán desenvolverse adecuadamente en su medio social. Desarrollando actividades acordes al sentido de vida que él mismo ha elaborado***

OBJETIVO GENERAL

- ***Posibilitar el funcionamiento social productivo de la persona bajo un estilo de vida saludable y autónomo.***

OBJETIVOS DE LA RS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las capacidades de Inserción o Reinserción social con las que cuenta el residente.
- Realizar una evaluación de las habilidades laborales y/o académicas de los residentes.
- Analizar la dinámica familiar a la que retorna el residente.
- Brindar orientación vocacional, profesional o laboral a los residentes que así lo requieran.
- Hacer un Proyecto de Vida, bajo el modelo del planeamiento estratégico (análisis FODA) de cada una de las ocho áreas de vida.
- Brindar estrategias, específicas e inespecíficas, de afrontamiento.
- Iniciar el acompañamiento personal al residente y su familia.

FASES DE LA REINSERCIÓN SOCIAL

FASE A

- **Es la fase inicial de la RS, tiene una duración aproximada de dos meses. La presencia del paciente es de tres veces por semana en los grupos.**
- **El residente vive en el Programa y brinda apoyo de dos tipos: administrativo en las Oficinas del Programa; y Educativo en la Fase de Acogida (Jefe de Grupo).**
- **Tiene salidas programadas de fin semana.**
- **El residente tiene que comenzar a realizar sus proyectos a corto plazo relacionados con su salud, documentación, asuntos legales, o situaciones pendientes.**
- **Aquí se inicia la reinserción familiar, indispensable para la elaboración del Proyecto de Vida.**
- **El residente va viendo las oportunidades de formación académica y/o laboral, así como se hace un acercamiento a la realidad laboral.**
- **Conseguidos los objetivos propuestos el residente solicita su pase a la siguiente fase.**

FASES DE LA REINserCIÓN SOCIAL

FASE B

- Es la fase intermedia de la RS, tiene una duración aproximada de seis meses.
- El residente vuelve a su medio familiar y asiste al Programa tres veces por semana
- Al iniciar esta fase el residente debe comenzado a realizar su Proyecto de Vida, principalmente en los planos laboral y de estudios.
- Esta fase permite verificar los planos de comunicación entre el residente y su familia, así también la capacidad de manejo personal en las diversas situaciones sociales.
- Comienza el entrenamiento en respuestas asertivas ante probables situaciones de riesgo.
- Se brindan orientaciones sobre el manejo del dinero, drogas sociales (alcohol y tabaco), ocio y tiempo libre, actividades sociales y recreación.
- A través de seminarios se tratan los aspectos principales de sexo y sexualidad.
- La planificación laboral implica la elaboración de Curriculum Vitae y entrenamiento en Entrevistas de empleo.
- Una vez que el residente consigue establecerse en su familia, con sus estudios y/o un empleo, se le promueve a la siguiente fase.

FASES DE LA REINSERCIÓN SOCIAL

FASE C

- **Es la fase final de la RS, tiene una duración aproximada de seis meses a un año. El residente asiste una vez cada 15 días, espaciándose más el seguimiento.**
- **Es la consolidación y verificación de la resocialización e integración social.**
- **El residente presenta mayor autonomía, independencia y mayor desarrollo de estrategias de afrontamiento.**
- **La recuperación de sus roles familiares posibilitan una estrategia de toma de decisiones óptima.**
- **La seguridad personal ante situaciones de riesgo va en aumento.**

ÁREAS DE LA VIDA EN RS

1. ÁREA FAMILIAR

- ⊕ Definir la estructura y dinámica familiar del Residente
- ⊕ Posibilitar una inserción paulatina en su medio familiar.
- ⊕ Definir o redefinir su rol en la familia.

2. ÁREA SALUD (Cuidado de sí mismo)

- ⊕ Asumir y controlar su propio estado físico.
- ⊕ Aprendizaje de conductas preventivas y profilácticas.
- ⊕ Mantener los buenos hábitos de cuidado e higiene.

3. ÁREA AFECTIVA

- ⊕ Eliminar las actitudes de dependencia afectiva.
- ⊕ Comenzar o reanudar sus relaciones afectivas adecuadas con la familia, pareja y otras personas significativas.
- ⊕ Saber sobreponerse a posibles rechazos o ruptura de vínculos afectivos.

4. ÁREA LABORAL-PROFESIONAL

- ⊕ Organizarse apropiadamente para conseguir empleo.
- ⊕ Conocer sus intereses y aptitudes laborales.
- ⊕ Participar en planes de capacitación y formación laboral.

ÁREAS DE LA VIDA EN RS

5. ÁREA SOCIAL

- ⊕ Identificar sus posibles, o reales, redes sociales sanas.
- ⊕ Propiciar actitudes adecuadas al interior de sus redes sociales.
- ⊕ Saberse parte de un grupo social determinado.

6. ÁREA FINANCIERA

- ⊕ Conseguir una fuente de ingresos adecuada y segura.
- ⊕ Administración adecuada de medios personales y dinero.
- ⊕ Permitir la verificación y control familiar de tal manejo.

7. ÁREA ESPIRITUAL

- ⊕ Descubrir e identificar su sentido fundamental de vida.
- ⊕ Cultivar un sentido moral y de valores trascendentes.
- ⊕ Posibilitar su realización personal.

8. ÁREA DE INTERESES PERSONALES

- ⊕ Descubrir sus intereses personales para su tiempo libre.
- ⊕ Realización de actividades de diversión y gozo saludables.
- ⊕ Mantener su motivación por medio de la realización de tales actividades

Distribución de la muestra según la Comunidad Terapéutica de procedencia

Comunidad Terapéutica	Nº de pac.	%
Ayudémonos (Norte)		
Escuela de Vida (centro)	26	29.5
Ayuda en Acción (Sur)	38	43.2
	24	27.3
Total	88	100.0

Distribución de la muestra de acuerdo a la edad de los pacientes

Edad	Nº de pacientes	%
18 – 22 años	20	22,7
23 – 27 años	13	14,8
28 – 32 años	13	14,8
33 – 37 años	15	17
38 – 42 años	9	10,2
43 – 47 años	18	20,5
Total	88	100

Distribución de la muestra según la sustancia principal de consumo

Sustancia de Consumo	Nº de pac.	%
Pasta Básica de cocaína	43	48,8
Alcohol	19	21,6
Clorhidrato de cocaína	16	18,2
Marihuana	10	11,4
Total	88	100

Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de consumo

Tiempo de consumo	Nº de pacientes	%
0 – 1 año	1	1,1
1 – 3 años	9	10,2
3 – 5 años	11	12,5
5 – 10 años	15	17,1
10 – 15 años	16	18,2
15 años a más	36	40,9
Total	88	100

Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de abstinencia

Tiempo de Abstinencia	Nº de pacientes	%
0 – 1 semana	1	1,1
1 – 2 semanas		
2 semanas – 1 mes	9	10,2
1 – 6 meses	43	48,9
7 – 1 año	18	20,5
1 – 2 años	12	13,6
2 – 3 años	4	4,5
3 – 5 años	1	1,1
Total	88	100

Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento	Nº de pacientes	%
0 – 1 semana	1	1,1
1 semana – 1 mes	10	11,4
1 mes – 6 meses	40	45,5
7 meses – 12 meses	21	23,8
13 meses – 18 meses	16	18,2
Total	88	100

Ordenamiento de las escalas según preferencias

ESCALAS	Media	Desv. Stand.
1. Planificación	2,84	.6186
2. Afrontamiento activo	2,80	.7404
3. Postergación del afrontamiento	2,76	.6929
4. Acudir a la religión	2,75	.9246
5. Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales)	2,68	.7050
6. Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)	2,64	.7877
7. Aceptación	2,60	.6270
8. Evadir el afrontamiento	2,50	.6511
9. Enfocar y liberar emociones	2,45	.6457
10. Desentendimiento mental	2,28	.6495
11. Supresión de actividades competentes	2,22	.6721
12. Negación	2,16	.4851
13. Desentendimiento conductual	2,70	.6124

CONCLUSIONES

- El presente estudio demostró la validez del Inventario de Afrontamiento del estrés COPE.
- Los estilos de afrontamiento que prefieren los drogadependientes son: *planificación, afrontamiento activo, postergación del afrontamiento y acudir a la religión.*
- Los de menor preferencia son: *desentendimiento conductual, negación, supresión de actividades competentes y el desentendimiento mental.*
- Los drogadependientes prefieren centrarse en el problema antes que en la emoción.
- Una característica resaltante es el *acudir a la religión*, que entre estudiantes universitarios es de las últimas en preferencia.
- No se encontraron diferencias entre los estilos de afrontamiento utilizados y el tiempo de consumo.
- Al utilizar la variable tiempo de abstinencia encontramos que los que menor tiempo de abstinencia tienen prefieren los estilo de enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual.
- Los consumidores de alcohol prefieren el afrontamiento activo y la supresión actividades competentes, siendo estas dos las de menor preferencia en los consumidores de cocaína.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- Se define a la Recaída como la restitución del comportamiento adictivo luego de un considerable periodo de abstinencia. Las recaídas pueden manifestarse como el consumo de la droga-problema, el retorno al estilo de vida antiguo, consumo de drogas sustitutas, actividades de riesgo u otros comportamientos compulsivos. (Litman, 1983; Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, 1985b, Chiauuzi, 1991)
- Desliz y Recaída son los extremos de un continuo de la dimensión de las recaídas en general. El Desliz es una falta, la Recaída es un paso atrás; el desliz es una violación de una regla autoimpuesta, la Recaída es eliminación del nuevo estilo de vida; el desliz puede ser el inicio de una Recaída. Ni el Desliz ni la recaída deben ser considerados como fracasos-
- La prevención de recaídas es definida como un *programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de conductas adictivas*, (Marlatt, 1993)
- Dos procesos se dan, interrelacionadamente, en el mantenimiento de la abstinencia: la autoeficacia y el afrontamiento.
- La secuencia de la Recaídas, según Marlatt, se inicia con:
 - a) Toma de decisiones aparentemente irrelevantes
 - b) Situación de alto riesgo
 - c) Respuesta de afrontamiento inadecuada
 - d) Disminución de la Autoeficacia
 - e) Consumo

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

DIMENSIÓN

INTRAPERSONAL

- Mal manejo de estados emocionales intensos.
- Insatisfacción personal
- Apetencia (manifiestas y encubiertas)
- Falsa Autosuficiencia
- Minimización de su problema adictivo
- Considerar irremediable su situación
- Falta de comunicación
- Inseguridad
- Trastornos mentales

DIMENSIÓN

INTERPERSONAL

- Conflictos de Pareja
- Conflictos familiares
- Presión social
- Problemas económicos
- Desempleo – Problemas laborales
- Ausencia de soporte social
- Abandono del seguimiento
- Enfrentar situaciones de alto riesgo
- Reuniones sociales
- Permisividad familiar

- El proceso de cambio en la prevención de recaídas tiene lugar en 3 etapas:
 1. Asumir el compromiso de querer cambiar.
 2. Llevar a cabo el cambio.
 3. Mantener el cambio logrado.
- Las situaciones de alto riesgo son definidas como *cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representan una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de una recaída.*
- Los principales factores cognitivos que median la habilidad de una persona para enfrentar situaciones de riesgo:
 - a) Autoeficacia
 - b) Expectativa de resultado

Si un sujeto recae es que puede ocurrir lo siguiente: ausencia de respuestas de afrontamiento, o que estén inhibidas por la ansiedad o miedo; que no perciba la situación como de alto riesgo o que el proceso de cambio haya ido deteriorándose de forma gradual.
- El “efecto de violación de la abstinencia” (EVA) presenta como elementos cognitivos: la disonancia, autoimagen negativa, atribuciones erróneas y el deseo de volver a consumir.

Manejo del estrés en la prevención de recaídas

- Proseguir con los cambios hacia un nuevo estilo de vida.
- Entrenamiento para detectar situaciones generadoras de estrés.
- Efectos negativos del estrés en su persona.
- Uso de técnica terapéuticas para manejar el estrés:
 - a) Elaboración de alternativas de conductas en la Cadena de la recaída.
 - b) Reestructuración emocional
 - c) Utilizar los soportes sociales y terapéuticos.
 - d) Renovar el compromiso de cambio y nuevo estilo de vida.

AUTOEFICACIA

Marlatt, Baer y Quigley (1995)

- 1. Autoeficacia de resistencia:** son los juicios sobre la propia capacidad para evitar el consumo previo a la iniciación del hábito.
- 2. Autoeficacia para la reducción del daño:** es la eficacia para la reducción del riesgo tras el uso inicial.
- 3. Autoeficacia de acción:** es la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o el consumo controlado.
- 4. Autoeficacia de manejo:** relativa a la eficacia anticipatoria para manejar las crisis de recaídas.
- 5. Autoeficacia de recuperación:** implica el restablecimiento del manejo tras los episodios de recaídas.