



Impacto del Programa de Recuperación de Adictos del Instituto Nacional de Salud Mental

Psiquiatría-Dra. Dora de Da Costa

Coral, Diana E-8-100494

Chavéz, Liliana J211172

Martinez, Stephany 8-864-2020

Padrón, Manuel 8-854-1318

Waithe, Darcy 8-850-1413

ÍNDICE

Introducción.....	2
Objetivos.....	3
Hipótesis.....	3
Justificación.....	5
Contenido.....	6
I. Consumo De Drogas.....	6
1.1 Adolescentes.....	6
1.2 Adultos(As).....	6
II. Características De Un Adicto.....	7
III. Las Drogas Y El Efecto Nivel Mental.....	8
IV. El Tratamiento Para La Adicción.....	9
4.1 Diferentes Formas De Rehabilitación.....	10
V. Centro De Estudios Y Tratamiento En Adicciones Del INSAM.....	10
5.1 Principios Del Programa.....	12
5.2 Tratamientos Ambulatorios.....	12
5.3 Centros De Día.....	13
5.4 Procesos En Los Centros De Trabajo.....	13
5.5 Grupos Autoayuda.....	14
VI. Metodología.....	15
6.1 Programa Minnesota.....	15
6.2 Los Doce Pasos De Alcohólicos Anónimos.....	17
Recomendaciones.....	19
Conclusión.....	20
Bibliografía.....	21
Anexo.....	22
Estructura simplificada de un proceso de evaluación.....	26
Ejemplo de los elementos de un sistema de tratamiento.....	25
Proceso de tratamiento y atención.....	24
Marco de gestión de la ejecución en los Estados Unidos de América.....	23

INTRODUCCIÓN

La salud mental, según el Comité de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) se define como "El goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social".

La salud mental es también un proceso de búsqueda, una necesidad del individuo, la familia y la sociedad. Es un balance dinámico en continuo movimiento, de cada persona consigo misma y con su contexto para producir, reproducir y transformar su existencia. Incluye la idea de crisis, esperada e inesperada, común a la condición humana, siendo determinante la participación activa de la persona en la posibilidad de dar respuestas a sus propias crisis y a los cambios del contexto social. Salud mental es la posibilidad de participar en proyectos compartidos que permitan a la persona trascender en su existencia y verse reflejada en el otro, construyendo su propia identidad.

Un adicto puede ser dependiente, ya sea emocional, física o fisiológicamente, dependiendo de las drogas usadas. Sus intensos deseos le conducen a conseguir por cualquier medio la droga. Satisfacer su deseo se convierte en la mayor prioridad del adicto, incluso al costo de perder todo aquello que alguna vez fue importante: empleo, hogar, amigos y familia.

La adicción a las drogas es una dependencia obsesiva a una droga legal o ilegal. Las drogas pueden incluir medicación prescrita, drogas ilegales y alcohol. Aunque un adicto puede usar más de una droga, usualmente esta persona tiene una "droga de preferencia": su adicción más fuerte a vencer. Pese a esto hay que saber diferenciar lo que es la dependencia de lo que puede llegar a ser un hábito.

El tratamiento puede definirse, en general, como una más intervención estructurada para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Fármacodependencia, el término "tratamiento" se aplica al "proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este.

En los últimos años se han hecho esfuerzos concretos por establecer servicios de tratamiento integral. Esos servicios constituyen la integración de distintos métodos de tratamiento, encaminados a ayudar a las personas a lograr una abstinencia duradera.

OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo de la rehabilitación es el de permitir el crecimiento personal y el desarrollo de una personalidad autónoma y franca, que pueda vivir contenta y satisfecha sin droga y que sea perfectamente capaz de reintegrarse y reinsertarse socialmente.

Objetivos Específicos

- Contribuir a la rehabilitación y reinsertación de los usuarios con problemas de adicciones.
- Lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible.
- Concientizar a la población panameña sobre la importancia de la rehabilitación para mejora de la sociedad.

HIPÓTESIS

- El proceso de rehabilitación que hace un adicto no solo es eficaz si éste se interna (internación), sino que el tratamiento se puede llevar a cabo desde otras formas de rehabilitación, sin necesidad de que el adicto en recuperación permanezca dentro del centro durante todo su proceso de tratamiento.
- Una persona adicta no puede recuperarse por sí sola sino que para poder lograr rehabilitarse necesita ayuda de profesionales especializados en el tema que la guíen y ayuden en su tratamiento.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El tema de la recuperación de las adicciones es hoy una preocupación mundial y una de los objetivos prioritarios de organismos internacionales y nacionales de la salud, los que permanentemente impulsan campañas destinadas a la prevención de las mismas.

Dentro de esta estrategia, una línea de acción de la mayor importancia es la de difusión oportuna de la información tanto entre la población general como entre los que toman decisiones, los responsables de programas, los educadores y los comunicadores. La información permite mantener un monitoreo actualizado de la dinámica del problema y de las necesidades y recursos disponibles para el desarrollo de las acciones requeridas.

Los esfuerzos por tratar rehabilitación y reinserción de los usuarios con problemas de adicciones en Panamá, ¿son suficientes?. Hay que tener presente que todas las personas adictas requieren de internamiento y de llevar un proceso de desintoxicación.

IMPACTO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE ADICTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

En las últimas décadas el uso indebido de drogas ha surgido como una de las problemáticas más difíciles de resolver por el ser humano. Su extrema complejidad producto de la interacción de diversos factores en su génesis y desarrollo las mantiene afectando en forma constante al hombre contemporáneo. Nuestro país no ha sido la excepción al fenómeno y los panameños vivimos en carne propia sus terribles consecuencias a diario.

I. CONSUMO DE DROGAS

Para analizar el consumo de drogas en nuestro medio se describirán los grupos de edades más importantes: adolescentes y adultos(as).

1.1 Adolescentes

Para hablar del consumo de drogas por adolescentes en el país, la base es la aplicación de la encuesta DUSI (Drug Use Screening Inventory), actividad realizada por la coalición de Panamá por una Comunidad Libre de Drogas del Despacho de la Primera Dama en 1996. Esta encuesta fue aplicada a estudiantes panameños de séptimo, octavo y noveno de la Básica, tanto de colegios públicos y privados, de áreas urbanas y rurales de todo el país.

En este estudio, se pudo ver que el alcohol es la droga legal de más prevalencia de vida (o sea la que más han consumido los estudiantes alguna vez en su vida) con 41.2%, seguida por el tabaco con 11% y los tranquilizantes con 6.7%.

En cuanto a las drogas ilegales, la prevalencia de su vida resultó bastante baja, ya que estuvo debajo del 1%, la marihuana fue de 0.7%, la de la cocaína fue de 0.6% y la del crack 0.5%. Sin embargo, es bueno destacar que no es fácil que el estudiante refiera su consumo de drogas, principalmente si estas son ilegales, por lo que siempre encontraremos un subregistro en todos los estudios que se realicen bajo esta metodología.

1.2 Adultos(as)

Para analizar la problemática en este grupo etario nos basamos en los estudios de Vigilancia Epidemiológica sobre uso de sustancias psicoactivas dirigidas por el Departamento de Prevención y Control de Farmacodependencias del MINSA y patrocinadas por la CICAD/OEA en 1992 a 1996, en los dos cuartos de urgencia de los hospitales más grandes de la ciudad capital,

como son el Complejo HospitalarioMetropolitano de la CSS y el Hospital Santo Tomás. Es importante señalar que a diferencia del estudio anterior DUSI que fue a nivel nacional, éste sólo incluye una muestra de la ciudad capital. Sin embargo, nos da una aproximación de la problemática.

En este estudio, en cuanto a las drogas legales, el alcohol fue el de más alta prevalencia de vida durante los cinco años (1992-1996), alcanzando una prevalencia de 79.9%, seguida del tabaco con 47.9%, y los tranquilizantes con 13.5%. Entre drogas ilegales, la marihuana fue la más prevalente con 7.3%, seguida por la cocaína con 4.8% y el crack con 1.9% en este mismo año.

Es importante explicar que el consumo de drogas tanto legales como ilegales fue ascendiendo de 1992 hasta 1994, cuando se alcanzó el pico más alto. Disminuyó en 1995, para nuevamente ascender en 1996, pero sin llegar a los niveles de 1994, lo que pudiera sugerir que el consumo de droga tiende a estabilizarse en la ciudad de Panamá.

También es importante señalar que el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es mayor en los hombres que en las mujeres, con excepción del consumo de tranquilizantes que es mayor en el sexo femenino.

II. CARACTERÍSTICAS DE UN ADICTO

La anomia del adicto, le promueve pobreza en la identidad, falta de límites, confusión y miedo respecto de la realidad que lo circunda, trastornos en el manejo de la agresión y perversión de los valores que guían el propio accionar.

Podríamos decir que la problemática del adicto se refleja en la falta de un proyecto de vida que le brinde o que esté sostenido por identificaciones. Esta falta la suplirá con la droga, pegándose a la etiqueta de "drogadicto", siendo ésta la única que lo representa.

La cotidiana realidad muestra que los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa. A pocos escapa que la adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular. Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc. Y cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas, pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. En ese contexto se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución". El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, dado que el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa.

Así las cosas, la relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, la comunicación se interrumpe, y hay pérdida de confianza, alejamiento y toda una

secuela de alteraciones en la convivencia. Y como conseguir y usar la droga se ha vuelto casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas, y no les importa nadie más que ellos mismos. De la misma forma en que se comportaría el organismo cuando tiene sed o hambre al faltarle el agua o el alimento necesario, así se comporta el cerebro del adicto con respecto a la droga. El centro instintivo del cerebro es el que le avisa al adicto que necesita la sustancia con la que ha establecido una dependencia. Así surge el afán del adicto por satisfacer su deseo tan fuerte. De modo que el deseo de consumir droga es un mensaje urgente de supervivencia para el adicto (consume o muere).

El adicto no controla la droga. Es la droga la que controla al adicto. La droga altera el funcionamiento sistema nervioso central y produce cambios en los estados de ánimo y en el comportamiento normal de la persona.

Ninguna droga puede hacerse psicológicamente atractiva, sin que hayan ocurrido estos cambios físicos en la actividad celular del cerebro, los cuales- resultan de, y contribuyen a- el uso repetitivo y creciente de la sustancia.

El desequilibrio químico en el cerebro, que es la enfermedad como tal, lo causa la pérdida creciente de neurotransmisores, sustancias químicas que nos provocan todo tipo de emociones. Los neurotransmisores se pierden porque la droga bloquea los receptores o los emisores que debieran recibirlos, y así impide que los neurotransmisores sean asimilados por la célula que lo produjo. Esa mecánica constituye la parte biológica de la enfermedad.

Un dato interesante de saber es, que el efecto emocional intenso de la droga, no es resultado de la droga en sí, sino del exceso de neurotransmisores, que asaltan en mayor cantidad a las pocas neuronas que no están bloqueadas por la droga.

III. LAS DROGAS Y EL EFECTO NIVEL MENTAL

El cerebro no llega a percibir claramente la relación entre el consumo de la droga y las consecuencias negativas que le produce.

El cerebro racional se convence a sí mismo de que es lógico responder a la necesidad de drogarse, porque la droga le causa enorme alivio de la ansiedad y de la angustia, además de que le borra todo sentido de culpa. Pero como aparte de eso, le produce tantas lagunas mentales en las que se reprime, o definitivamente se olvidan los comportamientos vergonzosos, la persona solo relaciona el recuerdo del consumo, con las memorias de placer y no con ninguno de los aspectos desagradables que le trae como resultado.

En fin que la locura del adicto no es lo que hace cuando está bajo el efecto de la droga, sino el que nunca por sí mismo llegara a darse cuenta de que la droga es la causante de sus problemas.

La locura del adicto es el permiso que se dará una y otra vez de volver a consumir, a pesar de las claras evidencias de que su vida se está deteriorando por culpa del consumo.

La parte mental de la enfermedad, consiste pues en un sofisticado sistema de autoengaño, de negación de la realidad y de justificación para volver una y otra vez al consumo.

El deterioro físico y moral se hace evidente con el paso del tiempo. Cuando la conciencia del adicto comienza a advertir que algo anda mal, ha generado para ese entonces tantos sentimientos de culpa y remordimientos, ya porque se ha hecho a sí mismo y a otros, tantas promesas de controlar su adicción que terminan en rotundo fracaso, ya porque su conducta inmoral logre hacer que se odie a sí mismo, que le asalta la inevitable angustia en la que siente que es mejor no haber nacido ni existido nunca. Es este el momento en el que toca el fondo emocional tan horrible en el que la vida pierde todo sentido; y si llegado a este punto, no se produce la intervención necesaria para salvarlo, la enfermedad puede llegar a ser fatal.

Los adictos buscan a personas que compartan sus valores y rituales relativos a la adicción que sufren. De esta manera se evita la incomodidad de confrontación o cuestionamiento y se refuerza la negación. El grupo de uso se convierte en un fuerte componente de la vida social de la persona. El comportamiento tribal separa a los adictos incluso de otros adictos considerados como realmente enfermos. Este aislamiento selectivo puede transformar mucho la psiquis de la persona quien encuentra apoyo a su estilo de vida adictivo, causando además conflictos familiares que pueden llegar a ser muy severos.

Las relaciones familiares se deterioran mientras proceso adictivo avanza. La codependencia resultante termina promoviendo el desarrollo de la adicción. Por otro lado el significado que la familia tiene en el bienestar emocional del adicto disminuye y el adicto invierte cada vez menos energía en las relaciones familiares y más en su grupo de uso.

IV. EL TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN

Consiste en una serie de intervenciones de ayuda para el adicto estructuradas de tal manera que resultan útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por la adicción hacia una mejor calidad de vida.

Cada persona es un ser humano diferente con distintas situaciones de vida y distintas necesidades. Por esta razón cada tratamiento es individualizado de manera que se adecue lo mejor posible a las características contextuales de cada persona. Aparejar la persona que va a tratarse con el tratamiento adecuado es un factor clave en el éxito final del tratamiento.

La consulta inicial, la evaluación, el diagnóstico, la intervención y el tratamiento en sí mismos son partes de un proceso que no está fracturado en etapas sino que forma parte de un continuo de atención. Comprender esta realidad es importante para poder tomar las decisiones pertinentes en cada momento del proceso.

Existen diferentes maneras por las que las personas acuden a los centros de rehabilitación. En general concurre por sí mismo a solicitar ayuda, casi siempre con la adicción ya avanzada, otra posibilidad es que un familiar o amigo lo lleve y la otra es que sea mandado por el juzgado para su rehabilitación.

4.1 Diferentes formas de rehabilitación

1. Grupo de admisión cumple pautas
2. Grupo de autoayuda sin pautas

Existen tres grandes tratamientos diferentes además de los centros de rehabilitación:

- Ambulatorios: Estos tratamientos son para adolescentes y adultos debiendo concurrir pocas veces a la semana dividiéndose en: Grupo terapéutico, Grupo Multifamiliar y Grupo de proyecto de fin de semana.
- Centros de día: Es el más completo de los cuatro. Los pacientes son divididos en grupos teniendo que ir al centro en la semana. Allí reciben un apoyo terapéutico, realizando diferentes actividades, desde talleres hasta charlas.
- Grupo autoayuda: Son los casos que no pueden o no quieren ingresar en los otros grupos. Van pocas veces por semana y generalmente son dirigidos por operadores que fueron adictos, bajo el control de los especialistas del centro.

Hay que remarcar que cada paciente tiene su propio tiempo de recuperación. Otro paso importante es la reinserción general del paciente. Desde el centro se ubica a la persona en alguna actividad para que no sea traumática la vuelta a la sociedad.

Además realiza un pedido a familiares o amigos para que formen una red de gente que no tengan problemas con las adicciones y puedan ayudar al paciente a olvidar de su adicción.

Integra dentro de los objetivos los centros de rehabilitación la prevención, orientación, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia sobre uso de drogas.

Las tareas que se desarrollan en éstos lugares se encuentran a cargo de un equipo profesional interdisciplinario: trabajadores sociales, psicólogos, médicos, terapeutas familiares, profesores en diversas especialidades y coordinadores de grupo, dirigidos por lo general por un Consejo Directivo.

V. CENTRO DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO EN ADICCIONES DEL INSAM

El Programa de Dependencia Química consiste en una alternativa de tratamiento intrahospitalario a nivel estatal.

En 1980, el Comité de Esposas de Ministros de Estado encabezado por la Sra. Yadira de Medrano, esposa del Ministro de Salud de Panamá, gestiona acciones para la construcción de un

recinto que brindará atención a individuos afectados por el alcohol y las drogas. Fue ubicado en el Hospital Psiquiátrico Nacional, con el nombre de Sala de Alcohol y Drogas e inicia su trabajo en 1981. El Estado ante la realidad del consumo de drogas en el país, busca alternativas, e inicia el primer curso de Profesionales en Dependencia Química en febrero de 1986, auspiciado por el MINSA, Cruz Blanca y la Universidad de Miami (EE.UU). La célula motor fue la Dr. Doris Amaya.

En agosto de 1987, un grupo de profesionales, entre los cuales se encontraban la Lic. Hildaaura de Tejada (Trabajadora Social), la Lic. Gloria de González (Socióloga), el doctor Carlos Smith (Psiquiatra), la Lic. Leticia de Ureña (Enfermera) y la Sra. Evadilia Cerrud (Terapeuta Vivencial), dan lugar a un programa ambulatorio de dependencia química con pacientes hospitalizados en las diferentes salas del Hospital, sin local designado. Las terapias eran realizadas al aire libre, donde había que trasladar sillas, material audiovisual, y otros.

Posteriormente, las terapias eran realizadas en el área de la Biblioteca de Trabajo Social. La primera paciente del programa fue una mujer embarazada.

En febrero de 1988, se inicia el tratamiento con familiares. En este año, el Dr. Carlos Smith adquiere su Fellowship en Florida, lo que aunado a otras disciplinas que se fueron agregando, como Terapia Ocupacional por la Lic. Odelvis Muñoz, y Enfermería por la Lic. Mireya

Fueron enriqueciendo el nuevo programa. Comienzan, de igual forma, la capacitación interna de funcionarios. En 1989, la Sala de Alcohol y Drogas cambia su título por Sala de Dependencia Química.

Se potencia la actividad docente, continuando con las consultorías, educación en servicios, entrenamientos y apoyo a investigaciones.

Se realiza el Primer Encuentro de Profesionales que trabajan en Prevención, Investigación y Tratamiento. De igual forma, se celebra el Primer Encuentro de Egresados del Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional. En 1989, se incluye la rotación del Médico Residente de Psiquiatría General en el programa de Dependencia Química. En 1990, el Programa de Dependencia Química brinda pasantías a nivel Nacional. En 1992, se crea la subespecialidad en Psiquiatría de Dependencia Química, por un espacio de dos años en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

De 1996 a 1997, se inicia el programa de cesación de fumadores para pacientes y personal de la Institución, bajo la dirección de la Dra. Yadira Boyd P. De 2000 a 2001 el programa se proyecta fuera de la institución mediante un convenio entre el MINSA y la Asociación Nacional contra el

Cáncer. Para el año 2001 se da el cambio de Programa de Dependencia Química a Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones.

En el año 2003, se inicia el Programa Ambulatorio para adolescentes, como respuesta a la alta demanda existente en el país y, por ser una edad de alto riesgo, en el inicio del consumo. Ya en

este periodo cambia de Programa de Dependencia Química a Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones.

Para el año 2003 la Institución ha formado un total de seis médicos(as) subespecialistas en Dependencia Química, entre los cuales se encuentra la Dra. Juana Herrera (actual Directora General) la Dra. Yadira V. Boyd (actual coordinadora del Centro), el Dr. Juan Mayora, la Dra. Lizbeth Barrera y el Dr. Aris Ramos. Actualmente, se encuentra en formación el Dr. Luis Trejos.

En este orden, con la buena voluntad y el afecto de cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario del Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones, se continúa cumpliendo con la responsabilidad de dar a la población del país una alternativa terapéutica, científica, coherente y sistemática.

5.1 Principios del Programa

El proceso de tratamiento es reeducativo, confrontador, respetuoso de la dignidad humana, fomentando la honestidad como recurso de aceptación de la enfermedad y guía para el subsecuente cambio de conducta.

5.2 Tratamientos ambulatorios

Se entiende por tratamiento ambulatorio aquellas intervenciones en las cuales los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, dedicando el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. Existen modalidades donde las intervenciones se extienden por varias horas al día (modalidades matinales etc.), y otras donde las personas permanecen hasta doce horas en el tratamiento y que se conocen como hospitalización de día. Otras intervenciones están diseñadas para que los pacientes asistan solamente unas horas al día o a la semana, por lo tanto les permiten permanecer más tiempo en sus casas y oficinas, o iniciar la búsqueda de trabajo o de estudio.

Dadas las características de las intervenciones ambulatorias éstas son de bajo costo y de fácil acceso, ya que las personas no se ven obligadas a internaciones prolongadas ni a interrumpir sus trabajos o estudios. Además, el paciente está en permanente interacción con el medio y su familia (si la hubiere), características que hacen de las intervenciones ambulatorias un espacio que incluye no sólo las estrategias de tratamiento propiamente tal, sino que también debe dar respuesta a las contingencias que se originan de las relaciones que el paciente establece con su medio y su familia. Desde esta perspectiva el tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo, en la medida que éste permanece en él.

Se describirá un modelo de tratamiento ambulatorio como una alternativa a optar. Este modelo se diseñó con una duración de doce meses, aproximadamente, en los cuales los primeros seis meses son de actividades fundamentalmente terapéuticas, y los siguientes seis meses son de control y de consolidación del individuo.

La modalidad de tratamiento implementada tiene como características: ser voluntaria, ambulatoria y multidisciplinaria, lo que tiene como ventajas el manejo del problema adictivo en el contexto donde éste se origina y se mantiene. Esto facilita que el paciente conserve sus relaciones familiares y sociales, permite que la labor de inserción social sea hecha durante todo el proceso terapéutico y no solamente al final de éste y además, permite intervenir en las diferentes áreas problemáticas de la persona.

Un programa ambulatorio debe permitir que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas. Para cumplir con esta finalidad las estrategias de tratamiento deben prestar asistencia social, atención médica psiquiátrica, intervenciones de psicoterapia individual y de familia, estrategias de control del consumo y de trabajo grupal.

5.3 Centros de día

Los centros de días generalmente son centros públicos y gratuitos de planes Municipales, están organizados con el fin de prestar la atención más adecuada a las características personales de cada usuario. Visto el diagnóstico y el grado de adicción, se fija un proceso terapéutico específico que se aplica y se revisa periódicamente para adaptarlo a las nuevas situaciones surgidas.

La atención a la familia se considera una cuestión importante y se adapta a su estructura, características y necesidades, para darle un apoyo que se considera esencial y mejorar la calidad de la convivencia en todo el ámbito familiar.

El objetivo fundamental de la rehabilitación consiste en fomentar que los sujetos adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía e integración social de cada caso concreto. Esta integración social, no quiere decir recuperación total, implica convivir y asumir esas deficiencias consecuentes a largos internamientos.

5.4 Procesos en los Centros de Trabajo

1. Asesoramiento e información. En función de la situación de la persona, sus expectativas y demandas se le ofrece información sobre aspectos relacionados con las drogodependencias en general, el proceso que puede seguir en el Centro de Día u otras entidades a las que puede dirigirse, etc.
2. Valoración y diagnóstico. A través de varias entrevistas, los profesionales realizan un estudio de la situación de la persona en diferentes aspectos: social, psicológico, formativo y laboral. También se valoran otros aspectos como la motivación, la actitud ante los cambios que debe afrontar o los apoyos con los que puede contar (familia, amistades, etc.).

Después de realizar esta valoración, el equipo técnico analiza los aspectos a trabajar con la persona y diseñan un plan de intervención. A continuación, el profesional de referencia y la

persona interesada debaten este plan y lo consensúan. Este plan es el denominado itinerario Personalizado de Inserción.

3. Itinerario Personalizado de Inserción. Se trata del conjunto de acciones (formativas, psicológicas, laborales, sociales, etc.) que establecen de mutuo acuerdo la persona interesada y el profesional para llegar al objetivo marcado. Una vez consensuado este plan, se ponen en marcha las diferentes acciones, y ahora si comienza el proceso de rehabilitación de las adicciones.

5.5 Grupos Autoayuda

Un grupo de autoayuda es un conjunto de personas que tienen un problema común y buscan mejores formas de manejar su situación, hablando entre sí y ofreciéndose apoyo. Con reglas claras que lo hace un lugar especialmente apropiado para escuchar con toda atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de todo asunto personal que se comenta, el grupo de autoayuda se hace un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden al participar.

A lo largo de la vida del grupo se genera una manera de pensar y una forma de hacerle frente a la problemática específica que se aborda, mediante ideas, formas de respuesta y todo lo que se ha ido encontrando en común. Se construye así un medio social especializado, para que cada uno pueda aprender, al compartir abierta y libremente todo lo relacionado con una misma situación de vida.

Por el carácter personal de lo que se llega a tratar, se establece un acuerdo de cuidado mutuo. Lo que se dice en el grupo, se queda en el grupo. Pero lo que se aprende, sin detalles personales, es necesario compartirlo y difundirlo. Este acuerdo de secreto y resguardo frecuentemente es nombrado anonimato. Implica un pacto o contrato con el que cada nuevo integrante se compromete a reservarse todos los detalles personales de lo que los otros comparten. Es posible así generar una situación de respeto para que todos puedan hablar libremente. Es mediante este acuerdo que se hace posible la ayuda mutua en el grupo de autoayuda.

En el grupo de autoayuda, los participantes narran sus vivencias y describen lo que les ha sido útil. Para lograr soluciones y un cambio personal, se comparten asuntos propios del tema que en el grupo se trabaja, pero también todo lo relacionado y necesario de hablar y trabajar. Se dice que hay que repasar y hablar los problemas del uno al mil y luego del mil al uno, hasta ver y reconocer su fondo, cambiar su sentido y así encontrar el propio camino.

Cada quien habla todo lo que necesita aclarar para sí, y esto se hace útil para otros. Hay la oportunidad de escuchar con atención, para reconocerse y transformarse. Las experiencias que se narran pueden abrirles caminos a otros. Es entonces que se encuentra apoyo, sin las desventajas de la crítica, la valoración moral y los consejos. Quien habla lo hace para sí mismo. Quien escucha toma lo que le sirve solamente.

A esto se le dice autoayuda, porque cada integrante tiene un compromiso personal con su propio proceso. Al acudir asume un papel activo en la superación de su situación de vida. Pero siendo en grupo, se trata de un espacio social para aprender y ejercitar formas de ser y actuar. Los participantes ponen al centro su propia experiencia, como materia prima para el trabajo. Se ejercitan ahí modos de relacionarse socialmente, para manejarse mejor internamente y en la vida social, con respecto de una situación o problema común. Por este motivo el proceso es de ayuda mutua.

Cada grupo define reglas y características propias y específicas, mismas que enfocan la actividad hacia una misma tarea y objetivos. Se buscan lugares y horarios de reunión convenientes.

Gradualmente, se establece una filosofía y forma de trabajo propia. Esto suele conocerse como la "autonomía" del grupo. Las normas se difunden mediante consignas, frases e ideas que se repiten, especialmente a los integrantes de reciente ingreso.

Una tarea constante en todo grupo de autoayuda es buscar nuevos integrantes. Siendo permanente y sin fecha de terminación, el ingreso de nuevos participantes es esencial para su funcionamiento, además de ser el motivo por el que existe. Son quienes van llegando que renuevan la actividad productiva y constructiva. Hacen revivir el trabajo con respecto a la tarea y tema del grupo. Por eso algunos participantes se encargan especial y cuidadosamente de recibir e informar a cada nuevo integrante o persona interesada.

Lo óptimo es contar con un espacio de reunión gratuito, sin sacrificar la autonomía e independencia del grupo. Como un servicio para la comunidad, empresas y escuelas llegan a facilitar espacios de reunión, cuando se trata un grupo de autoayuda. Para solicitar un espacio de reunión, es importante indicar con claridad cada cuándo, y durante cuánto tiempo se reúne el grupo; sus características y objetivos; el número esperado de participantes; etcétera.

VI. METODOLOGÍA:

6.1 Programa Minnesota

El Modelo Minnesota nacido en Center City- Minnesota está orientado hacia la abstinencia y basado en el programa de DOCE PASOS de Alcohólicos Anónimos, (reconocido mundialmente hace aproximadamente 60 años por su efectividad.), con un abordaje integral y multidisciplinario, lo que significa que incluye el acompañamiento de profesionales como Psiquiatra, Psicólogo, consejeros en dependencia química que colaboran en la definición del camino de la recuperación.

El Modelo MINNESOTA fue creado en los años 40 en el Hospital Estatal Willmar, en Minnesota, Estados Unidos. El Modelo inicialmente fue un programa de atención para alcoholismo, pero muy pronto se propuso también como tratamiento para el abuso y la dependencia de drogas.

Este fue adoptado ampliamente por los profesionales del alcoholismo de dicho país, y de países europeos, donde también se encuentra hoy ampliamente difundido y es el utilizado en este país.

Antes de la década de los cincuenta, sólo existía un período breve de desintoxicación médica y/o el ingreso a un hospital psiquiátrico como atención para el alcohólico. Además se carecía de recursos materiales, había pocos profesionales que querían trabajar y pocos estaban entrenados para ayudar a los alcohólicos.

El modelo de tratamiento surgió de la llamada "Experiencia Minnesota". Entre 1948 y 1950 se fundaron tres centros pioneros de tratamiento de alcohólicos en el estado de Minnesota, USA (PioneerHouse, Hazelden y WillmarState Hospital) que desde entonces han continuados con un trabajo clínico sistemático para desarrollar y revisar este modelo integral de atención al adicto y a su familia. Este es actualmente el modelo normativo en la práctica privada de rehabilitación de adicciones en EEUU.

La "Experiencia Minnesota" partió de conceptos nuevos y cruciales, creando una filosofía de intervención, radical, controvertida en aquella época y cuestionada como viable y practicable.

El modelo Minnesota de rehabilitación es intensivo, de corta duración, ambulatoria y se encuentra a la vanguardia en cuanto a los conocimientos actuales para tratamientos de todo tipo de enfermedades adictivas.

El modelo permite que el paciente no se desligue de su medio ambiente, así como también la pronta incorporación a sus actividades en un periodo de tiempo corto. Estas características propias del modelo son de gran beneficio, tanto para el individuo, como para su familia y la sociedad.

En la época en que el modelo se inicia, a pesar de no poder establecer una relación entre la adicción y alguna condición física o psiquiátrica, se planteó que debería haber congruencia entre considerar el alcoholismo una enfermedad y no responsabilizar a la persona de esta. La implicación, de que el enfermo no es culpable y su consecuencia terapéutica ha sido fundamental para el modelo Minnesota.

Para ellos, es fundamental trabajar primero con la adicción. Si no, se pierde la recuperación de trastornos psiquiátricos o la modificación lograda de problemas sociales y/o físicos. Y a la inversa, ayudar a alguien a aceptar y afrontar realista y honestamente la adicción y no ayudarle a manejar otros problemas vitales agobiantes, resultaría en un fracaso. Las consecuencias asociadas con la adicción se agruparon como multifacéticas, de índole física, psicológica, social y espiritual.

El tratamiento es la intervención directa sobre el proceso primario. Esta fue la idea radicalmente nueva, sobre todo para los profesionales que aprendieron que la adicción siempre era un síntoma de alguna situación subyacente.

El Modelo focaliza en el crecimiento espiritual, la dignidad del individuo y aboga el concepto de enfermedad sin cura, con un cuidado continuo en recuperación. Los objetivos que se proponen lograr son: recuperar al adicto, reinsertarlo en la sociedad, en lugar de encerrarlos o ignorarlos; tratarlos con dignidad y ayudarlos a recuperarse física, mental y espiritualmente.

Para el modelo el concepto de enfermedad es defendible desde la lógica y útil a nivel terapéutico. La anatomía del adicto puede ser comparada con la de las otras enfermedades "legítimas". Además trata la químico-dependencia como una enfermedad porque esto tiene sentido clínico: defiende el tratamiento humanitario para los adictos, mejora el acceso al tratamiento, y promueve la abstinencia. La químico-dependencia debe ser tratada como una enfermedad primaria.

El modelo pretende alcanzar dos metas a largo plazo, por un lado, la de la abstinencia total a las drogas y la segunda la de una mejor calidad de vida.

Para lograr las metas a largo plazo se trabaja con las metas a corto plazo que son, ayudar al adicto y su familia a reconocer la enfermedad y las consecuencias que esta trae. Ayudar a la persona a admitir que está enferma y que necesita ayuda, y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas y/o defectos que tiene que modificar para tener una mejor calidad de vida.

El núcleo del tratamiento es el cambio del estilo de vida, la recuperación se facilita con el apoyo del entorno natural que son la familia, los amigos y los grupos de autoayuda, ya que algunos pacientes lograron ayudarse mutuamente. Informalmente, se forman subgrupos pequeños no estructurados, sin líder. Personas que no pueden ayudarse a sí mismas, a veces, si pueden ayudarse mutuamente

VII. Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

RECOMENDACIONES

- Implementar a la brevedad posible más promoción de centros de rehabilitación a adolescentes y adultos con adicción quitando el estigma en la sociedad.
- La familia debe recibir una mayor atención por parte del Estado para evitar que retiren del proceso de rehabilitación.
- Se precisan campañas televisivas, radiales y periodísticas para concientizar a la población sobre la importancia de la familia y particularmente los niños, niñas y adolescentes.
- Los derechos de los niños, niñas, adolescentes y adultos con problemas de adicción deben ser promocionados en las diferentes organizaciones que tienen que ver con la problemática.
- Las instituciones que trabajan en la lucha contra el consumo de narcóticos y estupefacientes deben propugnar la rehabilitación paralelamente a la prevención.
- Se requiere urgentemente la dotación de infraestructura adecuada para recuperar y reinsertar socialmente a la población infantil y juvenil no solo la población adulta ya que los niños son el futuro.

CONCLUSIÓN

En el transcurso del trabajo fuimos conociendo sobre la rehabilitación con distintos tratamientos. Pudimos reconocer que no todos los tratamientos son iguales y que todos dieron resultados óptimos para la rehabilitación.

Concluimos lo difícil que puede ser una rehabilitación sin un tratamiento y un profesional de por medio. Ya que en general la sociedad no le da la importancia que se merece a una persona con problemas, en éste caso, a una persona con problemas con las adicciones, y por eso se lo deja de lado. Esto hace que a su vez, el adicto se vaya haciendo más grave, sin tener la contención necesaria e imprescindible para lograr una recuperación.

Con todo lo investigado consideramos que a nivel social hay una escasa divulgación sobre los centros de rehabilitación de las adicciones, y más aún es escasa la divulgación sobre los problemas que causan las diferentes sustancias adictivas. Creemos que hace falta más intervención del Estado en promover ésta temática, y por sobre todas las cosas, que los medios de comunicación masivos den a conocer éstos centros de adicciones.

La evaluación del trabajo que realizamos es buena, trabajamos en grupo, ordenadamente. No hubo conflictos internos, ni tampoco movimientos de los integrantes en el grupo de trabajo.

Lo más difícil de éste trabajo resulto ser el marco teórico, ya que no es de fácil acceso la información acerca de los centros de rehabilitación, con respecto a esto, cabe señalar que en los medios de comunicación, tanto como Internet, revistas o diarios, no se divulga mucho éste tipo de información, y por éste mismo motivo fue la parte más dificultosa del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Dr. Jorge Rodríguez, A. e. (2006). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Panamá*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- *Instituto Nacional de Salud Mental*. (s.f.). Recuperado el Enero de 2012, de <http://www.insampanama.sld.pa/secciones/acerca%20insam.html>
- Unidad, D. J. (2007). Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Washington, D.C. En J. d. Araúz, *Desarrollo de la Salud Mental en Panamá* (pág. 117). Panamá: Organización Panamericana de la Salud, INSAM.

ANEXOS

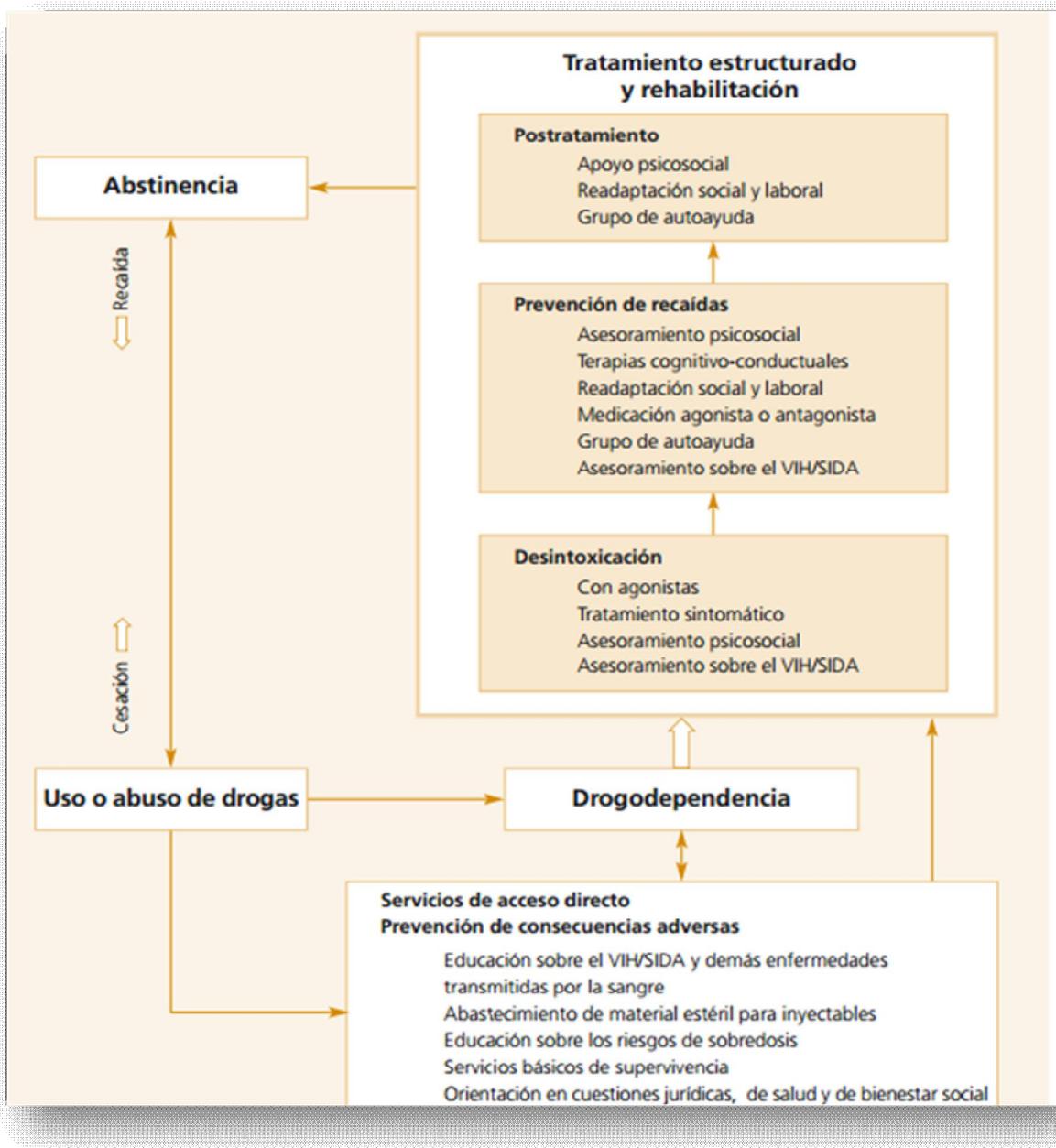
Marco de gestión de la ejecución en los Estados Unidos de América

La Oficina de Fiscalización Nacional de Drogas de los Estados Unidos de América ha elaborado un marco de gestión de la ejecución basado en la siguiente estructura:

<i>Estrategia</i>	<i>Fines</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Metas</i>	<i>Medidas</i>
La estrategia consiste en reducir el consumo (la demanda) de drogas, su disponibilidad (la oferta) y sus consecuencias.	Los fines son las directivas u orientaciones principales de la estrategia.	Los objetivos son las principales líneas de conducta para cumplir los fines deseados.	Las metas son las condiciones finales que se desea lograr, con las cuales se compara la ejecución efectiva.	Las medidas representan los medios (variables y hechos) utilizados para seguir de cerca los progresos realizados con objeto de alcanzar las metas.

El criterio de los Estados Unidos consiste en elaborar un diagrama claro, llamado "modelo lógico", en el que se establece la forma en que los diversos interesados, incluidas las administraciones central y locales y diversas organizaciones no gubernamentales, contribuyen a la aplicación de la estrategia.

Proceso de tratamiento y atención



Ejemplo de los elementos de un sistema de tratamiento

A continuación figura el ejemplo de un sistema de tratamiento que podría aplicarse en zonas con una población de 300.000 a 500.000 habitantes.

<i>Índole del servicio</i>	<i>Proveedor u organización</i>
Tratamiento residencial especializado	Programas de internación y residenciales Programas de rehabilitación residencial
Tratamiento especializado en la comunidad	Programas de asesoramiento y programas ambulatorios Programas de tratamiento especializado en la comunidad
Servicios generales y especializados en la comunidad	Organismos de servicios sociales y de bienestar social Servicios de salud mental en la comunidad
Servicios generales de acceso directo	Atención primaria de la salud Servicios hospitalarios de urgencia Otros servicios de atención hospitalaria
Reconocimiento inicial y remisión de casos	Órganos dependientes del sistema de justicia penal Servicios para los jóvenes Organizaciones de enseñanza y empleo Organizaciones comunitarias

Estructura simplificada de un proceso de evaluación

