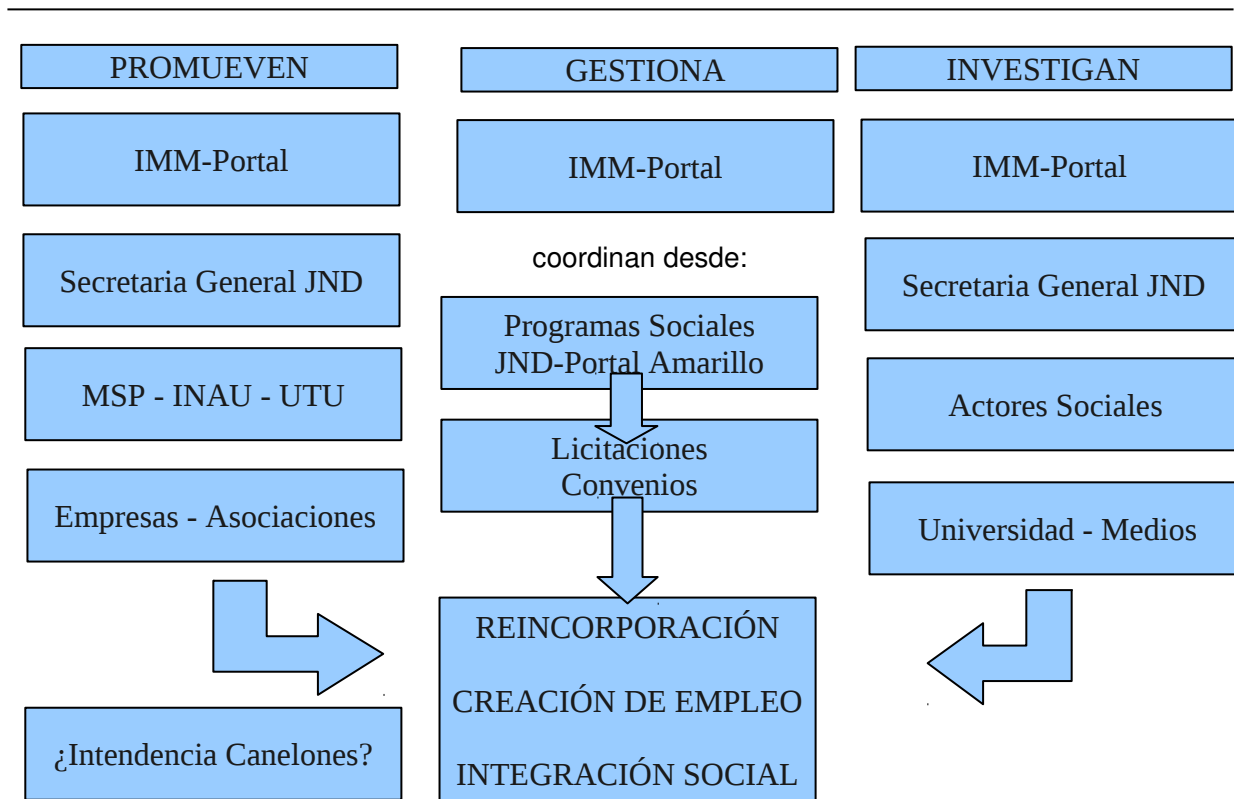


BORRADOR DE PROYECTO PARA LA ASISTENCIA DE PERSONAS USUARIAS PROBLEMÁTICAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ( CTD - TERCERA PARTE) .

DIAGRAMA I



INTRODUCCIÓN:

En este apartado del trabajo, el redactor deja su sitio de semiólogo<sup>(1)</sup>, y medio se apunta como colaborador en el diseño de una CTD pública o concertada, liderada por la Intendencia de Montevideo y la JND en la que se incluyen los actores principales de lo asistencial como el MSP-Portal Amarillo y el MI. Se señala así porque se entiende en la obligación de situar el análisis para centrar el diagnóstico en sus ejes mas importantes (se podría afinar mucho mas y es de suponer que el equipo municipal-estado lo tenga mucho mas afinado) y establecer así el "sitio" que le corresponda al recurso (CTD) dentro del Sistema General o del sub-sistema que pueda existir en el ámbito de relación Estado-Municipios para la planta urbana de Montevideo y Canelones.

(1) - La semiótica o semiología es la ciencia que estudia los síntomas y signos en las ciencias biológicas, la cual se desarrolló en el siglo XX y se introdujo hasta en el diseño industrial. Pero en el campo de las ciencias sociales, se podría decir que la semiótica es muy utilizada por los urbanistas, por los programadores, por sociólogos, cineastas, publicistas, etc.... y en los últimos tiempos por los cocineros.

Dependiendo a que grupo social se oriente, el diseño siguiendo unas reglas, adoptará unas modalidades específicas para su realización. Como ejemplo sencillo: Una puerta con cerradura en las habitaciones de un hospital se considera un disparate, en tanto que en una CTD tiene diferentes significaciones de acuerdo a los grupos de personas que tengan que ver con esos objetos. Es, en el sentido utilitario del término un "objeto de uso" que ha sido diseñado con varias finalidades. En la puerta con cierre se incluye una finalidad ergonómica inmediata (privacidad) otra estética (el modelo de puerta y su cerradura de acuerdo con un proyecto mas general) y una terapéutica-cultural (establecimiento de un espacio inviolable-controlable-protocolizado por el equipo asistencial para los usuarios). Esta triple dimensión del diseño será tomada en cuenta en el modelo propuesto de CTD profesional y pública.

1. – Desde la promoción a la investigación aplicada.



En el diagrama I de la página anterior se exponen las 3 fases de aplicación para el proyecto, con lo cual se observará su grado de complejidad de acuerdo a la naturaleza y posicionamiento que tenga cada uno de los actores sobre el problema, que en el Montevideo Metropolitano ya tiene una Red de Atención organizada, centrada en el Portal Amarillo del MSP con las peculiaridades de tener características de “tercer nivel”, o sea equivalente al de los Hospitales y para el caso de asistencia a drogodependientes, la Autoridad, en directa relación con la Secretaría de la JND.

Debe quedar claro que en la cabecera de las intervenciones siempre deberán estar la Intendencia de Montevideo y la Secretaría de la JND o su delegación en el Portal; esto no se debe de dejar de tener presente, dado le corresponde a la Administración el idear, elaborar, informar, motivar, acordar y coordinar las diferentes fases desde la promoción a la investigación desde su experiencia acumulada durante los últimos años.

Para el municipio pensamos en los servicios de calidad que ya se están ofertando a los ciudadanos, centrado en los recursos necesarios para dar respuesta a la demanda en CTD de las personas afectadas, (beneficiarios directos) familias y entornos sociales próximos (beneficiarios indirectos) como recurso de complemento a intervenciones mas generales o sectoriales que también se vienen haciendo. No corresponde extenderse en estos extremos, dado existe un trabajo de casi 3 años bien protocolizado en el Portal.

Lo que se observa está sucediendo, es que el Portal se ha quedado pequeño para dar respuesta al aumento de la demanda por consumo de PBC.

#### 1.1. - La Promoción.

En los cuadros del diagrama se ha puesto lo que ha parecido de acuerdo con la información actual (octubre 2007) sin que deba ajustarse al 100% de la realidad del Uruguay. Es probable que desde el Área de Desarrollo Social de la Intendencia se tengan en cuenta otros estamentos importantes en el ámbito de la Salud, en las Asociaciones o los relacionados con la Enseñanza. La clave está en el liderazgo de la promoción, que habrá de asumir el Municipio en acuerdo y colaboración con el MSP, desde donde se establecerán las líneas generales de la política a seguir.

De todas maneras, para la primera fase del proyecto no hará falta un “exceso” de promoción aunque se deben de establecer acuerdos de derivación entre los técnicos que ya están preparados en la Red.

El Portal Amarillo será el punto donde se deberá promocionar como otro servicio mas residencial e integrado al equipo asistencial público.

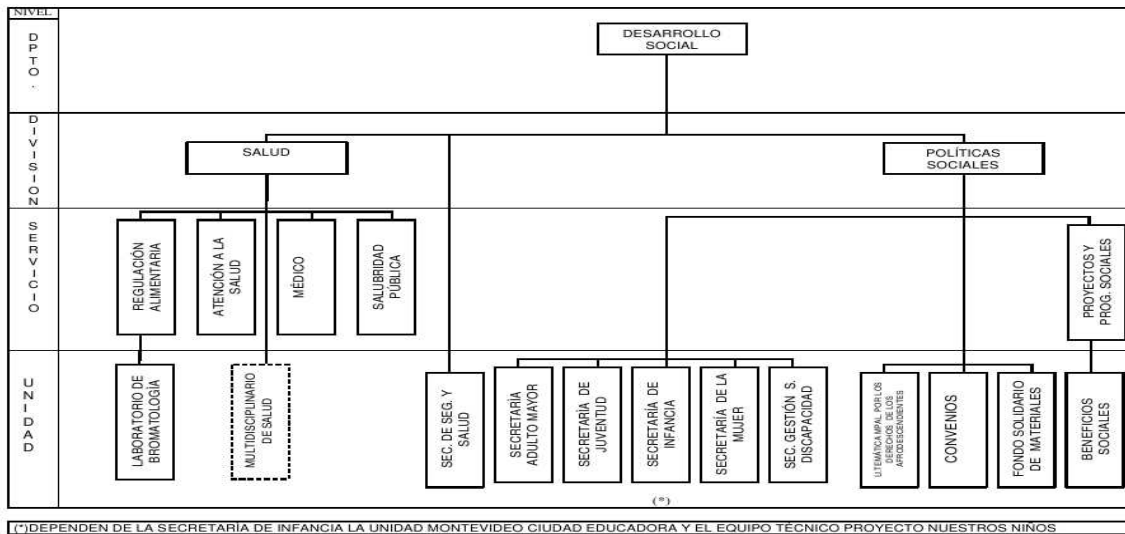
#### 1.2. - Gestión y Ejecución.

Caracteriza la a fase de realización en su dimensión ejecutiva.

La CTD deberá de integrarse a la Red Pública de Asistencia,<sup>(2)</sup>tal y cual se propuso en el modelo público de la primera parte y tal cual se viene desarrollando en el Uruguay desde el Portal Amarillo con sus puntos fuertes y débiles, en materia de recursos residenciales para la demanda a que debe responder.



## Organigrama del Departamento de Desarrollo Social – IMM (2006)



(\*) DEPENDEN DE LA SECRETARÍA DE INFANCIA LA UNIDAD MONTEVIDEO CIUDAD EDUCADORA Y EL EQUIPO TÉCNICO PROYECTO NUESTROS NIÑOS

Los Equipos Multidisciplinarios habrán de ser canalizar hacia el Portal sus derivaciones para la CTD Municipal, la cual a su vez estará vinculada a la redes de asistencia existentes, de acuerdo a la organización sanitaria pública. El Portal Amarillo habrá de ser un referente de ingresos concertados; los hospitales, y otros centros en que se preste asistencia o formación profesional, educación compensatoria, etc; deberán articularse con este Portal y la dirección de la CTD.

(2) El desmantelamiento del Estado Protector o de Bienestar en el Uruguay por los años 70 del siglo XX determinó un período de convulsos enfrentamientos y en la dictadura militar que impuso a punta de bayoneta y terrorismo de Estado el nuevo modelo liberal-burgués, el cual demostró a poco de haberse impuesto, el crecimiento galopante de las desigualdades sociales.

De acuerdo con Rosanvallon, la década de los noventa fue testigo de la emergencia de proposiciones políticas alternativas sobre los posibles sistemas de ayuda social, que generaron un re-posicionamiento sobre la necesidad de contar con la intervención del Estado en diversos campos de acción. Se reconsideró el papel del Estado en el área social sólo que resultó imprescindible reflexionar acerca del modelo público necesario para el desempeño de aquellas funciones que contribuyen a asegurar la cohesión social, ya que ni el mercado por su naturaleza, ni el Estado por sus reales o supuestos déficits, podían asumir la complicada tarea política de facilitar la integración social (Rosanvallon, 1995a, p. 171).

En ese marco de discusión se comenzó a vislumbrar una posición intermedia acerca del papel del estado, en particular sobre aquellos servicios dirigidos a poblaciones vulnerables o en proceso de desestructuración social. La misma asume diferentes designaciones, tales como, "tercer sector" o posición pluralista, pero independientemente de su rotulación, este tipo de propuestas considera que si bien el papel del Estado es esencial en materia social, no es el único actor que debe participar en la definición e instrumentación de políticas sociales (Álvarez-Miranda, 1996, p. 60).

P. Rosanvallon planteaba además que : "[...] no es posible imaginar una sola forma futura del Estado Providencia, [...] éste tendrá que ser necesariamente plural. [...] Se trata de sustituir la lógica unívoca de la estatización por una triple dinámica articulada de la socialización, la descentralización y la autonomización (Rosanvallon, 1995b, pp. 113-114).

Y esto no es exactamente así. Desde el punto de vista político las conciencias liberales burguesas sostuvieron y sostienen aún, que corresponde primero el desarrollo económico para después "repartir" en acciones sociales. Y parchearon sus políticas de reducción de gastos en Salud, Vivienda, Educación, Cultura y hasta de mantenimiento de las vías de comunicación, para la dinamizar del mercado privado con beneficios de toda índole, dejando el espacio social "a la buena de Dios" en manos de la organizaciones humanitarias. Sólo se apuntan las conclusiones del excelente trabajo publicado por los ingenieros matemáticos Assinelli, Brida y London:

"La principal conclusión a la que arribamos es que la inversión sostenida en capital humano es, en el marco formal propuesto, una opción válida para salir de una trampa de pobreza. Un grado umbral de desarrollo del capital humano es necesario para potenciar el capital físico, una vez que este alcanzó un desarrollo importante. La sola acumulación de capital físico sin un correspondiente desarrollo del capital humano no es suficiente para que un país pueda sortear las trampas de pobreza.



*Los resultados parecen apuntar en el sentido de que la inversión en educación y sanidad debe ser permanente y acompañar al crecimiento en todos sus momentos. La respuesta a quienes proponen esperar para las inversiones socialmente importantes hasta que el país sea más rico pueden revertirse fácilmente (ver propuestas de Sen 1999). En todo caso basta considerar el ejemplo del Japón como país pionero en el desarrollo de oportunidades sociales, en especial educación, y la relación de estas inversiones en capital humano con los períodos de crecimiento del país. Las inversiones más importantes en el citado país en la creación de oportunidades sociales se observan principalmente en los primeros tiempos de la era Meiji, de 1868 en adelante (Sen 1999).*

*La necesidad de capital fijo, fundamental para alcanzar estados altos de crecimiento, disminuyen en la medida que el capital humano se hace más productivo. Entonces tiene sentido hablar de una convergencia global a un estado estacionario alto, si y solamente los países mantienen una inversión constante y sostenida en el desarrollo del capital humano. En otro caso los países en desarrollo están destinados a permanecer en un estado de desempeño pobre del que no pueden sacarlo ninguna política global que promulgue la austeridad, a excepción de aquellas en las que el incremento en el ahorro se encuentre destinado a la financiación de acumulación de capital humano". (UdelaR, 2004) (3)*

A partir de la "Caída del Muro en Berlín" y el derrumbe de la Unión Soviética, los procesos de reforma social se aceleran tendiendo a promover el resurgimiento de una sociedad civil – muy al estilo norteamericano - inhibida en el pasado de expresarse por causa de la presencia "uniformizante" del Estado en el campo social (Naím 1994, p. 39). Este proceso se extendió por la Europa del Bienestar y por el resto de Occidente que se encontraba a esas alturas muy lejos del equilibrio social, hundida por las crisis sucesivas de los años 70 y 80.

De esta manera el estado moderno delegó un conjunto de sus tradicionales funciones asistenciales a grupos voluntarios, religiosos, filantrópicos, asociaciones profesionales, entre otras. Estas organizaciones, más allá de su origen y trayectoria, adquirieron estatus público, en la medida que se les reconoció actoras con capacidad de encargarse de la provisión de bienes sociales, desarrollando, estructurando (aún desdibujado) el hoy conocido "tercer sector".

Nada mas lejos de la intención del autor aquí es descalificar de manera general a ese sector (en vías de organización) un motor de acción y expresión clave en la Sociedad Civil y el desarrollo democrático, pero insuficiente, desestructurado; en ocasiones (léase mutualismo en asistencia sanitaria) superpuesto, oneroso y parcial.

En palabras de P. Bresser y N. Cunill, los rasgos particulares de las asociaciones civiles que las diferencian de cualquier otro tipo de organización se refieren a: "*confianza, dedicación y solidaridad, que constituyen una especificidad respecto del sector lucrativo; luego, la flexibilidad y la habilidad para acceder a clientes difíciles de alcanzar son exhibidas como algunas de las mayores ventajas del sector no lucrativo respecto al estatal*" (Bresser y Cunill, 1998. p. 43).

La experiencia española en materia de CTDs lo mismo que la uruguaya, ha consistido en dejar el sector residencial de media y larga estancia en manos de la iniciativa privada subvencionada con mayor o menor discrecionalidad, con el fin de no implicar al Estado en los resultados de las actuaciones. Y no se afirma que esto – una realidad innegable y asentada como alternativa - no se pueda hacer mediante sub-contratación de servicios a una ONG, aunque se aconseja la creación de un dispositivo de emprendimiento autónomo controlado. La excepción a la espontaneidad por voluntariado lo han representado algunas instituciones tradicionales de atención a menores y cárceles para los adultos desde el práctico desmantelamiento de las instituciones psiquiátricas. Sin embargo, las experiencias públicas en CTD (profesionales y laicas) en España, han sido las que a largo plazo han observado mejores resultados. (Extremadura, Andalucía, Islas Canarias)

(3) Dr. Elvio Accinelli, UAM (Azcapotzalco) México. Facultad de Ingeniería IMERL, UdelaR, Uruguay ([elvio@correo.xoc.uam.mx](mailto:elvio@correo.xoc.uam.mx))

PhD Juan Gabriel Brida Assistant Professor in Mathematics for Economic School of Economics and Management- Free University of Bozen-Bolzano Italia. ([juangabriel.brida@unibz.it](mailto:juangabriel.brida@unibz.it))

Dra. Silvia London, Universidad Nacional del Sur, Argentina. Consejo Nacional del Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina – CONICET- ([slondon@uns.edu.ar](mailto:slondon@uns.edu.ar))

Si por delegación se entiende el ahorro del gasto público se puede tener bien claro cual será el resultado. Es imposible abaratar el no-gasto en políticas sociales y resulta vergonzante observar cómo se siguen prodigando "proyectos ambiciosos en lo social" sin dotación de fondos o con presupuestos ridículos. La experiencia de un "tercer sector" de peso en asuntos socio-sanitarios ya la tiene el Uruguay con el desarrollo mutuo de los últimos 40 años. Nada puede terminar siendo mas perverso y de peor calidad para el gasto que representa a la ciudadanía.

En el supuesto que no se dispongan de recursos económicos presupuestados para iniciar el proyecto, la Intendencia-JND deberán de obtenerlos desde otras fuentes, que bien se pueden situar en la ayuda exterior, por lo menos para sus fases iniciales que luego se propondrán.

### 1.3. - Investigación y Desarrollo.



No se han realizado estudios – o quien escribe no los pudo encontrar ni durante su estancia ni en Internet por UDELAR, MSP, IMM, INAU o el Portal – de resultados terapéuticos en las CTD del Uruguay con relación a la PBC. El sector se encuentra un poco “fuera de control” y en el juego de la “oferta-demanda” de servicios desde los particulares y con colaboración desde el Estado para un número de plazas reservado a menores infractores. (INAU)

La CTD pública habrá de contribuir a la investigación aplicada con el seguimiento longitudinal en la mayoría de los “casos” (personas no-identificables) asistidos en la Red. Esta opción puede extenderse a otras Unidades residenciales urbanas o rurales subvencionadas - registradas en el MSP, para lo cual apunto a realizar una investigación por entrevistas semi-estructuradas y de campo, cuestión de saber que es lo que pasa y a qué tipología de persona se está tratando en la actualidad.(5)

(5) Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas “Portal Amarillo”: pág.5.

## 2 - Emplazamiento, espacios e instalaciones: “El Campamento”

Emplazamiento deberá de ser Rural, bien comunicado y de extensión no menor a los 10.000 m<sup>2</sup> (10 Ha) con adecuado acceso a carreteras asfaltadas que permitan el ingreso de vehículos pesados (camiones, camionetas, ambulancias, retro-excavadoras, bomberos, etc.)

2.1 – Edificios: Es importante: NO SE CONTARÁ desde el inicio con todas las estructuras “óptimas” para iniciar la experiencia. Si, se debería contar con el apoyo de la División de Arquitectura de la IMM para realizar los proyectos de rehabilitación y ampliación que se correspondan para cumplir en unos plazos razonables esos objetivos, dado que unas estructuras rurales que se encuentren adaptadas a lo que se proyecta, es imposible existan al inicio, entre otros asuntos, porque no interesan a lo inmediato y postergarían sus actividades sin previsión de plazos a varios años de obras.

Estructuras estimadas: 1 local entre 4000 – 5000 m<sup>2</sup> con suministro de luz-fuerza y agua potable. La construcción puede ser única o comprender a varios edificios, pero la clave está en conocer sobre el terreno “in situ” con sus características para proyectar:

Unos espacios con previsión de dar cabida “confortable” a 50 personas:

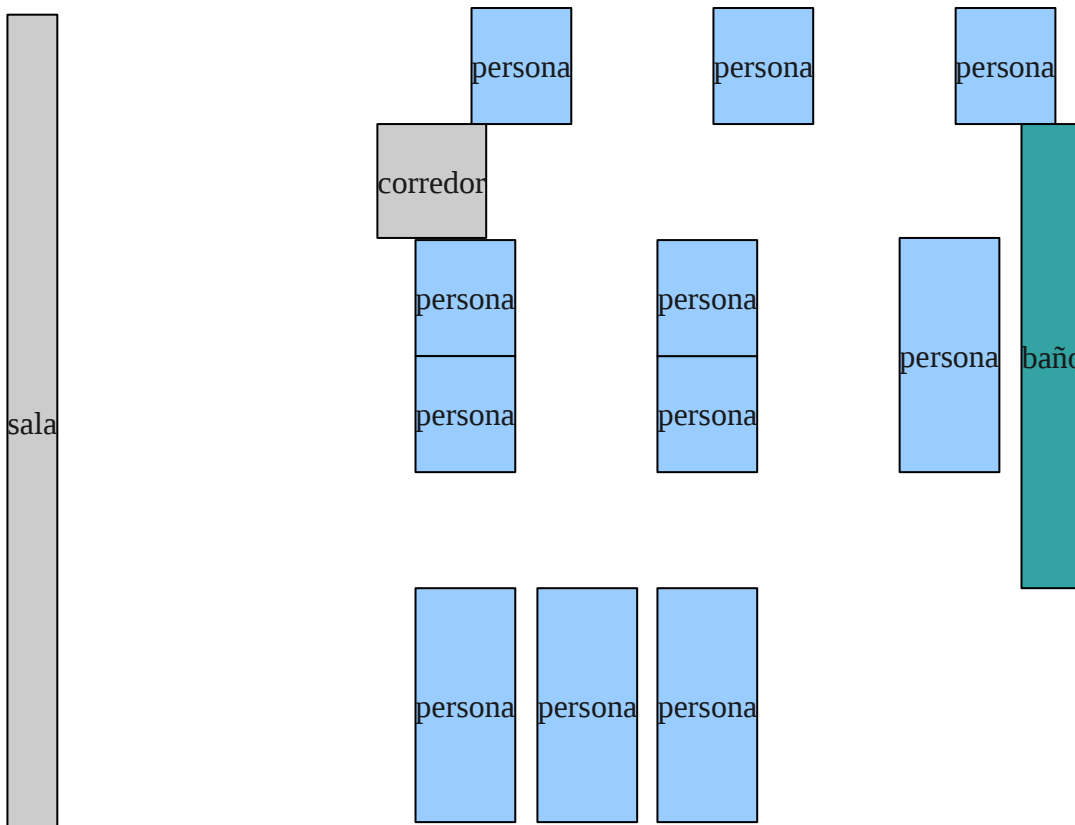
Nº	INSTALACIONES	Personas	metros 2
1	- Cocinas, despensas y comedores:	50	250
4	- Salas de reuniones y aulas	50	400
25	- Dormitorios	50	1250
2	- Baños (servicios higiénicos con duchas para chicas y chicos)	50	50
4	- Despachos, consultorios y farmacia.	4	100
2	- Almacén de materiales y equipamientos.		200
5	- Talleres.	50	2000
	M2 TOTALES:		4250

Como el modelo de intervención asistencial-pedagógico, “exceptuando discursos de impacto” estará basado en el “aprender -haciendo” y el “aprender a participar y gozar en la participación” no resulta preocupante establecer un “campamento” para iniciar la experiencia, *con aquellas personas que se entienda se encuentren mas motivadas.*

La clave en este “iniciar” está en la relación de convivencia que se establezca entre la parte operadora o equipo terapéutico-formativo y el de usuarios-beneficiarios en el proyecto. Si las bases quedan claras y los roles no determinan jerarquías por mandato imperativo en asuntos de convivencia que excedan al pacto de no-consumo, las condiciones de vida de todos los participantes (incluidos operadores), no serán determinantes de sus resultados terapéuticos. Se podría afirmar hasta lo contrario; condiciones de excesiva protección, sin contrapartidas por parte del grupo en rehabilitación, conllevan a fracasos en la deshabitación, formación y rehabilitación.

## 2.2 – Herramientas para diseño de los espacios:

Se pueden utilizar “cartones” con medidas de los metros cuadrados que en España indica la Ley para espacios en las instituciones sociales. Esta modalidad es muy usada por arquitectos, urbanistas y diseñadores de espacios interiores en viviendas colectivas. Por ejemplo, si una persona necesita de 10 m<sup>2</sup> de espacio vital no compartido, se arma un cuadrado en escala de 5X2 cm/ persona. De esta manera con 50 cuadrados de estos se puede dimensionar e incluso distribuir el área total de dormitorios en espacios ya construidos sin tener en cuenta la tabiquería existente.





Se deberán de tener en cuenta las condiciones de accesibilidad para personas disminuidas físicas, ya que si bien en el inicio se tratará a población joven y sana, el recurso deberá estar preparado para la recepción de personas con movilidad reducida, inclusive en silla de ruedas.

Un ejemplo se expone en la figura superior: “espacios de personas” que definen estructuras (caprichosas) y obligan de acuerdo con su distribución a la existencia de otras, espacios muertos, etc.

### 3 - Reglas indispensables para el aprender-haciendo:

#### 3.1 – Objetivos legales:

Las estructuras construidas y a proyectar de rehabilitar o construir, deberán cumplir con las exigencias legales de ventilación, luminosidad natural y artificial, accesibilidad y seguridad, que la Norma Legal exija para los centros socio-sanitarios, interiorizando su objetivos en la totalidad de los colectivos implicados.

Es clave apuntar desde el inicio y para el conjunto, avanzar desde lo precario hacia la “excelencia”; y en ese discurrir de estructuras y confortabilidad, siempre se atenderá a las necesidades colectivas de los usuarios como de los operadores en lineal transversalidad, o sea sin privilegios, exceptuando aquellos de necesidad relacionados con el conocimiento, la disciplina y la comunicación con el exterior.

#### 3.2 – Protección y seguridad desde las estructuras a las intervenciones:

El equipo humano asistencial-formativo habrá de ser el principal recurso “protector” del proyecto, dado se iniciará desde la precariedad estructural. Habrá de constituir un “núcleo de usuarios motivados y comprometidos” quienes actuarán a modo de polea de trasmisión para la confianza y la seguridad de quienes después se vayan incorporando. Se habrá de trabajar la cultura institucional desde los primeros pasos: Trabajo en el Uruguay, es una muestra donde José Medina, Gerente social y especialista en desarrollo del CLAEH hace 27 años que trabaja en temas sociales. [...] *Trabajó en las canteras de ágatas y amatistas del departamento de Artigas. Aprendió mucho “en la calle” y luego comenzó a realizar cursos de desarrollo local en diferentes organismos*, dice el artículo publicado por el Portal Amarillo. Para él, el trabajo social es muy sacrificado, pero sumamente gratificante, *“ver los logros de los integrantes de Trabajo por Uruguay no tiene precio”*. (Gob.uy;Portal;2007)

No se puede perder de vista que se actuará en una micro-sociedad desde lo precario pero seguro; y que toda la información que circule en la CTD no la dará el equipo terapéutico. Todo lo contrario, la parte mas importante de la información sobre el sistema o cómo lo han entendido sus residentes, la dará el GRUPO; y en el trabajo con el grupo y para el grupo, se habrá de volcar ese equipo profesional, sin descuidar la asistencia individualizada y motivadora.

La seguridad se extenderá a la formación de Seguridad en la Comunidad y el Trabajo en todas las actividades, desde las aptitudes básicas para la rehabilitación hasta en las relaciones entre los usuarios como en el taller; en todo aquello relacionado con la manipulación de distintos materiales, de almacenaje; en lo concerniente a la higiene de los alimentos, a su transporte y la manipulación, etc. El discurso de Seguridad en positivo y en beneficio de todos, genera inercias positivas que determinarán conductas auto-controladas para el futuro.



### 3.3. - Centralidad en las comidas:

Los arquitectos y antropólogos sostienen que los núcleos principales de reunión tienen que ver con dos grandes ejes, siempre presentes y articuladores de las relaciones humanas: Los puntos de calor (fuego, fogatas, chimeneas, cocinas) y las comidas.

Desde la experiencia propia y por la contrastada con otras CTDs los tiempos de descanso y comida, como los sitios de reunión próximos a fuentes de calor, representan ser las constantes invariables de todos los modelos de intervención en grupos aislados como el que se proyecta.

En Uruguay no ha llegado la “revolución industrial como para poner al alcance de toda su población alimentos pre-cocinados como sucede en Europa desde finales del siglo XX. Es necesario – además de enseñar sobre seguridad alimentaria – también enseñar a cocinar y a gozar con una comida equilibrada y de buena calidad.

Para alcanzar este objetivo es necesario recorrer un camino en apariencia sencillo pero muy complicado cuando se trata de colectivos jóvenes que no se han acostumbrado a comer bien todos los días. *Si se contara con un buen cocinero educador*, sería una baza muy importante para consolidar la retención de chicas y chicos al proyecto, pero habremos de suponer que los educadores se implicarán en el estudio y en la elaboración de comidas, utilizando quizá en sus inicios, medios técnicos bastante precarios para su elaboración.

### 3.4. - Las Nuevas tecnologías:

La sociedad normalizada del Uruguay se ha integrado al desarrollo tecnológico y éste no se debe de dejar atrás si se desea “colocar en carrera” o línea de rehabilitación a las personas que participarán en la CTD. Las nuevas tecnologías (digitalización de las comunicaciones, la imagen, el sonido y el cine) no pueden quedar fuera de la consideración pedagógica, siendo además herramientas de gran utilidad para el mantenimiento de la comunicación exterior y en los espacios de tiempo libre.

La fotografía digital, la videocámara, la computadora, el proyector digital, el DVD, la conexión por satélite o cable, habrán de estar al abasto del centro para su utilización pedagógica desde el inicio (autoscopia, discusión de proyectos, elaboración de materiales por parte de operadores y usuarios, edición de revista digital, biblioteca digital, etc) y para la formación de todos los participantes en sus fases de consolidación. Los recursos audiovisuales permitirán además el seguimiento del universo exterior, las competiciones deportivas y vías de comunicación para encuentros con otros colectivos externos a la CTD.

### 3.5 – Los espacios de formación profesional: Talleres.

En la tabla se estimaron 2.000 m para talleres construidos, pero si se consideran los jardines, los huertos, la obra de albañilería y su posible extensión a espacios lúdicos y deportivos, la previsión inicial ha quedado bastante corta al dimensionarlos.

El taller será la herramienta pedagógica para todos los inicios de jornada entre los lunes y sábados hasta el medio día o la hora de comer y para ello requerirá de la formación simultánea y utilización correcta de los equipos de seguridad, de las herramientas y las máquinas para el procesamiento de los materiales hacia sus formas definitivas en las distintas disciplinas.

Así concebidos, los talleres serán unidades de descubrimiento, innovación y producción sin plazos de ejecución pre-establecidos para cada alumno/a. Sólo se establecerán etapas





constructivo-productivas en unidades protocolizadas de aprendizaje medidas por sus productos intermedios o finales. En la carpintería su material principal será la madera y sus productos finales sillas, mesas, ventanas, puertas, camas, etc. En la construcción se basarán en la Unidad de Obra o sea, el conjunto de acciones que combinadas, determinan una fase concreta de las estructuras o los sistemas, factibles de ser valoradas; como por ejemplo la "cimentación", o sea todo el proceso que conduce a construir los cimientos de una vivienda. En mecánica del automóvil los materiales a los que se enfrentarán los usuarios-alumnos tienen que ver con productos terminados o semi-terminados y en el ensamblaje de los mismos para la reconstrucción y la restauración de modelos antiguos

Al taller le precede una etapa de formación en aptitudes para el trabajo y goce en equipo que se puede denominar pre-taller o actividad pre-profesional, donde el objetivo de la actividad no se centrará en capacitar a alguien en las técnicas y habilidades para un oficio en concreto, sino en favorecer un cambio de actitud con relación al trabajo y al grupo de trabajo.

Por las circunstancias que determina el mercado laboral en el Uruguay (aproximado a los grupos estimados de asistir y formar) se han considerado los siguientes talleres:

#### A - Espacio de la construcción:

1. Albañilería General y saneamiento.
2. Revestimientos interiores y exteriores.
3. Herrería de Obra y cimentaciones.
4. Instalaciones eléctricas de BT. (viviendas)
5. Instalaciones de agua para consumo humano. Fría y caliente: energía solar.
6. Instalaciones de calefacción por estufa, caldera, acondicionadores.
7. Instalaciones exteriores de jardín y ocio de apoyo a jardinería.
8. Seguridad en la Obra. Los riesgos y normas de conducta.
9. El Medio Ambiente y la contaminación por la construcción y el consumo.

#### B - Espacio del Mueble y la Carpintería:

10. Carpintería de Obra: Puertas, ventanas, armarios placares.
11. Ebanistería (construcción de muebles)
12. Tapicería y restauración de muebles.
13. Acabado, lacado y barnizado de muebles.
14. Armado de muebles por sectores (cocinas, estanterías, etc)
15. Seguridad en el taller: Prevención de riesgos. Las máquinas y tinturas.
16. Medio Ambiente: Origen de los bosques, uso y residuos de la profesión.

#### C - Espacio del automóvil:

17. Mecánica automotriz (motor, caja de cambios, diferencial, ruedas, frenos, etc)
18. Chapa, pintura, soldadura autógena y de arco, niquelados en el automóvil.
19. Tapicería del automóvil y restauración.
20. El parque móvil histórico del Uruguay.
21. Seguridad en el taller. Riesgos: Carburantes, los motores, la pintura.
22. Medio Ambiente: Los contaminantes mecánicos: CO<sub>2</sub> /derivados del petróleo.



D - Espacio del hierro Herrería Ornamental:

23. Diseño en herrería: Interiores y exteriores.
24. Soldadura de arco y fragua en la herrería.
25. Construcción de rejas, barandas, balconadas en hierro.
26. Construcción de escaleras interiores y exteriores.
27. Seguridad en el taller. Riesgos principales y prevención.
28. Medio Ambiente: Los metales.

E - Espacios verdes exteriores e interiores:

29. Construcción de tajamares, piscinas, caminería y canteros (coordinado)
30. Creación de espacios y tierras para huertos, cultivos y césped.
31. Preparación de plantíos para jardines y huertos.
32. Las plantas ornamentales, las plantas de interiores.
33. Cuidado y mantenimiento de un jardín, un huerto, cultivo un espacio verde.
34. La importancia del medio Ambiente y su respeto: Cultivo biológico.
35. Seguridad en los huertos y jardines. Las máquinas y equipamientos.

F - Espacio de Cocina: (guardias por turnos de rotación y alumnos interesados)

36. Seguridad alimentaria: Cadena de frío. Separación de alimentos. Manipulación.
37. Seguridad en el menaje; las mesas, el lavado de la vajilla. (obligatorio)
38. Seguridad de las personas: Operadores manipuladores y usuarios. (obligatorio)
39. Preparación de platos criollos: Carnes, frutas y pescados.
40. Cocina española (Norte, Mediterráneo y Castilla)
41. Cocina Italiana y Francesa. (Norte y Mediterránea)
42. Tratamiento de los residuos y vertidos de la cocina-comedores.

G - Espacio Artesanal:

43. Artesanía en barro: La Cerámica. Figura y Torno. El horno, color y vidriado.
44. Artesanía en Madera. El retablo y la imaginería.
45. Entre las artesanías y la plástica: Pintura Integral desde el taller. El grabado.
46. Las lanas el hilado, técnicas tintóreas y los tapices criollos. (Manos del Uruguay)
47. Seguridad de los artesanos. Riesgos y prevención de accidentes.

Se han planteado 7 espacios de intervención en lo profesional y artesanal con la finalidad de lograr un abanico de motivación para la formación lo mas amplio posible, lo cual significa la participación de operadores no-universitarios en actividades que requerirán entrenamiento para la aplicación del modelo de enseñanza a impartir en talleres. En todo lo relacionado con la Seguridad y Medio Ambiente, existirá un programa teórico-participativo general.

Por la experiencia Font Picant desde 1986 con colectivos especiales, en un semestre se puede formar a una persona motivada en cada disciplina de taller, con un grado de formación suficiente como para competir en el mercado sin problemas profesionales.



#### 4 - El Plan Terapéutico: El Grupo y el PTI (Plan Terapéutico Individualizado.)

El apartado se basará por un lado en la experiencia acumulada por la Fundación Font Picant y por otro en los documentos del sector público y profesional del ámbito uruguayo y español; todo apuntando a la necesidad de protocolizar en beneficio de la persona, el máximo de datos que le sean útiles para su deshabituación, rehabilitación, formación profesional y reinserción socio-laboral.

La concepción del Portal Amarillo es clara demostrando una vocación solidaria y de compromiso con las personas: (Acta N° 004/2005; Resoluciones de la JND)

*“El nuevo Proyecto tiene el objetivo fundamental de garantizar un adecuado enfoque en el tratamiento del abuso y drogodependencia, sobre la base que el Centro sea en rigor un dispositivo útil en el marco de una verdadera RED de Atención. En este sentido la decisión técnica se compadece con un criterio de política pública sobre drogas, pero se implementa a partir de los escasos recursos asignados para otro proyecto. Se parte de la premisa que los actuales actores sanitarios, comunitarios y de segundo nivel de atención no tienen la capacitación y coordinación óptimas como para hacer frente a la actual demanda en materia de drogas.*

*Como se ha afirmado el cambio de local ha significado un cambio de enfoque donde la prioridad está puesta en el funcionamiento de una Red con capacidad para contener y atender el primer abordaje en drogas, que implica contar con herramientas técnicas y humanas para orientar, informar y derivar correctamente y con criterios centralizados la demanda. A su vez para que existan los códigos unánimes para el posterior seguimiento de los usuarios del Portal...”*

*“...No obstante la capacitación se piensa como una línea permanente de trabajo desde el Portal Amarillo hacia el conjunto de actores de la RED, no limitado al Sistema Sanitario sino que incorpore a distintos agentes comunitarios, educadores, etc. Se considera que la RED de Atención ubica al Portal Amarillo como un Centro de Tercer Nivel que a través de su Comité de Recepción ingresa a la atención ambulatoria o residencial a las personas que son derivadas del primer o segundo nivel. Este criterio general de derivación no puede nunca consentir la omisión de asistencia así como la derivación burocrática permanente de los usuarios...”*

**“...EL 24 DE JUNIO EL CONSEJO ASESOR JUNTO AL EQUIPO DE RESPONSABLES TÉCNICOS TENDRÁ DEFINIDOS EL PROYECTO DEFINITIVO DE MODELO DE ATENCIÓN, CON SUS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN, SUS PROTOCOLOS DE DERIVACION Y LA DEFINICIÓN DE HORARIOS, ROLES Y ASIGNACIÓN DE TAREAS DE TODO EL PERSONAL.**

#### 5.- LA SOLIDARIDAD COMO LA ARCILLA DE LA RED Y EL PORTAL AMARILLO

- a) Es relevante no solo por un problema de costos, sino de enfoque social del tema la convocatoria a la solidaridad social para terminar de montar el Portal Amarillo.
- b) Varios son los ofrecimientos de medios de prensa y de empresas privadas para colaborar.
- c) Se considera que dicha campaña se debe lanzar con fuerza en el momento político justo que permita medir y ajustar las expectativas y la fuerte demanda con respecto a la apertura.
- d) Por dicho motivo es que el Día Internacional sobre drogas la SND sugiere hacerlo centrado en la idea de la Red y no del Portal...”

(4) Acta N° 004/2005; Resoluciones de la JND.Uruguay.



El subrayado se corresponde con el original en la web de la Presidencia de Gobierno e indica la necesidad de protocolización de las intervenciones en un modelo público definitivo (dentro de la relatividad del decurso) centrando el “núcleo de recepción, tratamiento, evaluación y derivación”.

#### 4.1 – Admisión – Criterios o requisitos de derivación y exclusión para la CTD.

Serán los mismos – o muy semejantes – a los que ya existen para la admisión en la Unidad Residencial del Portal Amarillo, aunque se agregarían algunos asuntos que en Catalunya han ocasionado problemas con la Red (ver el primer borrador) :

1. - Carnet de Asistencia del MSP y en Europa la cartilla de la SS.
2. - Pago de cuota de acuerdo a IRPF del grupo familiar primario o secundario. (universal)
3. - Técnico de referencia.(nombre y centro o región a la que pertenece)
4. - Derivación desde los Tribunales de Justicia.(siempre como “alternativa”)
5. - Cobertura de hospital policial, militar o privada excluyente.

Es de suponer que los equipos derivadores de primero y segundo nivel gestionan estos apartados administrativos, además de otros que en España se consideran dentro de los documentos sociales: Carnet de Identidad, Permiso de Conducir, Historia Laboral (INSS), Demanda de Empleo en el Instituto Nacional de Empleo (INEM), certificado de IRPF del año anterior.

Se apuntó (2) el “pago de cuota” para todos aquellos que, siendo demandantes del servicio, no estuvieran en posesión del Carnet de Asistencia del MSP, con lo cual se debería de establecer un baremo de cuota en relación a los ingresos de la familia a partir de los informes sociales y las rentas.

Con relación al punto 4; dependiendo de la fase en que se encuentre la CTD, se podrá contemplar el ingreso de personas en procesos judiciales y del régimen en que se encuentren, dado, en muchas ocasiones una persona se encuentra mas motivada y mejor estudiada en un recinto penitenciario ( si existen programas en las prisiones ) que por derivación directa desde el Juzgado. Desde los juzgados, como alternativa a prisión, bien expresa el documento del Portal, que *“se programará cita con asistente social, con orientación a judiciales”*, dando la impresión que el tema no se tiene muy claro .

Y es así; una persona que se deriva “directamente desde los juzgados” para “cumplimiento alternativo de pena” es beneficiaria de un “buen abogado defensor” pero no necesariamente, se encuentra motivada para llevar adelante un proceso de deshabitación y rehabilitación. Se cree; desde nuestra perspectiva, como psicólogos forenses, que estas personas deberían seguir un programa ambulatorio. Y en el supuesto vicarial, existente en la jurisprudencia uruguaya, de aplicárseles una medida de seguridad, la misma debería de situarse en otro marco de asistencia, distinto a la CTD que se está proponiendo.

En relación con la cobertura de otros servicios asistenciales (5) (hospital policial, militar o sector privado) la CTD IMM-Portal no debería de cerrarse a cal y canto. El autor desconoce el modelo de intervención de estas Unidades Hospitalarias, pero presume – por cómo se las considera – que poseen Unidades de Rehabilitación de media y larga estancia. De no ser así, se propondría la aplicación del punto 2 (cuota de usuario) de acuerdo a baremo pre-



establecido.

#### 4.1.2 - Evaluación bio-psico-social (exámenes y criterios clínicos en el Uruguay)

6. Exámenes para-clínicos (serología lúes, VHB, VHC, VIH, Cuti-reacción a TBC y RX) , si procede, desintoxicación hospitalaria (alcoholismo y heroína)
7. Historia social y diagnóstico presuntivo multi-axial DSM-IV CIE-10. (no excluyente)
8. Hoja de derivación protocolizada y universal de la Red para todas las derivaciones donde se resume el diagnóstico, motivo de la derivación y de lo que se espera del tratamiento en el recurso.
9. El Consentimiento Informado se sustituye por un Contrato Asistencial. Pero eso es cuestión de legislaciones y seguridades jurídicas. Uruguay lleva un enfoque mas sanitario, mientras que en Catalunya pesa mas lo psico-social aunque su población esté mas “enferma”.

#### 4.1.3 – Los criterios clínicos de inclusión para los programas del Portal y la CTD.

10. - Como debería ser el Portal quien derive a la CTD, los criterios de inclusión habrán de observar variables, de acuerdo con las fases de la misma CTD. Se trate en el proceso de constitución, crecimiento y consolidación de la misma. Es de suponer, que una vez consolidada, posibilite el ingreso de todos los perfiles apuntados mas abajo, pero se cree que no sería recomendable hacerlo en sus inicios para determinados tipos de personas, como se subraya en negrita. No creemos sea posible iniciar la experiencia antes relatada de CTD ingresando a “desmotivados/as” o enfermos mentales descompensados. Dice textualmente para criterios de inclusión en la Unidad Residencial del Portal por:

*“Imposibilidad de detener consumo problemático a pesar de tratamientos ambulatorios anteriores.*

***Escasa motivación para tratamiento y/o negación de la gravedad del consumo.***

*Personas en las que se ha evaluado que la desintoxicación de drogas debe ser la estrategia terapéutica inicial, dada la gravedad y riesgos de su consumo o por las complicaciones potenciales de un eventual síndrome de abstinencia.*

*Cuando se considere que para su desintoxicación se deberá utilizar un tratamiento farmacológico que ofrece riesgos de efectos secundarios importantes.*

***Cuando se evalúe que el tratamiento debe conducirse en un dispositivo de internación dada la co-morbilidad psiquiátrica.***

*Cuando se evalúe que se requiere de un contexto de tratamiento en medio protegido en función de que las características personales, familiares y/o sociales hacen prever complicaciones en la interrupción del consumo compulsivo de sustancias.”*

(6) Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas “Portal Amarillo”: pág.4.



## 4.2 – El Proceso Terapéutico.

### 4.2.1 – Contexto Integrado de tratamiento para el Portal.

*La decisión de cual deberá ser el contexto de tratamiento deberá tomarse en función de las siguientes pautas:*

- 1. Grado de motivación para el tratamiento y posibilidad de compromiso.*
- 2. Capacidad de auto-cuidado.*
- 3. Necesidad de una estructura de apoyo, y contención para mantener un tratamiento seguro, alejado del medio familiar social y de actividades que fomenten el consumo de sustancias.*
- 4. Necesidad de tratamientos específicos para trastornos médicos generales o psiquiátricos comórbidos.*
- 5. Necesidad de determinado tipo de tratamiento o de una determinada intensidad que sólo puede ser realizada en determinados contextos.*

*Los contextos en los cuales se desarrollarán las diferentes intervenciones terapéuticas deben ser entendidos como partes de un “continuum” que el equipo deberá permanentemente intentar integrar interdisciplinariamente, ya que es la integración uno de los pilares fundamentales del tratamiento.*

*Las diferentes modalidades terapéuticas se desarrollarán acorde a su descripción y requisitos en las Normas para Instituciones Profesionales abocadas al Tratamiento del Uso Problemático de Drogas (en proceso de elaboración). (\*) Después se elaboró y publicó.*

*Todos los tratamientos deberán respetar los derechos humanos del usuario, partiendo de la base que toda persona que se asiste tiene derecho a participar en el diseño de la estrategia de su tratamiento.*

(7) Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas “Portal Amarillo”: pág.5.

El contexto referido se corresponde con los lineamientos elaborados en el 2005, con lo cual han podido modificarse desde entonces, pero no en profundidad. Surge la necesidad para todos los niveles de intervención, unas pautas o lineamientos que siempre habrán de tener en cuenta los factores que se han numerado (no estaban los números en el original) y que deberán ser muy considerados las instancias de admisión y desarrollo del Plan Terapéutico Individual.

Si se invierten los párrafos y se comienza por los Derechos del Ciudadano Uruguayo (Civiles), se presupone que todo el proceso pivotea en la Voluntad de la Persona o Ciudadano, con lo cual tiene derecho de participar en todas las fases de elaboración y tiene del derecho de estar informado de todo cuanto se le impute, se le diagnostique, se le indique y pronostique; con el derecho inmanente de abandonar cualquier fase de tratamiento cuando él o ella lo considere necesario. De ahí que las Normas para las Instituciones Profesionales, deberían de salvaguardar esos derechos de la Persona.

A partir de aquí, y en el entendido de haberse establecido un “acuerdo de partes” o “un contrato terapéutico” de carácter horizontal (transversalidad) se puede analizar el punteo anterior:

- a. ¿Se puede medir la motivación en el proceso de ingreso a la CTD? ¿Cómo?.
- b. ¿Debe contemplar la CTD a los disminuidos psíquicos y físicos incontinentes?
- c. ¿Es la CTD un medio físico de contención, alejamiento y apoyo para el tratamiento.?
- d. ¿Puede ofrecer tratamiento a la co-morbilidad médico-psiquiátrica la CTD?
- e. ¿Que intensidades posibilita una CTD como la propuesta?

### a. La Motivación:

Desde una perspectiva psicodinámica se podría argumentar (a) que la “motivación” (“movere” del latín o mover) se podría definir (R.Barón 1981) de manera muy general “*como un proceso interior que otorga energía a una conducta y la orienta hacia una meta específica*”. Ese “proceso” y su intensidad, expresado en “instintos” (para nosotros “emociones”, se mide en el laboratorio de psico-farmacología a modo de: Instinto explorador, instinto maternal, sed, hambre, etc. De ahí, que la motivación se pueda también definir como esa emoción, motor previo a la “Fuerza de Voluntad” en el Ser Humano por el interés de saciar una “necesidad”, consecuencia de la carencia o privación (real o incentivada). Se considera “carencia real” a la ausencia de agua, de alimento, de refugio, de salud o protección (necesidades básicas) como carencias relativas, a motivaciones (necesidades) de orden social y cultural.

Abraham Maslow (1970) expuso su teoría de la motivación, jerarquizando las necesidades humanas esquematizadas en una pirámide, que mas tarde fuera utilizada por la OMS para medir el Desarrollo Humano.



Aunque sea posible que en la pirámide el Ser pueda “saltar” etapas desde lo fisiológico a las meta-necesidades, (acciones heroicas, investigaciones, riesgos, etc) los grupos humanos – desde el seguimiento bio-estadístico - se comportan de acuerdo con lo estimado por Maslow y su psicología humanista.

En clínica resulta si no imposible, poco probable “motivar” a un demente o a una persona que cursa en un episodio depresivo mayor, o a quien carece de recursos culturales suficientes como para comprender los beneficios de una vida sana y libre de la dependencia a sustancias. Obsérvese el ejemplo cotidiano del alcoholismo. Estas motivaciones, tan resaltadas por los expertos sociales, de la salud y la educación, se elevan por encima de las necesidades primarias,(1 a 4) y si éstas no se han podido desarrollar, es poco probable que con emociones limitadas al plano primario de necesidad, se pueda estimular a las personas para acceder a saciar cuestiones de orden superior y meta-necesidades.

Es por ello – y desde esta perspectiva que se entronca desde Warden (1931) Alport (1937), Maslow, Murray, (test proyectivo TAT) Zimbardo, Bueno, Spence y Helmerich (1983) Eccles, 1992, hasta la actualidad en el siglo XXI – que las expectativas de una persona ante un proceso terapéutico de



naturaleza rural, tan prolongada como desconocida y poco prestigiada; dependerán de los refuerzos positivos experimentados en el transcurso de sus contactos y relaciones con el sistema socio-sanitario.

Hace unas semanas en Montevideo, durante una charla sobre motivación, Alicia Guerra comentaba al autor de estas líneas de la importancia motivadora de la acción asistencial, por un plato caliente de comida y un refugio para dormir con dignidad. Por sólo eso, un chico había quedado tan agradecido, que estableció un lazo de credibilidad, confianza y afecto, con lo que se posibilitó su derivación a otro recurso para la resolución de su problema de dependencia a la PBC.

Existen intervenciones mas felices que otras y en ocasiones hasta desgraciadas. Esto siempre sucederá cuando se trabaja con equipos grandes y no siempre bien conectados, pero por los resultados observados en las encuestas a usuarios SMM (Font Picant 2006-2007), la imagen de los dispositivos de atención, mejoran desde el momento que la persona demandante inicia contactos con la Red. Se cree desde la distancia que en Uruguay (Montevideo con su planta urbana y Maldonado) sucede mas o menos lo mismo y dependerá de la promoción de los servicios dentro de la Red, para que se estimule el interés de participar en experiencias comunitarias.

b) Capacidad de auto-cuidado. Si el epígrafe se refiere a la continencia de esfínteres y autonomía para el aseo personal, es poco probable que una persona de esas características pueda participar (excepto se trate de un problema físico post-traumático) en una CTD. Son personas a derivar para la Red de asistencia socio-sanitaria bajo cuidados especiales de enfermería. No se cree que estas personas puedan sufrir “dependencias” aparte de ser “dependientes” en el terreno biológico.

c) La CTD como medio y dispositivo de protección frente a la familia y lo social:

El tema plantea la centralidad de la persona (usuario/a) con relación al medio familiar y social inmediato, anterior a su ingreso en el dispositivo. Para ello no cabe duda que se deberán de adoptar en cada nueva admisión, fórmulas de persuasión y tratamiento que afirmen a la persona en el cumplimiento de su proyecto individual.

Por la experiencia intitucional pública de 26 años en estos asuntos, no se aconseja implementar impedimento físico alguno para contener el abandono voluntario del programa CTD. Cualquier mecanismo de contención física, desde la vigilancia hasta el vallado o las medidas de reclusión y pena interior, que se han venido utilizando y se utilizan en centros de naturaleza no-profesional y reformatorios, suponen un atentado a los Derechos del Hombre y deberían ser expurgados del orden social, exceptuando aquello que por desgracia se encuentra dentro de la esfera judicial-penal.

El “espacio social libre de sustancias” debe de ofrecer al nuevo usuario/a, desde el equipo, el grupo y las actividades, un espacio y tiempo atrayente que le facilite la integración sin que medie para ello ninguna presión distinta de la persuasión y refuerzo a la motivación.

No deberá existir y se habrán de desterrar, las prácticas de “terrorismo verbal” expresadas en forma de amenazas, descalificación, humillación, desprecio o minusvaloración.

Por fin; se debe de guardar secreto profesional de todos los datos que tengan que ver con la historia social, clínica y toxicológica del paciente, los cuales además deberán de mantenerse a buen recaudo, sin acceso y bajo llave de seguridad, del personal ajeno al equipo asistencial. La intimidad de las personas será salvaguardada por la CTD, frente a sus compañeros como frente a sus familiares, dado se entiende que sin consentimiento expreso (firmado) de la persona asistida, ningún dato se podrá transmitir fuera del recinto asistencial bajo ninguna circunstancia, excepto se trate de una necesidad de vida o muerte. Todos los datos a modo de “casuística” deberán quedar codificados para mantener el





anonimato en los estudios aplicados.

d) La CTD en la co-morbilidad medico psiquiátrica.

Una CTD consolidada y bien comunicada, no tiene problemas de tratar problemas médicos susceptibles de ser asistidos en régimen ambulatorio y dar soporte asistencial psiquiátrico a las personas que lo requieran pero que ingresen en condiciones de cognitividad suficiente como para comprender su problema. Eso sucede desde hace años en SMM, pero tiene médico psiquiatra forense, enfermera y 5 licenciados, 2 de ellos psicólogos clínicos y 1 de los dos psicopatólogo forense.

Se supone que se comienza con pocos recursos humanos, pero no se deberá de perder de vista el objetivo de lo que debe ser una CTD profesional y pública en el tercer nivel de la prevención y la asistencia, pese a su denostada imagen actual.

e)El contexto de la CTD y la “intensidad” del tratamiento.

Las “intensidades” ha sido parámetros que se han impuesto en los últimos años (especialmente a partir del 2000) para intentar “medir” a los programas residenciales y establecer relación costos-resultados. Sustituyó al criterio dominante de “retención” , que en definitiva era lo que se deseaba para con los drogodependientes en las décadas de los 80 y 90, cuando se les consideraba en mínimos, delincuentes potenciales, viciosos e indeseables, seropositivos, no aptos para la convivencia en sociedad, sin expectativas de retorno a una vida normal.

Si existe un equipo terapéutico motivado y motivador (experto) bien cohesionado, la CTD es de largo el dispositivo en que se pueden trabajar con mas intensidad y en libertad, los problemas relacionados con el consumo de sustancias y sus asociaciones. La CTD profesional bien equipada es el equivalente burgués de los Centros Residenciales para Máster en Empresariales, que resultan ser los mas buscados por jercarcas y ejecutivos en los países ricos.

La oportunidad de tratamientos e información que brinda la CTD profesional en convivencia de 24 horas es impensable en otro modelo de intervención. La comunidad terapéutica en medio urbano, permite otro tipo de relación con el entorno y otros dispositivos para la formación e interacción (Dogemberatung – Kiel; Portal Amarillo - Montevideo) pero en este modelo surgen mayores dificultades con el medio social anterior y con las familias de los pacientes.

La CTD dotada de buenos clínicos y profesionales para educar - formar en lo humano y laboral, significa condensar en meses, experiencias equivalentes a media vida para un joven de 25 años.

#### 4.2.2. - El Plan Terapéutico Individual.

1. Se trata de un proyecto estratégico individualizado en una vida de relación con Otros/as.
2. En un Grupo; o Micro-sociedad protegida.
3. En el cual la persona debe trabajar durante su estancia para:
  - a. Escampar su confusión inicial, aprender a reconocerse
  - b. Estableciendo un programa de “cambio e integración”



- c. QUE NO SE PUEDE REALIZAR SIN PROFESIONALES
- d. Imposible sin protocolos, sin consensos, ni metas claras.
- e. En un Plazo de Tiempo siempre ajustado a cada realidad personal pero CORTO.

#### 1. Proyecto estratégico individualizado en una vida de relación con Otros/as.

Se inicia con la firma del Contrato Asistencial para el ingreso en la CTD. No se considera aplicable el “Consentimiento Informado” porque la persona no habrá de consentir nada, con excepción del pacto de no-consumo de sustancias y el respeto a las normas de convivencia, las cuales serán las mismas que para la sociedad general, basadas en el respeto a los otros.

En las instancias de tratamiento habrá de iniciar y de elaborar un proceso de re-elaboración, temporalizada para los técnicos en sus efectos protocolarios, pero permanente para él o ella, que se deberá ir reajustando en la medida que transcurre el tiempo comunitario, mientras se adquieren conocimientos y destrezas, para finalizar – si esto es posible - en la necesidad de un cambio.

En las primeras etapas (establecimiento, reconstrucción-ampliación-rehabilitación) de los espacios comunitarios, las comodidades individuales no habrán de ser el elemento diferenciador de esta CTD pública de otras CTDs del modelo Daytop – Dianova. Sin embargo, y desde el principio se apuntará a la adecuación de los espacios de manera que los dormitorios no tengan mas de dos camas por espacio y se posibilite la intimidad.

#### 2 – El programa individual de Cambio e Integración.

El equipo asistencial y el mismo grupo podrán colaborar con cada PTI a modo de “catalizadores” en el proceso de toma de conciencia y acción para el cambio. Se habrá de procurar ofrecer todas las vías y escenarios posibles para que la persona afectada pueda seleccionar, experimentar y decidir entre alternativas para la elaboración de su “proyecto futuro”. Quien ha ingresado sólo y de manera voluntaria a un programa colectivizado y aislado, también deberá – después de salidas programadas - dejarlo de la misma manera; munido de habilidades, informaciones, alternativas y emociones que le puedan ofrecer un nuevo paisaje social para reemprender la vida sin complicaciones con las sustancias.

Si esto no se logra, tampoco se obtendrán resultados positivos inmediatos a la intervención, por lo que se deberá tener bien presente considerar al “fracaso inicial como regla” de los tratamientos en las primeras fases de constitución y consolidación del programa.

#### 3 - QUE NO SE PUEDE REALIZAR SIN PROFESIONALES

Imposible llevarlo adelante con personal inexperto o extraído básicamente de ex-consumidores. Es un hecho lamentable, pero a pesar que casi el 50% de las consultas en psiquiatría tienen que ver directa o indirectamente con la dependencia a sustancias, (alcoholismo, pasta base, benzodiacepinas, etc) en los cursos universitarios de Medicina y Psicología, en Sociología o Antropología, las “dependencias” no se imparten como lo requiere su incidencia en la Salud de la población.



El equipo habrá de ser multidisciplinario y polivalente, dado, en muchas ocasiones una persona deberá de saber actuar sobre situaciones que trascienden a su formación académica original. Es necesaria la formación permanente del equipo terapéutico y formativo desde una óptica ecléctica y de amplias miras porque resulta necesaria la complementariedad sinérgica de las intervenciones en el PTI de los usuarios. Cuando menos contradicciones existan entre operadores, mas claros y contundentes serán los mensajes para la reconstrucción de su futuro. Por supuesto, ls médicos son quienes menos tienen que ver con la rehabilitación e integración social de las personas drogodependientes.

Siguiendo estos postulados el equipo se podría constituir con:

Psicólogos clínicos y sociales, médicos psiquiatras o expertos en drogodependencias, enfermeros, sociólogos, diplomados sociales, educadores experimentados, antropólogos, abogados, maestros de artes y oficios, etc. Un buen recurso de defensa, asistencia y formación para la integración, puede requerir la presencia de todas aquellas disciplinas que se atomizaron en “especialidades” hace 100 años.

La CTD pública no debe renegar de la participación de ex-consumidores de sustancias en el equipo asistencial y formativo. Pero se debe dejar bien claro que la circunstancia de ex-consumidor no asegura capacidades para la asistencia, el consejo terapéutico o la formación para habilidades sociales y profesionales. Lo que resulta obvio para otros temas de la salud (cáncer por ejemplo) parece ningueado en drogodependencias, como si “hasta para la rehabilitación en instituciones cerradas” todo quedara en manos de la “autoayuda”.

#### 4 – Los protocolos, consensos, y metas a controlar en el PTI.

Durante el período de estancia establecido en el Contrato Asistencial, el equipo operador habrá de llevar un registro protocolizado de seguimiento individual, en paralelo a lo producido por el o la paciente. Desde los criterios de inclusión, el diagnóstico multiaxial presuntivo de ingreso, los resultados de psicométricos y psicoproyectivos, el nivel de entrada para aulas y talleres, etc; determinarán un diagnóstico bio-psico-social mas o menos definitivo que permitirá ir orientando a la persona y a todo el equipo operador.

Este equipo habrá de reunirse periódicamente para evaluar – de acuerdo al protocolo individualizado establecido – los grados de desviación en las metas propuestas y las correcciones a realizar para la intervención en cada situación concreta. Sin consenso profesional es imposible dar consistencia a un proyecto individual y este extremo habrá de ser clave en el funcionamiento. No se puede ni debe trasladar al “grupo de usuarios y usuarias”, extremo que suele ser la regla en el modelo “Daytop”.

#### 5 – Tiempo de estancia... Siempre será “insuficiente”.

Administrar es optimizar los recursos, siempre escasos o insuficientes para el cumplimiento de ambiciosos objetivos; o en otras palabras optimizar servicios con el mínimo de recursos o esfuerzos.

Uno de los problemas que plantea la intervención en drogodependencias tiene que ver con la correcta



administración del “tiempo” y la “oportunidad” en la intervención. Lo corriente es que la derivación a CTD se “aplace” hasta el fracaso reiterado y la aparición de graves complicaciones (inclusive en decenios como sucede con el alcoholismo) . En tales casos, el deterioro cognitivo, el estrés social y las complicaciones penales, complican hasta anular cualquier intento de intervención exitosa en CTD, excepto la meramente paliativa.

Se deberá resaltar, en el supuesto se trate a personas jóvenes y sanas afectadas por mono o múltiple dependencia, siempre se les deberá derivar a CTD y trabajará en plazos relativamente cortos para el tiempo de asistencia residencial, dado la necesaria rotación de personas en el servicio y la necesidad de retornarlas en el plazo mas breve posible hacia una unidad de seguimiento ambulatorio.

Se ha demostrado que la “sola o aislada desintoxicación” resulta ser (aunque siempre será la primera instancia de tratamiento) insuficiente (hasta inútil) y que a toda desintoxicación hospitalaria debería de seguirse con el ingreso en una CTD por un plazo no menor a los 6 meses. ¡En sólo 6 meses se habrá de tener! además de un diagnóstico positivo que abarque hasta lo familiar y social, un proyecto individual viable y controlable. Ello indica mentalizar a los y las demandantes de CTD que se ingresará a drogodependientes para trabajar seriamente y “de domingo a domingo” durante un corto período de tiempo.

#### 5 – Algunas consideraciones en agosto del 2008.

Este borrador inacabado... de pretendido esbozo para discutir un anteproyecto de CTD pública prestigiada no ha podido ser ni considerado en las instancias superiores de mando jerárquico en Montevideo - Uruguay. A poco de escrito y enviado, el autor recibió desde la página web del Ministerio de Salud Pública (diciembre 2007) una “invitación” para participar en la presentación de un “Manual” para la Asistencia de “Consumidores Problemáticos de Drogas” ...sustancias psicoactivas.

Diría que “toda la concepción uruguaya ilustrada” sobre las sustancias psicoactivas pivotea en “las consecuencia de...” El manual referido, si bien presume de tener gran consideración en las personas y en la multidisciplinariedad, al fin se reduce al siempre universo bio-médico y CONCEPTUALIZA el consumo “problemático” de “drogas” en el “universo mas amplio de las conductas adictivas” ( 3 – Marco Conceptual) a modo de respuesta asistencialista a los problemas creados por la pobreza extrema y el consumo de sustancias, muy elemental para estrechos horizontes asistenciales y carente de metas socio-políticas de calado en sus contenidos.

Se detecta (Anexos)en él un estilo médico-farmacológico de probable “excelencia” para los años 70-80 del siglo pasado con muy poca información sobre la base social a la que pretende llegar para luego asistir. En su página 13 dice textualmente:

- *Intervención temprana: (prevención primaria y secundaria)*  
*“Se trata de acciones destinadas a brindar una atención oportuna a aquellas personas con alto riesgo de desarrollar un problema por consumo de drogas. En este grupo también pueden incluirse aquellos consumidores que presentan un uso abusivo sin que puedan ser catalogados aún como dependientes....Su duración es variable (el tratamiento) y depende de la capacidad del individuo de entender y aprehender la información proporcionada y de traducirla en cambios de estilo de vida....”*

En pocas palabras “antes de constituirse como “consumo problemático”o antes del supuesto “delito o



problema para su salud” el Estado y toda la Sociedad implicada “deben” de plantear la “peligrosidad” de una persona que consume sustancias por “uso abusivo” sin que para nada se mencione en el texto que se entiende por consumo de riesgo y abuso ni que derechos le asisten a los ciudadanos. Luego el “discurso ilustrado deberá ser entendido y aprehendido por el ignorante para que cambie su estilo de vida”. Un Estado “protector -benefactor” y vigilante de “desmanes” por ignorantes consumidores de drogas. Sin duda alguna los autores y autoras del manual no desearon conocer la opinión que merecería ese texto a sociólogos y antropólogos, como bien lo expresan en los inicios de la publicación. Lo que sigue y sus anexos, con la ficha de notificación obligatoria, con el listado de expertos médicos para sus 100 páginas de “recomendaciones” se expresarían en palabras de Francisco Soca a los estudiantes de medicina en 1916:

*“¡Que grave, trascendental e imponente es una profesión que da tan espantoso poder para el mal y un imperio tan absoluto y despótico sobre la vida, los bienes del hombre! ...Y por ese ángulo la Medicina me aparece en toda su terrible majestad, mas grande que la de los reyes sobre la tierra...” (de “El Poder de curar” José Pedro Barrán ; Ediciones la Banda Oriental, 1992.)*

El texto pretende fundamentarse en trabajos y estudios ajenos a la realidad uruguaya lo que indica a las claras la inexistencia de un modelo teórico alternativo al parche neo-liberal importado desde las metrópolis del capitalismo avanzado con sus recetas para el Tercer Mundo...y amalgamado con la práctica anulación de los derechos de los ciudadanos ante el “poder Estado-Médico” del Uruguay, que por otro lado – eso es imposible para el imaginario profesional de nuestro país en el 2007 - lamentablemente, no recoge las ideas mas actuales procedentes de esas mismas fuentes.

En Barcelona, 14 de agosto de 2008.

Juan Pedro Montero de la Bandera.