

INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE

**¿CÓMO CONTRIBUYE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA
REHABILITACIÓN DE USUARIOS PROBLEMÁTICOS DE
DROGAS?**

Investigación presentada al Instituto Universitario de la Asociación Cristiana de Jóvenes, como parte de los requisitos para la obtención del diploma de graduación en la Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deporte.

Tutor: Álvaro Méndez

MICAELA LEDESMA

MONTEVIDEO

2018

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE TABLAS | IV |
| RESUMEN..... | V |
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1.1 Punto de partida | 9 |
| 1.1.1 <i>Objetivo general</i> | 9 |
| 1.1.2 <i>Objetivos específicos</i> | 9 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 10 |
| 2.1 Actividad física..... | 10 |
| 2.1.1 <i>Deporte</i> | 11 |
| 2.1.2 <i>Salud</i> | 12 |
| 2.2 Uso problemático de drogas..... | 12 |
| 2.3 Adicción..... | 13 |
| 2.4 Drogas..... | 14 |
| 2.4.1 <i>Dependencia</i> | 16 |
| 2.4.2 <i>Tolerancia</i> | 17 |
| 2.4.3 <i>Síndrome de abstinencia</i> | 17 |
| 2.4.4 <i>Recaída</i> | 18 |
| 2.5 Rehabilitación y tratamiento..... | 18 |
| 2.5.1 <i>La rehabilitación</i> | 19 |
| 2.5.2 <i>El tratamiento</i> | 20 |
| 2.6 La AF y la rehabilitación | 21 |
| 3. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 22 |
| 3.1 Metodología..... | 22 |
| 3.2 Nivel de investigación | 22 |
| 3.3 Participantes del estudio..... | 23 |
| 3.4 Unidad de análisis | 25 |
| 3.5 Instrumento de recolección de datos | 25 |
| 3.6 Estrategias de procesamiento y análisis de la información | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 4. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS | 27 |
| 4.1 Descripción de la política de Gobierno..... | 27 |
| 4.1.1 <i>Junta Nacional de Drogas</i> | 27 |
| 4.1.2 <i>Marco Regulatorio Nacional, Decreto N°274/013</i> | 30 |
| 4.2 Descripción de los Centros de rehabilitación | 36 |
| 4.3 Tablas de fichas de relevamiento Institucional..... | 51 |
| 4.4 Tipos de drogas consumidas | 51 |
| 4.5 Características de un tratamiento eficaz..... | 52 |
| 4.6 Características de los programas de AF | 54 |
| 4.6.1 <i>Cantidad de pacientes que participan</i> | 54 |
| 4.6.2 <i>Objetivos de la AF en el marco de los programas de tratamiento</i> | 55 |
| 4.6.3 <i>Frecuencia</i> | 55 |
| 4.6.4 <i>Infraestructura y recursos materiales</i> | 56 |
| 4.6.5 <i>Resultados obtenidos</i> | 56 |
| 4.7 Importancia de la AF dentro del programa de rehabilitación | 57 |
| 4.8 Integración de la AF en los centros de rehabilitación | 58 |
| 4.9 Percepción de los usuarios de los beneficios de la AF | 59 |
| 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 64 |
| 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 66 |
| ANEXOS..... | 71 |
| ANEXO 1: Entrevista a informante calificado de la JND | II |
| ANEXO 2: Entrevista a informante calificado de la JND | IX |
| ANEXO 3: Entrevista a Centro Aconcagua..... | XV |
| ANEXO 4: Entrevista a Centro Izcalí | XIX |
| ANEXO 5: Entrevista a Centro Ser Libre | XXIII |
| ANEXO 6: Entrevista a Informante calificado..... | XXVII |
| ANEXO 7: Entrevista a Informante calificado..... | XXIX |
| ANEXO 8: Entrevista a Informante calificado..... | XXXI |
| ANEXO 9: Entrevista a Informante calificado..... | XXXVII |
| ANEXO 10: Entrevista a Informante calificado..... | XLI |

| | |
|-------------------------------------|--------|
| ANEXO 11: Entrevista a usuario..... | XLIV |
| ANEXO 12: Entrevista a usuario..... | XLV |
| ANEXO 13: Entrevista a usuario..... | XLVI |
| ANEXO 14: Entrevista a usuario..... | XLVII |
| ANEXO 15: Entrevista a usuario..... | XLVIII |
| ANEXO 16: Entrevista a usuario..... | XLIX |
| ANEXO 17: Entrevista a usuario..... | L |
| ANEXO 18: Entrevista a usuario..... | LI |
| ANEXO 19: Entrevista a usuario..... | LIII |
| ANEXO 20: Entrevista a usuario..... | LIV |
| ANEXO 21: Entrevista a usuario..... | LV |
| ANEXO 22: Entrevista a usuario..... | LVI |
| ANEXO 23: Decreto N°274/013..... | LXI |

ÌNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1- Datos relevados a los usuarios entrevistados | 23 |
| Tabla 2- Alcance de la aplicación de cada instrumento de relevamiento..... | 25 |
| Tabla 3- Categorías de análisis y fuentes de información | 26 |
| Tabla 4- Relevamiento telefónico de Dispositivos Residenciales | 36 |
| Tabla 5- Relevamiento telefónico de Dispositivos de Base Comunitaria | 37 |

RESUMEN

El tema de esta investigación se enmarca dentro del área de la rehabilitación en el uso problemático de drogas y la actividad física. El propósito de este estudio cualitativo es determinar cómo contribuye la actividad física en la rehabilitación de personas con uso problemático de drogas. Los participantes del estudio fueron los usuarios problemáticos de drogas que se encuentran en rehabilitación dentro los centros de tratamiento de Montevideo. La recolección de datos se llevó a cabo a través de la revisión de literatura existente sobre el tema en estudio, relevamiento web, relevamiento telefónico y de la realización de entrevistas semiestructuradas a informantes calificados con experiencia en el área, a los centros y a usuarios con uso problemático de drogas. Cabe destacar la participación de la Junta Nacional de Drogas, la cual mediante los técnicos especializados en las áreas de atención, tratamiento e inserción social expusieron su dinámica, sus técnicas y sus metodologías de trabajo en cuanto al abordaje del tema en cuestión. A raíz de los resultados arrojados en base a las técnicas utilizadas se pudo establecer la importancia de la utilización de herramientas integrales en el proceso de rehabilitación. Se consolida así la idea de que la práctica de actividad física mostró influir de manera positiva en éste proceso.

Palabras clave: Actividad física. Uso problemático de drogas. Rehabilitación.

1. INTRODUCCIÓN

A modo de comienzo es necesario mencionar que el proceso de consumo problemático de drogas por el cual transita una persona proyecta consecuencias perjudiciales y nocivas y es por ello que se busca indagar e investigar las mejores herramientas para un tratamiento con una recuperación eficaz.

En el año 1988 el Poder Ejecutivo determina la creación de la Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico Ilícito y Uso Abusivo de Drogas (Decreto 463/988), siendo desde el año 1999 hasta el día de hoy un organismo dependiente de la Presidencia de la Republica de carácter interministerial llamado Junta Nacional de Drogas (JND). Es quien se encarga de definir las líneas políticas en las diferentes áreas.

A partir de la misma se han desarrollado diferentes proyectos en nuestro país con respecto a las estrategias de abordaje del uso problemático de drogas, siendo éstos enfocados a la prevención del consumo de drogas a través de actividades físicas. Entre ellos: “knock out a las drogas”, “por deporte”, “basket crece contigo”, “remando por mi país”, “habilidades para la vida” y “revés a las drogas”.

En Uruguay, aunque ésta investigación se refiera concretamente a la rehabilitación, los programas deportivos vinculados al departamento de prevención tienen como misión estimular la conciencia social sobre la importancia de todos los problemas que ocasionan las drogas, favoreciendo la reducción de la demanda a través de estrategias, tanto para el retraso del inicio del consumo como para la gestión de los riesgos asociados al uso y abuso de sustancias (JUNTA NACIONAL DE DROGAS, 2016).

Además por parte del área de prevención se propusieron talleres con capacitaciones a educadores físicos, suponiendo potenciar desde el área de conocimiento corporal el trabajo de habilidades para la promoción de la salud y la prevención del uso de drogas.

Existe una necesidad evidente de hacer énfasis en la promoción de la salud y en aprender a cuidar al cuerpo desde los distintos roles de manera complementaria. Se busca potenciar el desarrollo de distintas habilidades, fomentando principalmente el área de conocimiento corporal.

Entendiendo que la AF cumple, y cada vez más, con las herramientas para actuar tanto en prevención, como en tratamiento y rehabilitación, se utiliza como antecedente fundamental la introducción de las distintas propuestas como expresión cabal de un abordaje integral de la condición humana, la cual conecta lo psicoemocional y lo físico, planteando la importancia de visibilizar y dimensionar el lugar de la actividad física (de ahora en más AF) en este campo, centrándose en los ejes de salud y desarrollo.

Esta tesis fue ideada en virtud de la necesidad de una experimentación e investigación de campo en el ámbito de la AF y las drogas, planteando que quien padece

éste uso problemático de drogas puede ser rehabilitado con un tratamiento específico, junto con la práctica de AF. Ello se plantea como una terapia conjunta con otras que traten dicha problemática específica desde otras áreas. Es una herramienta que trata y hace a la terapia desde lo integral, cuerpo y mente.

Cabe destacar que en este trabajo se hará referencia al término de uso problemático de drogas (fundamentado más adelante). No es objetivo de este estudio discutirlo.

Los escasos antecedentes actuales, información y estudios en nuestro país han motivado aún más el interés por esta investigación. Sin embargo, existen a modo de antecedentes directos cuatro autores que se destacan en el estudio de la incidencia de la AF en la rehabilitación de usuarios, los cuales servirán de sustento teórico para ésta tesis.

Uno de ellos (VALVERDE, 1994, p. 105) estudia la AF para sujetos toxicómanos en rehabilitación, en donde se plantea que “existen estudios científicos que demuestran la efectividad de la educación física incluida como una terapia psicomotriz dentro del programa de rehabilitación”. Ello conllevaría a considerar dentro del dictado y planificación de las clases la presencia de actividades específicas que permitan abordar las distintas áreas que comprende el desarrollo psicomotriz para conseguir una rehabilitación exitosa.

La mayoría de los usuarios problemáticos de drogas (en adelante UPD), no se han insertado en la sociedad adecuadamente, dejando de lado hábitos responsables vinculados al estudio o al ámbito laboral. Por esta razón el planteo de la práctica de actividad y de la asistencia a terapias en las distintas áreas que tratan esta situación le permite ocupar su tiempo libre en actividades sanas, en momentos productivos y benéficos en pro del retiro de la problemática del consumo.

Otro de los estudios hallados (BIONDI, 2007) trata la importancia de la AF en el tratamiento de deshabituación a las drogas. Explica que la educación física educa de manera integral, cuerpo y mente al mismo tiempo, siendo esta de ayuda para el cambio de conductas y para la recuperación de aquellas capacidades y condiciones psíquico físicas que se habían perdido. En ese sentido se vincula a la AF como un complemento importante en el proceso de rehabilitación que aplicado en forma sistemática, focalizada y específica con ese objetivo puede ayudar con la eficacia del mismo.

Quien practica actividades y las toma como una conducta asidua tiende a ver la importancia del cuidado de su propio cuerpo y de su salud, que la sociedad lo acepta a consecuencia y por tanto se integra finalmente a sectores en los que el consumo de sustancias no está presente, logrando el éxito de la erradicación de ello en su propia vida.

Por otra parte Schinca (2000, p.11) considera que “mediante el estudio y la profundización del empleo del cuerpo se pueden mostrar otras estrategias de expresión”. Es por esto que con un tratamiento adecuado, integral y teniendo en cuenta la AF se puede

enseñar una vía sana y con recursos propios que de continuarla es posible mantenerla, mejorando sus conductas y estilo de vida.

Con los recursos referidos, ejercidos sistemáticamente para adoptarlos como conducta habitual, se hace posible el comienzo de un hábito saludable que condice con y por tanto inhibe el consumo de estupefacientes.

Se entiende entonces que partiendo de lo físico se conectan los procesos internos de la persona para encontrar otros modos de expresión, sin perjuicio de que a su vez ello habilita a liberar sentimientos y a intercomunicar al cuerpo con sus emociones.

Por último un cuarto antecedente plantea que un consumidor regular posee una condición que lo margina de la sociedad (CENTELLES, 2009). En consecuencia, los UPD experimentan una muerte moral que los aísla como seres sociales, esto se debe a la relevancia socio cultural que los mismos pares y la sociedad en su conjunto ejercen en ellos.

Ante ese fuerte componente grupal que opera negativamente juzgando al sujeto la AF le brinda un espacio en donde los individuos pueden relacionarse e interactuar con otros, permitiendo trabajar aspectos importantes como la autoestima, la empatía y la resolución positiva de conflictos entre otros.

Se buscó profundizar sobre experiencias desde su propio proceso creativo, posibilitando el abordaje de vivencias compartidas en las relaciones interpersonales así como también el desarrollo de diversas habilidades como la toma de decisiones, la tolerancia y el respeto a tiempos, espacios, lugares y opiniones distintas.

La elección del tema no tiene intención de vincular ni a una edad específica ni a una droga en particular. El principal argumento es transmitir parte de la experiencia a una temática cuya gravedad no admite improvisación.

1.1 Punto de partida

- ¿Cómo contribuye la AF en la rehabilitación de usuarios problemáticos de drogas?

1.1.1 Objetivo general

- Conocer cómo contribuye la AF en la rehabilitación de usuarios problemáticos de drogas en los centros de tratamiento de Montevideo.

1.1.2 Objetivos específicos

- Describir la política de Gobierno a través de la Junta Nacional de Drogas.
- Conocer las instituciones de Montevideo que realizan tratamientos para personas con uso problemático de drogas. Determinar cuáles de ellas utilizan AF.
- Describir los diferentes programas de tratamiento y rehabilitación del uso problemático de drogas en los centros y cómo está incluida la AF en los mismos.
- Describir la influencia de la AF en el proceso de rehabilitación de los usuarios problemáticos de drogas.

2. MARCO TEÓRICO

Una vez introducido el tema, los objetivos y los conceptos básicos que lo componen, se expondrán a continuación distintas definiciones articuladas entre sí con el fin de dar lugar a la construcción del sustento teórico que va a fundamentar la tesis.

2.1 Actividad física

La práctica de AF se recomienda para alcanzar un óptimo estado de salud, tanto mental como físico, intentando a su vez recuperar aquellas capacidades perdidas. La AF “implica todo movimiento corporal capaz de producir un gasto energético por encima del metabolismo basal” (MAJEM, ROMAN, ARANCETA, 2006. p.2).

Por otra parte el ejercicio físico es una variedad de la AF, siendo éste planificado, estructurado, repetitivo y realizado con un objetivo relacionado a la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016). Es por eso que la AF abarca el ejercicio pero también otras actividades de nuestro interés.

Teniendo en cuenta las dos definiciones manifestamos que ninguna de ellas corresponde ni abarca el área específica de investigación de esta tesis.

Concordando con Gutiérrez (2013) la definición de AF en si misma resulta muy amplia ya que en ella se incluyen actividades de la vida cotidiana las cuales el presente estudio no pretende abordar. Por otra parte el ejercicio físico como tal deja de lado deportes y actividades recreativas, siendo estas de suma importancia para los objetivos de éste trabajo.

Es por ello que se plantea una consideración personal de AF en el correr de la presente investigación. La misma se justifica como una actividad planificada y llevada a cabo por un equipo de profesionales con ciertos objetivos, la cual implique movimiento y gastos de energía. Se dejarán de lado aquellas actividades cotidianas, que si bien requieran movimiento, no conllevarán grandes gastos energéticos y no se proyectarán como las actividades planteadas en esta tesis.

La AF cumple la función liberadora de estrés y endorfinas siendo estas “fabulosos analgésicos bioquímicos segregados por el cerebro que nos hacen sentir placer y bienestar”, (LANDÁZURI, 2006, p.1), permitiendo aliviar tensiones, minimizar perspectivas y pensamientos o conceptos nocivos que al existir y estar presentes en el usuario colaboran firmemente en continuar, o aun peor, aumentar abusivamente el consumo.

Además, al mismo tiempo de disminuir la ansiedad ayuda a aumentar los niveles de dopamina (químico asociado a las sensaciones de placer) en el cerebro. Esta generalmente se reduce a consecuencia del abuso de sustancias. Se ha demostrado que también regula el sueño, un problema común para las personas en las primeras etapas de rehabilitación,

mejorando la función cognitiva, algo que muchas veces se deteriora por el uso y abuso de estas sustancias.

No obstante, la educación física “busca el desarrollo y la formación de seres humanos que experimenten su corporeidad de forma existencial, tanto como acceso al mundo físico como en cuanto a interacción social” (BLAZQUEZ, 2006. p.37), siendo una pedagogía de las conductas motrices de los individuos.

Busca el desarrollo integral en todas sus posibilidades, abarcando tanto aspectos físicos como psíquicos para el desarrollo y la integración de la persona hacia la sociedad en la que vive, dotándolos de mayor y mejor calidad de vida.

Tomando en cuenta lo que plantea Schinca (2000, p.11) “el profundizar en el conocimiento y vivencia del propio cuerpo permite llegar a descubrirse a partir de la realidad física”, intentando desbloquear los obstáculos personales que bloquean los distintos canales expresivos, siendo positivo para las personas que busquen conocimiento de ellos mismos, de comunicación con los demás y de nuevas vías de expresión.

Según Learreta, Sierra y Ruano (2005, p.25) “expresarse es aceptar la propia realidad corporal, exponerse, asumirse con una forma de moverse propia y autentica, tomando conciencia de lo que sucede en nosotros, de cómo reaccionamos ante lo que vivimos y cómo lo vivimos”. Permite elevar o generar la autoestima lesionada o ausente que es quien regula las reacciones, percepciones y vivencias del ser humano.

Al realizar AF la persona no solo siente satisfacción, sino que se empieza a preocupar por la importancia del cuidado de su cuerpo. Al tiempo de realizarla comenzará a notar cambios corporales positivos, fruto de su esfuerzo, no solo a nivel físico sino también psíquico, dejando de lado viejos hábitos perjudiciales.

El fin principal del docente en este caso es lograr que el usuario vea y decida elegir otras reacciones y oportunidades.

2.1.1 Deporte

Dentro de la definición de AF planteada cabe destacar la vinculación de la misma con el deporte, el cual Hernández (1994) define como una situación lúdica y motriz, en donde existe una competencia reglada e institucionalizada. Este puede brindar, además de beneficios físicos y psicológicos, elementos para que la persona sea reintegrada en la sociedad desde muchos puntos de vista.

A través de la práctica deportiva se buscan brindar herramientas para que la persona integre y recomponga nuevamente normas y distintos valores sociales entre otros. Es por ello que la persona en proceso de rehabilitación puede lograr reinsertarse en la sociedad e influir en su socialización, esta vez de manera positiva.

En consecuencia y teniendo en cuenta los conceptos mencionados se pueden observar las características de algunos de los pilares de esta investigación, los cuales conllevan a describir los beneficios de la AF en la salud (en la rehabilitación en específico) y la relevancia de continuar indagando sobre este tema.

2.1.2 Salud

Anteriormente se detallaron las características de la AF y por qué ésta influiría positivamente en el proceso de rehabilitación. En este caso, se hace explícita la necesidad de explicar la importancia de la misma en la salud de la persona en rehabilitación.

Según la OMS (2009, p.1), siendo ésta una definición no modificada desde el año 1948, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

A pesar que éste no es el tema central de esta investigación se hace necesaria la mención y los beneficios que produce la práctica regular de AF y cómo influye en situaciones desfavorables y nocivas como lo es en el proceso de rehabilitación. Contribuye a reducir y prevenir el impacto personal, familiar y social de algunas de las siguientes enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la osteoporosis, la diabetes y algunos tipos de cáncer (GONZALEZ ARAMENDI, 2003).

En líneas generales es necesario mencionar la importancia de estos beneficios, especialmente en el proceso por el que deben transitar los UPD, manifestando que la AF debe cumplir un papel importante en el tratamiento a modo de poder ser incluidas dentro de los programas de rehabilitación.

2.2 Uso problemático de drogas

La política de drogas en Uruguay se basa en un modelo de intervención de “reducción de daños” siendo ésta un área de la Junta Nacional de Drogas.

Es definido por la misma como un marco conceptual y referencial que incluye a todas las estrategias, ya sea en prevención como en tratamiento y reinserción social, que tienen como fin la disminución jerárquica y variada de los efectos dañinos del uso de drogas ya sea a nivel individual, en el entorno o de terceros (JUNTA NACIONAL DE DROGAS, 2016). No se busca un consumo cero sino que plantea que lo primordial es mantener la vida por encima del no consumo y es por eso que no se habla de adicción ni de enfermedad sino de consumo problemático como forma de un mal relacionamiento con las sustancias.

Por otra parte, al existir diferentes modelos de abordaje de la adicción cabe destacar que no se busca definir una verdad universal ni cuestionar ninguno de ellos sino definirlos a grandes rasgos, entendiendo que cada uno tiene su propia ideología y estrategia de resolución.

2.3 Adicción

A pesar que en ésta investigación se va a utilizar el término de uso o consumo problemático de sustancias y no el de adicción, se hace imprescindible exponer el concepto de la misma.

La adicción consiste en una conducta obsesiva y compulsiva por consumir o utilizar cualquier tipo de objeto (comida, juego, compras, trabajo, relaciones insanas, internet y drogas entre otros). Es una necesidad incontrolada de repetir cierta acción de manera ritual y estereotipada que lleva a consumir periódicamente para experimentar un estado positivo o contrarrestar uno negativo (CAÑAL, 2003).

Esta necesidad de consumir se mantiene a pesar de las consecuencias negativas que la persona sufre, llevándola a un continuo deterioro.

López (2003) en su libro “Lo no dicho sobre la adicción” plantea claramente las características de los distintos modelos de abordaje de la adicción los cuales se expondrán a continuación:

- Reducción de daños (definido anteriormente)
- Minnesota define a la adicción como una enfermedad involuntaria, primaria, progresiva, única y crónica. Recomienda asistir a grupos de ayuda mutua, tales son narcóticos y alcohólicos anónimos, amor exigente, etc.
- El proyecto hombre entiende a la adicción también como una enfermedad. Sostiene que cambiando las conductas del adicto el mismo puede cambiar sus pensamientos. Predomina la internación y las funciones normativas estrictas.
- El socioeducativo plantea a la adicción como una respuesta social. Su estrategia se basa en hacer énfasis en el medioambiente, la historia social de cada uno, sus medios y modos de vida, sus principios y comunicación entre otros. Se plantea a lograr cambios en su propia condición social.
- El médico psiquiátrico considera que la adicción es una enfermedad pero causada por otra enfermedad primaria, asegurando que el adicto consume como forma de autorregularse. Sus tratamientos se basan en la medicación y psicoterapia, tratando a la enfermedad de base para poder solucionar la otra.
- El psicoanalítico tradicional plantea que la adicción es un síntoma relacionado al problema de personalidad, originado desde la formación de la persona. Busca las causas que llevaron al adicto a consumir y apunta que al encontrarlas y comprenderlas éste podría dejar de consumir.
- El familiar sistémico también considera a la adicción como un síntoma, el cual lo asume el más sensible del círculo familiar para poder equilibrar las disfunciones.

Identificando y resolviendo ésta disfunción el adicto no debería tener motivos para seguir consumiendo.

- El cognitivo conductual identifica a la adicción como un comportamiento aprendido o como también una enfermedad. Propone que al generar cambios en las creencias del adicto, éste modificaría su conducta.
- El religioso plantea que la adicción es un mal apoderado del alma del adicto y que puede solucionarlo a través de la oración y el servicio y entrega a Dios.

Se debe mencionar que a partir de lo planteado los distintos y posibles abordajes para dicha problemática también incluyen tratamientos muy variados, planteando igualmente que la AF puede influir en cada uno de ellos.

2.4 Drogas

En líneas generales y tomando como referencia a G. Myers (2006, p. 294) “las drogas psicoactivas son sustancias químicas que modifican la percepción y los estados de ánimo”, considerando que existen diversas sustancias con distintas características, efectos y consecuencias que pueden dar a lugar a variadas situaciones más o menos problemáticas.

Por otra parte, quienes se encuentran en tratamiento en los centros de rehabilitación generalmente utilizan combinación de múltiples drogas, siendo éstas un factor importante de riesgo ya que aumentan la posibilidad de efectos nocivos en el cuerpo humano. Los policonsumidores condicionan las reacciones y potencian la toxicidad de las drogas, complicando los tratamientos.

Generalmente un consumidor habitual utiliza más de una sustancia. Las combinaciones pueden ser múltiples, siendo posible que el policonsumo sea secuencial, simultáneo o alternado.

Entre las razones por las cuales se explica el policonsumo son: para potenciar o contrarrestar los efectos de otras drogas, como sustituto de una no disponible y/o por seguir a un grupo determinado de consumidores entre otros (SALAZAR, PERALTA, PASTOR, 2009). De todas maneras se trata de una pauta de consumo que multiplica los riesgos asociados a las diferentes sustancias.

Éste fenómeno desarrolla factores de distinto tipo los cuales contribuyen al establecimiento de vínculos adictivos. Estos factores son asociados a problemas sociales, problemas traumáticos, problemas familiares y por falta de herramientas, optando por el consumo como forma de afrontar los mismos o simplemente como forma de evadirlos.

El abuso de drogas conduce a la dependencia de las mismas, siendo siempre el destino final el cerebro del consumidor.

El consumo y el uso problemático de drogas son unas de las conductas destructivas más estudiadas, involucrando grandes variedades de drogas que van desde las legales a

las que no lo son. El consumo de sustancias de abuso constituye un problema con importantes repercusiones en diferentes campos y ámbitos. Hablamos de un estado determinado por el uso compulsivo de las mismas.

El usuario no puede dejar de consumir la sustancia aun así cuando quiere hacerlo, es decir que domina la voluntad. Resulta muy difícil dejar de lado éste uso, tanto por la dependencia psicológica como por la dependencia fisiológica que la droga produce.

He aquí la influencia y relevancia del uso problemático en el sujeto por el cual el mismo entra en un estado donde carece de un control eficaz para adecuar su conducta a las demandas del medio, persistiendo en el consumo de la droga a pesar de conocer las consecuencias y a pesar de todos los intentos y tratamientos trazados para controlar su ingesta (REDOLAR RIPOLL, 2011).

Distintos análisis muestran los efectos dañinos del abuso de drogas en todo el cuerpo, en donde el impacto puede ser mortal.

Con frecuencia se encuentra la coexistencia del abuso con distintas enfermedades, entre otras: enfermedades cardiovasculares, apoplejía o ataque cerebrovascular, cáncer, VIH/SIDA, Hepatitis B y C, enfermedades pulmonares, obesidad y trastornos mentales. Además como resultado del uso problemático de drogas otras personas también sufren consecuencias dañinas (bebes, impacto ambiental y propagación de enfermedades) (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2008).

Dentro de la toxicología de los drogas existen varias clasificaciones de las mismas, de acuerdo a la legalidad, la toxicidad, la adictividad y los efectos que generan en el Sistema Nervioso Central (SNC).

A partir de la clasificación de la OMS, en este caso se puede hablar de drogas depresoras o estimulantes del SNC y las que lo perturban que son los alucinógenos (ROSSI, 2008).

Se dividirán las drogas con la clasificación proporcionada a modo de visualizar la acción de cada una, en materia de la persona y la actuación individual que hay que considerar para cada una de ellas.

- Depresores: Ketamina, Opiáceos (opio, morfina, codeína, heroína) alcohol, tranquilizantes (ansiolíticos, inductores del sueño), inhalables (pegamento, éter, gasolina) y benzodiacepinas.
- Estimulantes: cocaína, anfetaminas, cafeína y tabaco.
- Alucinógenos, psicodislépticos: LSD, drogas de diseño (metanfetamina, Popper, éxtasis, superman) y cannabis

2.4.1 Dependencia

Diversos factores actúan en la iniciación, el mantenimiento y la interrupción de la autoadministración de drogas causantes de dependencia.

“La dependencia en las drogas se puede definir como la necesidad que tiene una persona de consumir dicha sustancia. Esto se debe al uso continuado de la misma” (DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, 2010, p.14). LosUPD necesitan consumir la sustancia para sentirse bien y poder desenvolverse en su realidad. Al no consumirla su estado tanto psíquico como físico comienza a debilitarse y alarmarse, efectuando lo que sea con tal de conseguirla.

Dentro de la dependencia se pueden distinguir dos tipos:

- a) Dependencia física: es la que manifiesta el organismo debido al consumo continuado de la sustancia, de tal modo que precisa de dicha sustancia para funcionar con normalidad. La falta de la sustancia genera en la persona un conjunto de síntomas que se denomina síndrome de abstinencia, el cual solo evitara si vuelve a consumir una nueva dosis.
- b) Dependencia psicológica: es la que se manifiesta cuando la persona tiene la necesidad de consumir la sustancia por los efectos que le aporta (DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS,p.15).

En la dependencia física se producen alteraciones corporales (síndrome de abstinencia) cuando se suspende la administración de la droga.

La dependencia psicológica actúa ante un impulso psíquico que requiere una administración periódica o continua para poder sentir placer y evitar situaciones negativas en caso de la ausencia de la droga. Además también representa una determinada situación en la que la persona siente satisfacción cuando utiliza la droga.

Algo que influye sustancialmente en la misma son las características fármaco dinámicas de la droga utilizada, teniendo en cuenta la sustancia empleada, la cantidad, la frecuencia de su uso y la vía de administración de la misma, así como también la finalidad por la que cada individuo la emplea (MARTINEZ, RUBIO, 2002).

Para que se inicie y continúe el consumo de drogas con frecuencia, aparecen varios motivos a destacar: satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas, tener experiencias placenteras, nuevas o emocionantes además de peligrosas, huir de algún motivo o adquirir un estado superior de distintas capacidades (DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA, 1981).

Generalmente la dependencia se caracteriza por cambios en el comportamiento y otras áreas, que siempre incluyen la compulsión continuada y periódica de consumir drogas. Se busca experimentar sus efectos y en ocasiones evitar la molestia de su ausencia.

“La dependencia entonces se caracteriza por existir un patrón de conductas de manera que la persona tiene dificultades para controlar el uso de la sustancia. Cabe

destacar que los dos fenómenos más característicos presentes son la tolerancia y el síndrome de abstinencia” (MARTINEZ, RUBIO, 2002, p. 2).

2.4.2 Tolerancia

La tolerancia puede definirse como la habituación de una persona a una determinada situación, en este caso la necesidad de aumentar progresivamente la dosis para poder obtener los mismos resultados que se obtenían o también la disminución de los efectos en relación a la dosis regular consumida.

A partir del policonsumo:

Se encuentran características de la dependencia y la tolerancia cruzada que generan unas y otras sustancias. Estos efectos llevan a la persona a modificar su patrón de consumo buscando una droga alternativa y más fuerte que le permita alcanzar los niveles de placer iniciales, aumentar los ya existentes o someterse a nuevas sensaciones (VERA VON BARGEN, 2011. 235 p.).

Se entiende “la tolerancia cruzada como el fenómeno por el que el consumo de una droga, origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino a otras del mismo o de diferente grupo farmacológico” (MARTINEZ, RUBIO, 2002, p. 3).

Queda manifestada la importancia e interés de la presente investigación a los efectos de la AF en los UPD, notando que ésta reduciría los síntomas depresivos que muchas veces sufren los usuarios y que por lo tanto reducirían también la posibilidad de recaer.

2.4.3 Síndrome de abstinencia

Teniendo en cuenta el uso problemático, la dependencia y tolerancia a las drogas ya anteriormente mencionadas, se hace imprescindible describir en qué consta éste síndrome y cuáles son sus efectos.

“El síndrome de abstinencia (SAB) son un conjunto de síntomas de malestar físico y psíquico que se presentan como consecuencia de la interrupción en el consumo” (GARCIA GARCIA, 1999, p. 236). Los síntomas desaparecen cuando el cuerpo vuelve a consumir o cuando el organismo nuevamente puede desenvolverse sin la droga.

El organismo se habitúa a la presencia constante de las sustancias, de modo que para funcionar con normalidad necesita mantener un determinado nivel de la droga en sangre. El síndrome aparece cuando el nivel desciende por debajo de cierto umbral (GARCIA JIMENEZ, 2001).

La eliminación de la sustancia en el cuerpo acarrea una prevalencia de síntomas negativos, los psicológicos por sobre los orgánicos, caracterizados por la necesidad del producto, ansiedad, sudoración y taquicardia. “Estos síntomas pueden variar desde leves

hasta severos. Nerviosismo, temblores, mareos, náuseas vómitos y convulsiones” (E. MORAN, 2006. p.47).

Tratándose de un consumo crónico, la persona viene padeciendo un gran desgaste físico además de otras importantes consecuencias en el área social y psicológica como ya lo hemos mencionado.

La supresión tras un largo periodo de consumo viene acompañada además de fenómenos de rebote caracterizados por la depresión y la somnolencia.

2.4.4 Recaída

La recaída se caracteriza por la vuelta a los comportamientos y uso de drogas después de un tiempo determinado sin consumir. Para hablar de recaída la persona debe haber estado anteriormente en recuperación, sin consumir y por un periodo prudente de tiempo.

Es el proceso donde el usuario se encuentra en un estado de abstinencia sostenida hasta volver a consumir, siendo manifestado con una serie de síntomas los cuales hacen que regresen a los antiguos patrones de conducta.

En determinada situación la persona manifiesta un deseo insostenible por volver a consumir donde el uso de las drogas se vuelve imprescindible.

En consecuencia, fundamentamos la relevancia que debe tener la AF en todos los aspectos de la rehabilitación, percibiendo que beneficiaría distintas áreas, tanto para rehabilitarse como para disminuir o eliminar síntomas negativos del síndrome de abstinencia y evitar así las recaídas.

2.5 Rehabilitación y tratamiento

Siguiendo con los conceptos en los cuales se apoya la presente investigación se hace indispensable el abordaje de la rehabilitación y el tratamiento.

El uso problemático de drogas no solo tiene efectos directos sobre la salud del consumidor sino que también desencadena hechos violentos, suicidios, homicidios, delincuencia y todo tipo de problemas laborales, educativos y sociales. Ello conlleva a indagar exhaustivamente cuales son las mejores herramientas para sobrellevar el proceso y así poder encontrar nuevas y mejores maneras de sostener un tratamiento y contrarrestar sus efectos.

Tras el uso de sustancias psicoactivas con frecuencia pueden aparecer graves trastornos psíquicos, relacionándose con la aparición de alteraciones neuropsiquiátricas, déficit de memoria, disminución de la atención, desinterés laboral y académico y comportamiento anti social (JUNTA NACIONAL DE DROGAS, 2007).

El UPD muestra una falta de conciencia de sí mismo, falta de identificación de su individualidad, de la valoración de su persona y de su físico. Por ello se difumina la posibilidad de tomar conciencia de lo que sucede en él y recurre a la droga como mecanismo de evasión. Generalmente sus experiencias y vivencias así como también su entorno no han sido lo suficientemente conscientes, otras aparecen ausentes o bien la persona lo ha percibido de manera negativa, generándole reacciones perjudiciales para su propia vida.

La dimensión que le otorgan a las situaciones cotidianas les hace actuar de modo exagerado, extralimitado y/o desmesurado entre otros, haciendo cada vez más difusa la distinción y el encuentro de otras posibilidades o formas saludables de relacionarse e interactuar con el medio y quienes lo integran.

Cabe mencionar que tanto en la rehabilitación como en el tratamiento el individuo es quien debe por su propia conciencia concurrir a estos centros y buscar ayuda.

2.5.1 La rehabilitación

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1982) la rehabilitación es un proceso de duración limitada, lo suficientemente amplio para lograr su objetivo definido. Busca permitir que una persona con problemas de drogas alcance un nivel físico, mental y social funcional óptimo.

Proporciona medios a su vez para modificar su propia vida, siendo capaz de recomponer de forma efectiva las relaciones personales y sociales, haciendo que la persona se reintegre por completo en la sociedad.

Teniendo en cuenta las características del UPD cabe destacar que el concepto de rehabilitación está estrechamente ligado a lo planteado anteriormente ya que debido al consumo de estas sustancias la persona ha generado problemas de distinta índole. Esto lo obliga a asistir a lugares alternativos en donde pueda combatir éste problema, pedir ayuda, guía y aprender herramientas, evitando así la progresión del daño que la droga ha ocasionado. Esto no solo recurriendo a equipos multidisciplinarios que aplican distintos tratamientos específicos sino también con el fin de observar y vivenciar las experiencias de otras personas que colaboran en mostrar sus propias rutinas (desde las causas de inicio de su consumo problemático hasta la efectividad de los tratamientos realizados y los beneficios del seguimiento de los mismos) y generar la empatía mínima necesaria.

“El ejercicio físico y el deporte vienen cargados de beneficios que se vinculan, por lo general, a cuidados en la alimentación, y con el rechazo, abandono o reducción de hábitos tóxicos” (GONZALES ARAMENDI, 2003. p.15). Es importante incentivar a que la persona realice AF notando que la actividad muscular favorecerá también la producción de B-

endorfinas las cuales a su vez disminuirán el estado de tensión psicológica y la ansiedad provocadas por la abstinencia (LEON,CASTRO DE LA MATA, 1989).

Se busca brindar herramientas las cuales favorezcan y contribuyan directa o indirectamente en la rehabilitación de los UPD.

A la experiencia de campo en la eficacia de la práctica de AF, a los efectos de la rehabilitación, se le agrega la incorporación de esta herramienta como hábito saludable posterior a la misma. Una vez entendido como instrumento válido general para la expresión, comunicación, creación, liberación de estrés, útil para el adecuado cuidado del cuerpo y la salud la práctica de AF podría permanecer, siendo utilizada positivamente por el individuo.

El objetivo de la rehabilitación de losUPD es lograr que la persona se libere de sus presiones individuales transitando por distintas perspectivas de vida y desarrollándose tanto física como psíquicamente, buscando la formación armónica e integral del hombre a través del movimiento corporal.

2.5.2 El tratamiento

Como término relacionado directamente a las acciones y estrategias dirigidas a la reducción de la demanda de drogas cabe destacar el tratamiento, definido por la JND (2016), el cual va desde las intervenciones de mínima complejidad hasta aquellas que requieren de atención especializada en los consumidores y dependientes de drogas, en quienes las consecuencias han alcanzado un alto grado de gravedad.

Se refiere a la intervención en todas las fases evolutivas así como también a la posibilidad de brindar un amplio espectro de opciones y de tratamientos disponibles, teniendo en cuenta las características y necesidades individuales.

El consumir inhibe toda posibilidad de reconocer los beneficios que se obtienen al realizar AF, de ocupar su tiempo ocioso en algo que también le genere placer pero de forma sana. Se pretende que poco a poco el consumidor sea capaz de elegir natural y libremente realizar AF y no consumir.

La práctica de AF permite que las personas puedan hacer un buen uso de su tiempo libre, evitando desperdiciarlo en actividades que no les traen beneficio o peor, que los perjudican. Se pretenderá que realicen actividades que desarrollen sus habilidades físicas, sociales y cognitivas permitiendo un estado de equilibrio en la salud física, psicológica y de integración social. Es importante que puedan enfocarse en sí mismos y reflexionar, definiendo sus propios objetivos y tomando sus propias decisiones.

Según Montesinos (2004) el tratamiento como terapia psicosocial debe ser tratado por especialistas en el campo, los cuales serían los únicos cualificados ya que al no poseer la correcta preparación psicológica no sabrían actuar ante emergentes, poniendo en riesgo la salud tanto emocional como física de quienes acuden a ellos.

Tomando en cuenta lo planteado por el autor es de suma importancia entender que las personas con este tipo de uso problemático deben de ser atendidas por especialistas. Estos poseerán las herramientas adecuadas para transmitir y poder ayudar a quienes lo necesiten en relación a sus características individuales. Con estos especialistas nos referimos a las personas que trabajan en los centros, quienes deben cumplir un rol específico dentro del tratamiento teniendo en cuenta que la persona se encuentra en tratamiento por decisión propia, en ocasiones estando aislados y teniendo que cumplir ciertas reglas y límites preestablecidos para poder permanecer en el centro.

Las actividades deberán ser dirigidas y previamente planificadas por personas capacitadas y calificadas, seleccionando las adecuadas para trabajar en su condición y las que fomenten positivamente la actividad del cuerpo. Quienes dicten dichas clases no solo tienen el reto que los individuos comiencen a hacer éstas actividades, sino también que lo incorporen como natural en su rutina y vida y por lo tanto mantengan la práctica de AF regular, es decir que adopten una forma de vida activa como elección personal y voluntaria (LATIESA, MARTOS, PANIZA, 2001).

Ese es el objetivo que la actividad puede lograr cambiar en el usuario; hacer que con el reconocimiento de su cuerpo y de sus reacciones ante las prácticas logren ver otras soluciones pero esta vez en beneficio para su salud.

2.6 La AF y la rehabilitación

La AF posee herramientas claves para la rehabilitación de los UPD teniéndola en cuenta como un componente e instrumento de gran valor y esencial en el tratamiento de deshabitación y rehabilitación de las drogas.

Los puntos mencionados anteriormente ayudan a comprender la complejidad en la temática, siendo de suma importancia a la hora de rehabilitar ya que se fomenta un desarrollo integral de la persona.

Es coincidente el planteo de la AF como instrumento complementario a otros específicos para lograr un eficiente tratamiento y un objetivo eficaz.

La idea principal constituye el abordaje del trabajo con el cuerpo, generando sensaciones naturales que son posibles sin la necesidad del uso de ninguna sustancia.

3. DISEÑO METODOLOGICO

El diseño metodológico según Sautú (2003, p.151) se explica como un “conjunto de procedimientos para la producción de la evidencia empírica que debe estar articulada lógicamente y teóricamente con los objetivos de investigación”.

Se debe tener en cuenta cómo se plantearan los procedimientos y los conjuntos de métodos a realizar por la misma junto con la evidencia de los datos de la realidad del proyecto, siendo siempre articulada en todo su sentido con los objetivos y conceptos que en ella se plantean.

El diseño metodológico se encuentra relacionado con el marco teórico desarrollado, ya que es en el mismo en donde se reunirá la información concreta para confeccionar los procedimientos metodológicos a seguir. Se formulara la evidencia empírica logrando una coherencia lógica y teórica de todo lo que la tesis se plantea.

3.1 Metodología

Conceptos y categorías emergen en todo el proceso de investigación, en donde actúan múltiples factores influenciados mutuamente, creando así un diseño flexible e interactivo, privilegiando el análisis en profundidad y el detalle en relación al contexto.

El presente trabajo se llevó a cabo en base a una estrategia de investigación cualitativa la cual refiere a una realidad subjetiva y en donde se contribuirá a la producción y reproducción del contexto de interacción que se desea investigar según nos especifica el autor planteado anteriormente.

Ésta permite indagar el punto de vista, los significados y los testimonios de los propios protagonistas del temaplanteado.

Se pretende explorar y describir la realidad de acuerdo a la experimentación de los UPD, tomando en cuenta el comportamiento humano en todo su sentido, explorando las razones de los distintos comportamientos, acciones y el rol de las Instituciones que intervienen.

3.2 Nivel de investigación

El nivel propuesto por ésta investigación es el descriptivo, constituyente al segundo nivel de conocimiento científico debido a que los conceptos implicados en el problema de investigación ya han sido anteriormente explorados. En ese sentido, la principal preocupación consiste en describir las características fundamentales de los fenómenos estudiados utilizando criterios sistemáticos de recolección y análisis de información, de modo de poner de manifiesto las estructuras existentes y el comportamiento de los actores involucrados.

3.3 Participantes del estudio

El universo de esta investigación está constituido por los usuarios problemáticos de drogas que se encuentran en rehabilitación en los centros de tratamiento de Montevideo, siendo estos últimos un componente fundamental de nuestro estudio en la medida que se indaga sobre las distintas modalidades de tratamiento que utilizan y cómo incluyen la AF como parte de los mismos.

A continuación se plantean los principales datos relevados a los usuarios entrevistados:

| Entrevista | Sexo | Edad | Tiempo sin drogas |
|------------|-----------|------|---------------------------------------|
| 1 | Masculino | 18 | 10 meses |
| 2 | Masculino | 29 | 1 año y 11 días |
| 3 | Masculino | 20 | 4 años |
| 4 | Masculino | 46 | 19 años |
| 5 | Masculino | 27 | 8 años |
| 6 | Femenino | 22 | 4 años y medio |
| 7 | Masculino | 23 | 11 meses y 10 días |
| 8 | Masculino | 28 | 2 años |
| 9 | Femenino | 61 | 6 meses y medio |
| 10 | Masculino | 23 | 2 años sin cocaína, LSD y pastillas |
| 11 | Masculino | 57 | 25 años |
| 12 | Masculino | 56 | No se considera adicto. Ex consumidor |

Tabla 1- Datos relevados a los usuarios entrevistados

El muestreo “se utiliza para generar teorías en donde el analista colecciona, codifica y analiza sus datos y decide que datos coleccionar en adelante y donde encontrarlos para desarrollar una teoría mejor a medida que la va perfeccionando” (RUIZ, 2012, p.64). Esto permite indagar acerca de lo que se pretende estudiar en mayor profundidad, centrándose en recolectar la información adecuada con respecto al contexto, tiempo y población a investigar.

El mismo se realizó en forma teórica y por conveniencia, conformándose en respuesta a una exploración del universo y un acercamiento sistemático al objeto de estudio.

En principio y como *primer nivel* se realizó un relevamiento a través de la web con una intención de censo para obtener información de todos los centros de tratamiento de Montevideo.

Después dentro del *segundo nivel* se pudo tener contacto telefónico con algunos centros y en un *tercer nivel* se determinó por conveniencia en cuales continuar el estudio de acuerdo a la facilidad de contacto y la disposición de participar en él.

Se seleccionaron por los mismos criterios a los UPD a ser entrevistados. Se utilizó una estrategia de investigación alternativa ya que las políticas de los centros no permiten realizar entrevistas personales a los usuarios.

En el primer nivel se exploró teniendo en cuenta lo figurado en la página de la JND dentro del área de atención y tratamiento en donde figuran los centros y dispositivos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO). En cada uno de ellos figuraba la modalidad de tratamiento y su número telefónico; se encontraban divididos en:

- Dispositivos residenciales:
 1. Portal Amarillo.
- Dispositivos de base comunitaria:
 2. Al oeste sumaré: Policlínica De la teja barrial.
 3. Centro de escucha e inclusión social, Carrasco Norte.
 4. Punto de encuentro, Punta de Rieles.
 5. Punto de encuentro, “Lagarto San Antonio”.
 6. El achique Casavalle.
 7. Centro Izcalí.
 8. Centro Aconcagua.
 9. Fundación Manantiales.
 10. Policlínica de farmacodependencia del Hospital Maciel.
 11. Policlínica de farmacodependencia de la facultad de medicina, catedra de toxicología.
 12. Centro de adicciones del Hospital Italiano.
 13. Centro terapéutico Montevideo.
 14. Fundación por la vida.
 15. Programa Keiros.
 16. Proyecto Renacer.
 17. Fundación Jellinek.
 18. Encare.
 19. Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud (ACUPS).
 20. HERMES.
 21. Comunidad terapéutica Puente Seguro.
 22. Programa Ser Libre.
 23. Clínica Minnesota.
 24. KLINOS.

Dentro del segundo nivel mencionado se realizó un relevamiento telefónico para obtener mayor información, intentando contactar a todos los centros.

3.4 Unidad de análisis

Partimos de una doble unidad de análisis:

- Primera unidad de análisis: análisis institucional que refiere principalmente a cómo las instituciones de rehabilitación utilizan como medio laAF.
- Segunda unidad de análisis: UPD en proceso de rehabilitación. Cómo impacta en el proceso de rehabilitación en el marco de estas instituciones el uso de la AF.

3.5 Instrumento de recolección de datos

Para investigar la primera unidad de análisis se relevó información institucional (información secundaria), recurriendo a la exploración de las páginas web, relevamiento telefónico y entrevistas semiestructuradas cara a cara a informantes calificados:

- Dpto. de atención y tratamiento de la JND
- Dpto. de inserción social de la JND
- Licenciada en Psicología y Operadora Terapéutica en adicciones
- Psicóloga y acompañante terapéutica
- Licenciada en Enfermería y Psicomotricista
- Psicomotricista
- Licenciado en Educación física

Para la segunda unidad de análisis se realizaron entrevistas semiestructuradas cara a cara a 12 usuarios. Contribuye a ésta unidad la información recabada en las entrevistas a los informantes calificados (persona que tiene una experiencia acumulada en el área de estudio).

| | |
|---|---|
| Relevamiento Institucional | 24 centros |
| Entrevistas telefónicas | 13 centros no respondieron los llamados |
| | 7 centros no tienen actividades físicas por distintos motivos |
| | 4 centros tienen actividades físicas |
| Entrevistas semiestructuradas cara a cara | 2 entrevistas a informantes calificados de la JND |
| | 3 entrevistas a informantes calificados de los centros |
| | 5 entrevistas a informantes calificados en el área de estudio |
| | 12 entrevistas a usuarios |

Tabla 2- Alcance de la aplicación de cada instrumento de relevamiento.

3.6 Estrategias de procesamiento y análisis de la información

Toda la información recabada se ordenó según las categorías de análisis definidas a partir de los objetivos de la investigación.

Se realizó un análisis de contenido según los siguientes pasos:

- Se efectuó una lectura primaria para un acercamiento a los temas.
- Se agruparon las respuestas de los distintos entrevistados según las categorías de análisis (grupos de variables) definidas según los objetivos específicos de la investigación. Las entrevistas fueron grabadas para luego ser transcritas. Al haber sido entrevistas semiestructuradas las respuestas no coinciden exactamente con la pauta, por lo cual fue necesario reagruparlas.
- Se realiza un análisis de las respuestas en cada categoría de análisis, identificando convergencias (refuerzan los hallazgos) y divergencias (se identifican tensiones en los diferentes discursos) entre los entrevistados.

Para analizar la información institucional se aplicaron fichas de relevamiento donde se sintetizó la información obtenida y para dar cuenta de cada categoría se triangularon los resultados de todas las fuentes de información y se discutieron los hallazgos utilizando los conceptos del marco teórico propuesto. Se optó por ordenar la presentación de los resultados según las categorías de análisis definidas en la siguiente tabla:

| Categorías de análisis | Fuente de información |
|--|--|
| Descripción de la política de Gobierno | Información web de la página de la JND |
| | Informantes calificados de la JND |
| | Marco regulatorio Nacional |
| Descripción de los centros de rehabilitación | Información institucional por internet |
| | Relevamiento telefónico |
| | Informantes calificados de los centros |
| | Informantes calificados de la JND |
| Tipos de drogas consumidas | Informantes calificados de los centros |
| Características de un tratamiento eficaz | Informantes calificados de los centro |
| | Informantes calificados de la JND |
| Características de los programas de AF | Informantes calificados de los centros |
| Importancia de la AF dentro del programa de rehabilitación | Informantes calificados de los centros |
| | Informantes calificados de la JND |
| Por qué no se integra la AF en los centros de rehabilitación | Informantes calificados de los centros |
| Percepción de los usuarios de los beneficios de la AF | Usuarios |
| Influencia de la AF en la conducta de los usuarios | Usuarios |

Tabla 3- Categorías de análisis y fuentes de información

4. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Descripción de la política de Gobierno

4.1.1 Junta Nacional de Drogas

Tal como se mencionó en el marco teórico y a través de lo expuesto por las estrategias de la JND (2016-2020) la misma es un organismo que depende de la Presidencia de la República y es de carácter interministerial. Es quien se encarga de definir las líneas políticas anteriormente dichas, en las distintas áreas.

Está integrada, de carácter permanente, por los titulares de las subsecretarías de los Ministerios de Interior, Relaciones Exteriores, Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Turismo y Desarrollo Social.

Su presidente es el Prosecretario de la Presidencia de la Republica y la integran además el Secretario General de la JND y el Secretario Nacional para la lucha contra el lavado de activos y el financiamiento del terrorismo.

Es interesante observar lo expresado por E: 1 y E: 2 cuando manifiestan de manera congruente que:

La Junta Nacional es la reunión del prosecretario de la presidencia, que es el secretario de la JND, junto con 9 ministerios que integran lo que es la JND. A ver si me acuerdo de todos: El Mides, educación y cultura, trabajo, defensa, interior, economía y algunos más, la mayoría de los ministerios más la presidencia (E: 1).

Viste que la Junta Nacional de Drogas está integrada por el pro secretario de presidencia que en este momento es Roballo y por 9 sub secretarios. El cometido es dirigir la política de drogas y de alguna forma que cada uno de los ministerios que integran la Junta Nacional de Drogas asuman compromisos con esta política, desde los distintos lados que cada ministro compete (E: 2).

Como se mencionó anteriormente y confirmándolo a través de los informantes calificados, la Junta presenta múltiples áreas, cada una de ellas encargada de objetivos y funciones distintas de manera de poder abarcar integralmente toda dicha temática.

Ellas son el área de reducción de demanda, la del control de oferta, la prevención, el área de tratamiento, de inserción social, de relaciones internacionales y cooperación, fondo de bienes decomisados, observatorio uruguayo de drogas, descentralización, género, reducción de riesgos y daños y finalmente el área de evaluación y formación.

Como se hizo referencia en la introducción, si bien este estudio es sobre el tratamiento y la rehabilitación, en lo que respecta a las áreas de prevención ya existen programas vinculados a la AF.

Cometido de la Junta Nacional de Drogas

Según los documentos constitutivos la JND tiene por cometido “definir las líneas políticas en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación, debate público y académico”. (JUNTA NACIONAL DE DROGAS, 2016).

Se encarga de la articulación, coordinación y seguimiento de la aplicación y ejecución de las acciones que competen a los diferentes organismos del Estado. Esto a través de plataformas intersectoriales y comisiones mixtas que contemplan el principio de gestión y responsabilidad compartida. Promueve y convoca la participación de diferentes actores públicos, privados, de organizaciones sociales y de la comunidad, a nivel nacional y local (JUNTA NACIONAL DE DROGAS, 2016-2020).

“...tiene como fin determinar cuáles son las políticas sociales que tienen que ver con el abordaje de las drogas. No solamente es esta parte que tiene que ver con la reducción de la oferta porque también está la reducción de la demanda”. (E: 1).

“El cometido de la Junta debería ser que el tema del consumo y de las drogas en general, es la encargada de definir las líneas políticas en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos” (E: 2).

Se considera importante destacar que los entrevistados expresan de manera concordante el cometido de la JND, coincidiendo en que como institución es la encargada de definir las líneas políticas en las distintas áreas del consumo.

Se refuerza por lo tanto la postura en el desarrollo de estrategias que contribuyan por medio de la AF al tratamiento, el autocontrol del consumidor y hasta la rehabilitación propiamente dicha.

Políticas y objetivos del área de atención y tratamiento de la Junta Nacional de Drogas

Dentro de las diferentes áreas de la Junta se indagó en relación a las funciones principales de algunas de ellas, a modo de comprenderlas exhaustivamente, además de conocer también los objetivos que éstas persiguen.

Al respecto, la entrevistada E: 1 encargada del área de atención y tratamiento de la JND resume los objetivos de la siguiente forma:

- Elaborar diferentes políticas para el tratamiento.
- Diagramar cuales son los lineamientos y las capacidades para ejecutar estrategias.
- Promover la Red Nacional de Drogas.
- Integrar el abordaje de la temática.

Política y objetivos del área de inserción social de la Junta Nacional de Drogas

Se investigó dentro del área de inserción social, logrando vislumbrar cuáles son sus funciones, cuáles son sus objetivos y cómo ayudan a las personas que así lo necesiten.

Se expone a continuación lo expresado en la entrevistada E: 2 realizada a la coordinadora del sector de inserción social de la JND, quien asegura que un lineamiento básico en pro de reinsertar al consumidor en las actividades de la vida cotidiana es fortalecer el sistema de redes educativas, laborales, sociales, culturales, etc., que permitan la inclusión integrada del consumidor.

En inserción social lo que nosotros hacemos básicamente, a grandes rasgos, es intentar armar convenios para que las personas que están en tratamiento puedan capacitarse para el trabajo, trabajar, ingresar o volver al sistema educativo y también incorporar todo lo que tiene que ver con el mundo de la cultura, el mundo del trabajo, el mundo de la educación y también lo que tiene que ver todos los aspectos de la persona, inclusive el cuerpo obviamente (E: 2).

Concepción de la JND respecto a uso problemático de drogas o adicción

En términos generales, se ha advertido la dificultad para referirse a un mismo término cuando se habla de “adicción” o “consumo problemático de drogas”.

De las respuestas a los informantes calificados se desprende que dentro de la política de Gobierno se refieren al uso problemático de drogas:

...Son diferentes libros en todo esto, pero en toda la bibliografía que tiene que ver con la secretaria nosotros utilizamos el consumo problemático de drogas, pero que es ese concepto: la persona que, desde los diferentes aspectos de su vida el consumo la implica y le afecta, y la relación que se tiene con la sustancia es problemática, y adquiere un vínculo muy especial que hace que dependa, tenga todas las problemáticas y problemas en torno a eso que no es solamente con la sustancia sino también relacionarse, con la familia, con el medio, no poder sostener un montón de cosas (E: 1).

“Nosotros en realidad, la línea de la Junta y lo que nosotros pensamos es más la reducción de riesgos y daños y no poner la sustancia en el centro del problema, sino la forma en como las personas se vinculan con la sustancia, por eso decimos consumo problemático y no adicción” (E: 2).

Sin embargo, siguiendo la línea teórica de la entrevistada E: 2, se plantea que:

“No todas las sustancias son iguales y generan la misma dependencia física...Por supuesto que hay un componente biológico y que existe la adicción, eso no se discute...” (E: 2).

Aquí se observa un claro ejemplo de la confusión que puede generarse en cuanto a los conceptos. No queda en claro la postura que se debe utilizar al hablar de los usuarios y su condición.

4.1.2 Marco Regulatorio Nacional, Decreto N°274/013

El cuerpo legislativo se ha enfocado en la importancia y la necesidad de regular la problemática que se ha venido desarrollando con el aumento del policonsumo en nuestra sociedad. En consecuencia modificó el marco regulatorio existente que apuntaba al consumo pero desde el punto de vista genérico.

Como antecedente normativo se encuentra vigente el Decreto N°416/002 (reglamentación sobre la habilitación de establecimientos asistenciales).

Es desde esta nueva visión que al elaborar esta tesis se entendió imprescindible que las nuevas disposiciones formaran parte de los insumos de ésta.

Contenido y aplicación

El decreto del Poder Ejecutivo N°274/013 del 3 de Setiembre del 2013 se propone con actualizar y adaptar la norma reglamentaria. Con este nuevo escenario se incorporaron espacios técnicos, tratamientos especializados y posibilidades de rehabilitación de los UPD.

La misma refiere a protocolos de prestaciones y servicios de los distintos dispositivos, de carácter público y privado que componen la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas. Era imprescindible regular el funcionamiento de los dispositivos necesarios para la habilitación legal de los mismos (Decreto n°274/013).

El decreto regula lo citado, subdividiendo los Centros en las siguientes modalidades:

- Dispositivos de Orientación, asesoramiento, diagnóstico y derivación.
- Ambulatorio.
- Nocturno.
- Residencial.
- Equipo de Respuesta Integral en Crisis Adictivas (ERICA) – servicio de desintoxicación.
- Hogares asistidos de tipo Residencial o Diurno.
- Equipos de Proximidad.
- Centros de Escucha e inclusión social.
- Centros de Acogida
- Dispositivos de autoayuda o ayuda mutua.

Estos dispositivos estarán divididos en tres categorías de habilitación determinadas por su nivel de desarrollo, por la integralidad de la propuesta y por la integración de recursos humanos y materiales (RRHH Y RRMM):

- Categoría 1: Nivel superior de calidad en cuanto al cumplimiento del servicio. La habilitación supone que el dispositivo cumple con el mayor nivel de exigencia requerido en la modalidad que solicita.

- Categoría 2: Nivel intermedio de desarrollo. Ofrecen una respuesta que cuenta con RRHH y RRMM adecuados al cumplimiento de lo solicitado.
- Categoría 3: Nivel de exigencia mínima en cuanto a RRHH Y RRMM adecuados al cumplimiento de sus cometidos.

Análisis y sugerencias para fortalecer el cuerpo normativo vigente relativo a la regulación de los dispositivos

Partiendo de la base que el marco regulatorio establece y tiene su foco en regular los dispositivos de atención y tratamiento, se entiende puede ser sugerible y un insumo más para su fortalecimiento el incluir en la curricula la AF en todas sus dimensiones.

Se expondrá entonces a continuación la información relevante para dicho trabajo, contando para ello con los dispositivos a utilizar, el personal y las actividades pertinentes a cada modalidad y categoría, propuestos por el Decreto.

A modo de requerimiento se debe aludir que lo mencionado a continuación se encuentra descrito por el Decreto anteriormente citado (anexo 23)

En el capítulo VI “Caracterización de las diferentes Modalidades de Dispositivos de Atención y Tratamiento” se describen diferentes modalidades:

Centros ambulatorios

En referencia a los Dispositivos Socio Sanitarios previstos, el artículo N°19, dispone brindar asistencia con permanencia limitada de los usuarios con una frecuencia baja, semanal o bisemanal.

Las consultas a estos centros son especialmente con psiquiatras y psicólogos a modo de orientación, acordes al diagnóstico realizado y al perfil de la organización y la modalidad teórica-técnica escogida.

Con estas condiciones no se recoge el espacio para la incorporación del tratamiento con la AF. La escasas presencial así como temporal dificultan dicha perspectiva. De todos modos y considerando el objetivo de esta tesis como beneficioso, puede ingresar a las políticas de la JND en dichos ámbitos Ambulatorios en que las personas se acercan y tienen contacto con los técnicos.

Sería una oportunidad para entregarles información documental, verbal y sugestiva de la importancia de incluir en dicha asistencia la AF como parte del tratamiento; formando un todo, siendo no solo un tratamiento psico-técnico, sino también técnico-físico.

El espacio físico “de uso múltiple” previsto por el artículo N°7 literal d) para los Centros Ambulatorio brinda la posibilidad, además, de incorporar cartelera con ilustraciones específicas practicando distintas actividades físicas con la finalidad de inducir, indirectamente, a los usuarios a incorporarla como algo natural como parte del tratamiento.

Centros diurnos

Es otra modalidad de atención para los UPD que brinda asistencia con una estructuración mínima de 4 horas diarias, al menos 3 veces por semana (artículo N°20). En esta modalidad el usuario no pernocta en el centro; merece las mismas connotaciones referidas en el anterior en cuanto a la incorporación de la AF, pero con mejores posibilidades de hacerlas efectivas.

Al permanecer más tiempo en este ámbito facilita la posibilidad de practicar una actividad o un deporte el cual aporte beneficios físicos y psicológicos e instrumentos para que el sujeto sea reintegrado a la sociedad. Tal lo planteó Hernández (1994) el deporte per se es una competencia reglada e institucionalizada, elementos ellos que coadyuvan al hábito de su uso en la cotidianeidad (ausentes en el usuario).

La presente modalidad se recomienda para usuarios que si bien permanecen en el entorno social presentan una problemática grave y requiere una alta carga horaria asistencial. Por esta razón es factible incorporar la AF pretendida. Los usuarios tienen la oportunidad de acceder a través de la práctica deportiva valores nuevos y/o recuperar los perdidos.

En esta disposición legal designa como servicios ofrecidos por este centro entre otros: actividades de taller; actividades lúdico-recreativas y actividades de educación en hábitos y tareas. Es expresamente dentro de estas actividades donde se incorpora a la AF: el deporte es una actividad lúdica y motriz, por medio del juego se practican y aceptan reglas y hábitos.

La AF globalmente está expresamente prevista. Sin embargo se omite la integración de profesionales en Educación física en las tres categorías, dejando estas tareas a personal no capacitado para las mismas. Profesionalizar estas actividades facilitaría lograr una real integralidad y mayores perspectivas de eficiencia en los programas existentes.

En este centro se triplican las oportunidades al disponer de tres espacios físicos dispuestos en el artículo N°8, literales “d) espacio de uso múltiple”, “g) salón multiuso” y “h) espacio al aire libre propio”. No solo colocando ilustraciones según se dijera, sino que también habilita a coordinar la incorporación de la AF en el tratamiento.

Centros nocturnos

El artículo N°21 alusivo a éstos centros configura una alternativa para usuarios que ya hayan logrado un cierto nivel de inserción y no tengan una red socio-familiar de sostén.

A partir de esto se debe mencionar que en estos casos la AF no se encuentra presente ya que los mismos brindan orientación, seguimiento y apoyo evitando la estadía en espacios que sean riesgosos para la efectividad del tratamiento y para la persona (ambiente familiar no propicio, lugares públicos “contaminados”); tienen lugar en horario nocturno y

estimulan a mantenerse en la adhesión al tratamiento, logrando por sí mismo la integralidad y la triangulación con el resto de los enfoques.

Se entiende que de todos modos sumaría el poner a disposición material informativo en estas áreas respecto a mantener conductas beneficiosas que ocupen su tiempo libre incluyendo la AF.

Centros residenciales

En los centros residenciales, artículo N°22, existe un régimen asistencial de alojamiento de 24 horas con un espacio terapéutico-educativo permanente, intensivo, que favorece la recuperación biológica, psicológica y social del usuario hasta que pueda ser dado de alta o derivado a otro tratamiento menos intensivo.

El tratamiento con AF en este tipo de casos aceleraría por su efectividad el desarrollo de herramientas lo suficientemente sólidas como para que el usuario sea capaz de sostenerse independientemente de la calidad de contención socio familiar y/o existencia o no de inserción educativo-laboral una vez superada esta etapa.

La elección de ejercer AF en lugar de desperdiciarse en tiempo ocioso es una conducta aprendida que puede ser incorporada en este centro residencial principalmente por la disponibilidad del usuario las 24 horas del día.

En cuanto a los servicios que este centro brinda incluye los de los anteriores y cabe resaltar la conexión que tiene respecto a las actividades de educación en hábitos y tareas propias de la vida en convivencia y de la cotidianeidad de una residencia.

El Decreto dispone incorporar profesionales, entre otros profesor de Educación física, pero solo en la categoría N°1, en las otras dos categorías no lo prevé.

Se hace indispensable mencionar la importancia, como se viene planteando en el correr de la presente investigación, de la necesaria inclusión de la AF en centros con las características mencionadas anteriormente en todos los niveles y no solamente en la categoría N°1.

Puede concluirse sobre la relevancia de disponer la inclusión de módulos de AF específicas para el tratamiento del consumo de sustancias para lograr la completa coordinación de todas las áreas relevantes para un tratamiento eficiente.

La disponibilidad de las 24 horas en este nivel brinda el escenario perfecto para la incorporación planteada, confirmando la esencialidad y oportunidad que esto ofrece contando con actividades que rehabiliten y reeduzcan conductas que infieran en toda la integralidad que implica una persona.

Los espacios físicos previstos por la disposición legal artículo N°9 literal “c) espacio de uso múltiple”, “f) espacio al aire libre propio” y “m) espacio libre propio para actividades

recreativas” en este centro residencial otorgan un apoyo sustentable que expresamente dispone de un espacio libre para uso recreativo.

Hogares asistidos

Por otra parte corresponde mencionar la modalidad de comunidad de vida, tal lo dice el art. 30°: hogares asistidos, siendo estos dispositivos que brindan contención y asistencia básica a los UPD en situación de alta vulnerabilidad social. En estos centros las personas residen en régimen de 24 horas o bien tienen una posibilidad de permanencia superior a las dos terceras partes del día.

Se prevén actividades de taller, lúdico-recreativas y de inserción social en las áreas de educación y trabajo así como la rehabilitación y reinserción social del usuario consumidor de drogas en las cuales se puede incorporar a la AF, aunque si bien dispone la asistencia de profesionales y técnicos, no lo hace con los respectivos Licenciados de Educación física.

Aspectos relativos a los dispositivos de acuerdo a lo que prevé el Decreto N°274/013 que no aplican al estudio de esta tesis

Los dispositivos de información, consulta, diagnóstico y asesoramiento en el art. 24° no se abordarán ya que pertenecen a lugares de referencia para los usuarios, familias o ciudadanos que requieran información, ayuda, orientación o derivación sobre la temática, por lo que no brindan tratamiento.

Se debe destacar igualmente la importancia de la acción de los mismos con el fin de generar procesos de escucha y redes de sostén para la atención de quien sea necesario.

Según lo vertido por la entrevistada E: 1 realizan ésta tarea los dispositivos “ciudadela”, abordando el apoyo con la asistencia de los involucrados así como de su núcleo de sostén y correspondería que a través de esta instancia se les brinde la documentación, información y se destaque la relevancia de incluir la AF como un instrumento integral y efectivo para el tratamiento en estas primeras etapas.

De esta manera se trasmite su efecto positivo en los cambios corporales, identificación y desarrollo de la autoestima y en consecuencia el reconocimiento de una actividad como herramienta para crear nuevos vínculos y formas de vinculación.

Es posible asimismo realizar la antedicha actividad informativa en los centros de escucha e inclusión social previstos en el art. 27°, así como en los grupos de autoayuda o ayuda previstos en el art. 29°.

No aplica tampoco el art. 23° referente a los dispositivos “Erica” (equipo de respuesta integral en crisis adictivas) servicio de desintoxicación ya que refiere a infraestructura hospitalaria y la población objetivo está en situación de diagnóstico grave para sí y para terceros.

Tampoco van a ser considerados en el presente trabajo los art. 25°, 26° y 28°. El primero porque el foco del tratamiento incluye a la comunidad; el segundo porque el trabajo de captación se realiza en la calle y no habilitaría a incorporar ningún tipo de AF, de la misma manera que el último ya que en su estructura no admite la inserción de ningún tipo de actividad prevista en este trabajo pues su enfoque refiere a la escucha inmediata y evaluación de demandas y necesidades de los UPD gravemente excluidos, en situación de calle o desvinculación extrema de las redes locales.

Debilidades que presenta el actual Marco Regulatorio del Decreto N°274/013

En ésta etapa y luego de haber transitado por el marco teórico, el campo experimental, intercambiar opiniones con los informantes calificados e interconectar e integrar todos sus elementos con los UPD, se entiende pertinente que las carencias detectadas en las disposiciones legales deberían ser abordadas no solo para alcanzar la coherencia dispositiva sino también para lograr un resultado eficiente.

Según ya se dijera, únicamente está prevista la incorporación de la AF en la categoría N°1 de los dispositivos residenciales; es de notar que si bien se ha detectado la necesidad de dicha actividad no se la ha dispuesto en los demás niveles ni en los demás dispositivos, ingresando a consecuencia en el campo de la ineficiencia por inactividad. Visto que fue el efecto positivo que otorga la herramienta “AF” corresponde que la misma sea integrada complementando el referido marco legal.

Actualmente se ha detectado también la ausencia de instituciones educativas terciarias, organismos, grupos, etc., organizados para brindar capacitación, apoyo y aprendizaje a los profesionales-técnicos que intervengan en el abordaje corporal (especializadas en educación física) al tratamiento de consumo de sustancias. Se interpreta que la rehabilitación no está siendo considerada en la dimensión que corresponde.

No está incluida en ninguno de los programas de la Licenciatura en Educación física y no se considera su abordaje, por lo que de pretender rehabilitar dentro de un programa de marco regulatorio verdaderamente integral debería incluirse específica y expresamente materias que hagan ese tratamiento desde lo profesional; por ejemplo a través de opciones de especialización o de postgrados a modo de sensibilizar sobre la posibilidad de este abordaje.

4.2 Descripción de los Centros de rehabilitación

Para una primera aproximación al rol de los centros se relevó información a través de:

- Guía de recursos de Atención y Tratamiento (dentro del departamento de Montevideo) accesible en la Web de la JND. Alcance: todos los centros que conforman RENADRO. (3.3 Participantes del estudio).
- Relevamiento telefónico. Alcance: se realizaron llamadas a los 24 centros de los cuales se pudo tener comunicación con 11 de ellos.

| Dispositivos residenciales | |
|----------------------------|--|
| Portal Amarillo | Cuenta con actividades físicas como gimnasia, danza y gimnasio propio con aparatos y deportes. Además aceptó ser entrevistado. |

Tabla 4- Relevamiento telefónico de Dispositivos Residenciales

| Dispositivos de base comunitaria | |
|--|--|
| Al oeste sumaré | No se logró comunicación, ya sea porque no coincidía el teléfono o porque no respondían al llamado. |
| Policlínico de farmacodependencia del Hospital Maciel | |
| Policlínica de farmacodependencia de la facultad de medicina: cátedra de toxicología | |
| Centro de adicciones del Hospital Italiano | |
| Centro Terapéutico Montevideo | |
| Programa Keirós | |
| Fundación Jellinek | |
| Encare | |
| Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud | |
| HERMES | |
| Comunidad terapéutica Puente Seguro | |
| Clínica Minnesota | |
| KLINOS | |
| Centro de escucha e inclusión social de Carrasco Norte | Se logró tener comunicación y se pudo confirmar que al ser dispositivos de escucha y orientación no poseen tratamiento. |
| Punto de encuentro de Punta de Rieles | Se logró comunicación y se indicó que no tienen actividades físicas porque no tienen recursos para implementarlas. |
| Punto de encuentro "Lagarto San Antonio" | |
| Achique Casavalle | Tienen actividades físicas dentro del tratamiento. Dos de ellos accedieron a ser entrevistados, el centro Izcalí y el Aconcagua, mientras que la Fundación Manantiales planteó que si bien tienen actividades físicas no están autorizados a dar mayor información ni a brindar entrevistas. |
| Centro Izcalí | Tienen tratamiento con psicólogos y otros especialistas pero que no se especializan en lo físico por lo tanto no tienen actividades físicas. |
| Aconcagua | |
| Fundación Manantiales | |
| Fundación por la vida | Anteriormente tenían actividades físicas pero ya no las tienen porque desertaron de ser un centro con tratamiento diurno. |
| Proyecto Renacer | Posee tratamiento ambulatorio y deriva a otros centros residenciales de ser necesario. No cuentan con AF dentro de su tratamiento pero igualmente estuvieron dispuestos a brindar entrevistas. |
| Ser Libre | |

Tabla 5- Relevamiento telefónico de Dispositivos de Base Comunitaria

Dentro de ellos se diferenció entre quienes poseen tratamiento Residencial, Ambulatorio, Diurno o Nocturno y quienes funcionan como Centros de Escucha. Se buscó

principalmente definir su acción en los diferentes programas y más específicamente el funcionamiento de los programas de AF para cada uno de los Centros.

En el presente cuadro, según ya se dijera, se muestra entonces en forma esquemática el contenido objetivo del Tratamiento actualmente dispuesto por la JND.

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|-----------------|---|---|--|----------|--|---|--|
| Portal Amarillo | Si, tiene una capacidad de 35 camas, 15 camas para niños de 15 y 18 años y otras 20 camas para los mayores de edad. | Si, se asisten entre 250 y 300 personas por mes. En 2016 el promedio de internación es de 22 días. | Si, los asistidos pasan desde las 8 hasta las 18. Aproximadamente concurren diez personas a diario. | No | Cuentan con un servicio telefónico de orientación para cualquier usuario del sistema de salud público o privado. | Brindar asistencia a usuarios con consumo problemático de drogas y su familia, ofreciendo un abordaje integral y diversificado de acuerdo a sus posibilidades y necesidades. Asesoramiento, apoyo y orientación telefónica a personas o instituciones. | Tienen AF en el centro residencial y en el centro diurno. Ambulatorio no porque no forman parte del programa. En el residencial tienen 2 veces por semana 1 hora y en el diurno 1 vez. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|--|-------------|-------------|--------|----------|--|---|--|
| Centro de escucha e inclusión social, Carrasco norte | No | No | No | No | Dispositivo de orientación, asesoramiento, diagnóstico y derivación. | Es un dispositivo territorial para el abordaje en consumo problemático de drogas. Está integrado por diferentes instituciones como la JND, la división salud de la IMM, programa drogas de la IMM, la red de atención primaria-administración de servicios de salud del Estado (Rap-Asse), el servicio de orientación consulta y atención en territorio (Socat), Infamilia (Instituto de la Familia del Ministerio de Desarrollo Social), ONG hermanas del verbo encarnado, municipio E, municipio F y vecinos y vecinas de la comunidad. | No tienen programa de actividades físicas. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|---|-------------|-------------|---|----------|---|---|--|
| Punto de encuentro, "Lagarto san Antonio" | No | No | No | No | Si | Dispositivo de orientación, asesoramiento, diagnóstico y derivación. | No poseen tratamiento. |
| El achique Casavalle | No | Si | Si, con frecuencia diaria atendido por equipo multidisciplinario. | No | Si, centro de escucha, centro de acogida, equipo de proximidad. | Es un dispositivo de abordaje de base territorial interdisciplinario e interinstitucional y comunitario (RAP-ASEE, IMM, JND). Es específico para quienes viven la exclusión social en la cuenca de Casavalle. | No tienen programa de actividades físicas. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|---------|--|---|---|----------|-------------------|---|---|
| Izcalí | Tratamiento residencial de adictos a sustancias psicoactivas, mixto, con convenio con MSP, parcialmente gratuito para usuarios con carné de asistencia y con cargo para usuarios de mutualistas y otros. | Si, incluye apoyo familiar, terapias de apoyo y seguimientos. | Si, de lunes a viernes de 8:15 a 18 o lunes a viernes de 8:15 a 13:15 o de 13 a 18 horas. | No | No | Tratamiento, reeducación, rehabilitación y reinserción socio familiar de personas con uso problemático de drogas y/o adicciones sociales. | Promover el desarrollo de la capacidad de auto conocerse a nivel del cuerpo, recuperar y facilitar la capacidad de percepción, reconocimiento de sensaciones y emociones, identificando en profundidad cómo se sienten corporalmente cuando se desintoxican y están en abstinencia. Desarrollar la capacidad de expresarse y comunicarse a través del cuerpo de forma clara, personal y efectiva. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|-----------|--|---|---|----------|-------------------|--|--|
| Aconcagua | Si, internación de tiempo completo, con alojamiento y comidas. Diseñado con fines terapéuticos. | Si, el medio ambulatorio funciona de manera de contemplar las actividades laborales de la persona. Se ofrecen tres franjas horarias diferentes, todas ellas de 4 horas de duración. | Si, participan del conjunto de actividades que ofrece el centro durante el día. Ingresa a las 8:15 y se va a las 18 horas, incluye almuerzo y merienda. Se busca enfrentar la problemática dentro y fuera de la comunidad. | No | No | Programa de rehabilitación en adicciones con tratamiento integral (psiquiátrico, psicológico y familiar) residencial, ambulatorio o en consultorio (terapia individual o grupo terapéutico). Además de los tratamientos mencionados tienen el espacio terapéutico individual con duración pautada por un profesional, el grupo de apoyo terapéutico con continuidad y seguimiento y una frecuencia de dos veces por semana 1 hora y el grupo abierto donde no hay continuidad sino que se ofrece diariamente para evacuar inquietudes. | Se busca levantar la autoestima, la baja tolerancia a la frustración. Se trabajan deportes, psicodrama, yoga, formación corporal y recreación. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|--|---|--|--|---|---------------------------|--|---|
| Manantiales | Si, se lleva a cabo en un predio alejado y adaptado para estos fines. | Si, asistiendo a terapias individuales, familiares y grupos reducidos. También hay un pre-ambulatorio en donde el objetivo es la reducción del daño ocasionado por el consumo. | Si, concurren de 9 a 18 horas de lunes a viernes. Pueden también acceder a un programa de medio día. | Si, para quienes tengan actividad laboral durante el día. | No | Tratamiento de avanzada y superador del modelo Minnesota basado en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). | Educación física dos veces por semana y fútbol. |
| Policlínica de fármaco dependencia del Hospital Maciel | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Consulta, rehabilitación y tratamiento. | No se logró comunicación. |
| Policlínica de fármaco dependencia de la facultad de medicina, catedra toxicología | No se logró comunicación. | Si, grupo de padres, apoyo familiar y seguimiento social. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Consulta con diagnóstico toxicológico, psiquiátrico, psicológico y social, rehabilitación y tratamiento. | No se logró comunicación. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|--|--|--|--|---------------------------|--------------------------|---|---------------------------|
| Centro de adicciones del Hospital Italiano | Si, tratamiento de desintoxicación de hasta 30 días con internación. Se trata de un programa intensivo con internación de tiempo completo. | Si, desarrollan actividades por un lapso de 4 horas diarias. Entrevista con psiquiatra (1 consulta semanal), psicoterapias grupales diarias (9 horas semanales), psicoterapia individual (1 hora semanal) y AF (12 horas semanales). | Si, con realización de actividades por un lapso de 10 horas diarias, de lunes a sábados inclusive. Dentro de ellas AF (12 horas semanales), expresión corporal (3 horas y media semanales), taichí (4 horas semanales) y aikido (3 horas semanales) entre otras. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación | Se encuentra habilitado por el MSP como un servicio médico psicológico para el tratamiento de adicciones. Se admiten únicamente pacientes sin comorbilidades psiquiátricas importantes. | No se logró comunicación. |
| Centro terapéutico Montevideo | No se logró comunicación. | Si, dirigido a ofrecer actividades terapéuticas, permitiendo que los partícipes puedan continuar con su trabajo, estudios o actividad diaria. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación | Es una organización profesional dedicada a la promoción de la salud mental. | No se logró comunicación. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|-----------------------|--|---|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|---|---|
| Fundación por la vida | Si, en sus centros ubicados en Lagomar, Piriápolis y Montevideo. | Si, en Montevideo. | No | No | No | Tienen tratamiento con psicólogos y otros especialistas. No se aceptan pacientes con trastornos psiquiátricos severos pero sí en todos los estadios de consumo. | Trabajan con un equipo interdisciplinario pero no se especializan en lo físico. |
| Programa Keirós | Si, centro de residencia de 28 días. | Si, en consultorios en distintas zonas de Montevideo y Canelones. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Si, prevención y capacitaciones. | Programa socioeducativo para adicciones y trastornos psiquiátricos. Tiene una chacra para tratamientos en Pajas Blancas llamada "Casa Keirós". | No se logró comunicación. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|--------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------|---|--|---|
| Proyecto Renacer | No | Si, proceso de atención personal y familiar en instancias individuales y grupales. | A pesar de que en su página web manifiestan que poseen centro diurno, a través del relevamiento telefónico se pudo constatar que no. | No | Si, encuentros de escucha y orientación a cargo de dos técnicos del equipo. | Es una asociación civil sin fines de lucro, tratándose de una iniciativa vinculada a la iglesia católica que apunta a la salud de la sociedad sin importar religión, posición política o condición social. | Anteriormente tenían AF pero dejaron de tenerla al dejar de ser un centro con tratamiento diurno. |
| Fundación Jellinek | Internación en sanatorio privado. | Si, usando como modelo los doce pasos de AA y el modelo Minnesota. Prioriza la atención a abusadores de alcohol. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Organización no Gubernamental (ONG) para jóvenes y adultos (ambos sexos). Atención profesional para personas que consumen drogas, consultas individuales, familiares o grupales. Se aceptan pacientes con comorbilidad psiquiátrica. | No se logró comunicación. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|--|---------------------------|---|---|---------------------------|--|---|---------------------------|
| Encare | No se logró comunicación. | Si, con abordaje interdisciplinario, integrando abordajes individuales, familiares, grupales y de pareja. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Si, orientación, asistencia y apoyo a usuarios de drogas, sus familiar y entornos. | Dentro de la prevención se desarrollan proyectos institucionales que abordan al conjunto de la comunidad educativa. Se diseñan proyectos para intervenir en la prevención de los problemas vinculados al uso de sustancias. | No se logró comunicación. |
| Asociación cristiana uruguaya de profesionales de la salud | No se logró comunicación. | Si, con equipo interdisciplinario para usuarios de drogas. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Si, también ofrece prevención, difusión de información y ayuda social. | ONG sin fines de lucro, integrada por estudiantes y profesionales, miembros de distintas iglesias católicas y evangélicas del país. | No se logró comunicación. |
| HERMES | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Si, funciona únicamente como centro diurno. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Se dirige a personas con problemas derivados del consumo de drogas y se integran pacientes con comorbilidad psiquiátrica. | No se logró comunicación. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|--|--|--|--------|----------|-------------------|--|--|
| Comunidad terapéutica Puente Seguro | No | Si, abordaje interdisciplinario con técnicas variadas de intervención. | No | No | No | Comunidad Terapéutica no residencial, estructurada como ONG. Se ofrecen dos modalidades de tratamiento, ambas no residenciales, un servicio ambulatorio y un servicio de Comunidad Terapéutica. | Tienen terapia ocupacional con actividades variadas: entre ellas educación física. |
| Programa Ser Libre | No, pero cuando se requiere cuenta con el respaldo de varias instituciones con las características acordes a cada persona. | Si, individuales, grupales y familiares. Se brinda acompañamiento terapéutico por personal calificado. | No | No | No | El tratamiento tiene costo a cargo del mismo o su familia. Su abordaje es abstinencia total en caso de adicciones y reducción del daño en casos de no adictos. Tienen psicoterapia familiar e individual y grupos de auto ayuda. | Al ser un espacio ambulatorio, solamente de consulta, no tienen AF. Cuando tienen que derivar siempre lo hacen a lugares donde tengan actividades físicas. |

| CENTROS | Residencial | Ambulatorio | Diurno | Nocturno | Centro de escucha | Programa | Programas de AF |
|-------------------|------------------------------------|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|---------------------------|
| Clínica Minnesota | Si, internación y desintoxicación. | Si, con talleres de fortalecimiento familiar, programas de prevención, formación y seminarios. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Es una organización no gubernamental que se dedica a generar instancias para concientizar, capacitar, orientar, fortalecer y alentar el desarrollo personal e integral de todos los individuos. | No se logró comunicación. |
| KLINOS | No se logró comunicación. | Si, con actividades programadas de 7 a 22 horas. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | No se logró comunicación. | Centro de salud mental que dispone de habitaciones individuales y compartidas. El criterio de ingreso y de alta es según indicación del médico psiquiatra tratante, externo o de la propia institución. El Centro recepciona todo tipo de patologías psiquiátricas y de la más amplia franja etaria. | No se logró comunicación. |

4.3 Tablas de fichas de relevamiento Institucional

Se realizó una primera aproximación a los centros en donde se les aplicó una ficha de relevamiento institucional, extraída de la Guía Metodológica de Investigación para la Acción (2011) referida a la elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas.

Ésta proyecta una descripción general de las instituciones (lucen esto en anexos 3, 4 y 5) según los siguientes informantes calificados:

- Fundadora del centro Izcalí
- Profesor de educación física del centro Aconcagua.
- Director de Ser Libre

Cabe destacar que el Director del Portal amarillo también estuvo dispuesto a brindar entrevistas pero por fuerzas mayores no se pudo concretar.

4.4 Tipos de drogas consumidas

En general para validar esta dimensión de análisis se toma en cuenta las estadísticas nacionales del informe de investigación de la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas del año 2016 que establece una de las acciones fundamentales para alcanzar los objetivos propuestos en la Estrategia Nacional de Drogas 2011-2015 de la JND.

Esta expone como prioritario contar con información técnica, actualizada y de calidad, que contribuya a diseñar, orientar y evaluar las políticas públicas sobre drogas.

En el informe se plantea que:

- En relación al alcohol, uno de cada cinco de los consumidores del último año muestra uso problemático, ya sea por abusos por ingesta, consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia (esto representa a 261.000 personas de la población). Cabe mencionar que el alcohol es la droga con mayor índice de consumo y peores consecuencias, siendo ésta una droga legal y socialmente aceptada la cual causa la mayor proporción de consumo problemático.
- Tres de cada diez son consumidores habituales de tabaco, lo que muestra estabilidad respecto al último registro en el año 2011 (entendemos que a consecuencia de las medidas adoptadas por el Estado en relación a su consumo y limitaciones).
- El 10% de la población alguna vez ha consumido en la vida antidepresivos y el 5% lo ha hecho en el último año. Además según la encuesta realizada por la consultora Quintiles IMS (2017) Uruguay es el segundo país de la región con mayor consumo per cápita de medicamentos.

- De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la OMS, el 16,7% de los consumidores de marihuana del último año presenta signos de uso problemático, es decir unas 27.042 personas.
- Hablando de cocaína un 6,8% de las personas de entre 15 y 65 años ha consumido cocaína alguna vez.
- Con respecto a las drogas de síntesis o diseño el 2% de la población ha experimentado con estimulantes de tipo anfetamínico: metanfetaminas, anfetaminas, éxtasis y estimulantes sin consentimiento de un doctor.
- El consumo de pasta base es mayor en varones y menores de 35 años de edad. El 0,7% de las personas declaran haber consumido pasta base alguna vez en su vida.
- El 3,1% declara haber consumido alucinógenos y el 2,8% haber consumido hachís.
- Drogas como el crack, los inhalantes, la heroína y ketamina no alcanzan al 1% de la población en nuestro país.

En relación a las entrevistas mencionadas y a lo indagado en el proceso de recolección de datos, los diferentes informantes respondieron con su palabra y experiencia a la pregunta de cuáles eran las drogas más consumidas; en todos los casos resultaron ser policonsumidores.

“Bueno acá principalmente pasta base, alcohol, marihuana. Ellos mezclan mucho, ninguno entra solo por marihuana, es eso más pasta base, cocaína algunos. Heroína uno solo, no mucho. Pastillas, algún tipo de psicofármaco” (E: 8).

Hoy mayormente es policonsumo. El que está más que nada aislado es el alcohólico, que muchas veces se da que viene una persona de mayor edad y esta solo por alcohol. Según, si es mujer puede ser que venga con un policonsumo con psicofármacos pero hoy el que consume cocaína también consume marihuana, también consume alcohol seguro (E: 9).

Los testimonios citados en este apartado relativos al policonsumo parecen confirmar la posición de Salazar, Peralta y Pastor (2009) siendo esto bastante habitual en cualquiera de las modalidades de tratamiento y haciéndolo aún más complejo. En ocasiones se hace buscando efectos diferentes o una mezcla de los mismos aunque también se usa para tratar de evitar los efectos negativos de la otra sustancia. En todos los casos multiplica los riesgos y aumenta el peligro.

4.5 Características de un tratamiento eficaz

Al hablar de un tratamiento eficaz nos estamos refiriendo al tratamiento llevado a cabo por profesionales capaces de lograr que la persona elimine el abuso y la dependencia a las sustancias; esto a pesar de cual sea su modalidad y cómo éste sea concedido por los diferentes abordajes.

Las características para que el tratamiento fuese eficaz fueron investigadas en las entrevistas planteadas, de manera de visualizarlas desde los diferentes centros y las distintas áreas que así lo requieran.

De las entrevistas surgen las siguientes síntesis:

- La importancia de generar espacios de capacitación específica para los técnicos que se dedican a abordar la problemática en cuestión.
- Fomentar la integración de técnicos que aborden de una manera transversal la ejecución de la asistencia al usuario (equipos multidisciplinares).
- Incorporar a los tratamientos vinculados al uso problemático de drogas, aspectos básicos como: buen trato paciente-profesional, compromiso, límites, respeto.

En lo que respecta a la eficacia del tratamiento la gran mayoría de los testimonios señalan como básico la integralidad de las propuestas relacionadas a todas las áreas de las personas.

“Bueno, ser interdisciplinario, en esta institución hay de todas las áreas, desde técnicos y toxicólogos a internistas, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores sociales, licenciados, talleristas, enfermeros...” (E: 8).

Sin embargo y a pesar de los fundamentos de todos los entrevistados en la práctica se demuestran contradicciones en cuanto a las formas de adecuación de los tratamientos y condiciones que se requieren para el mismo:

Para mí el tratamiento tiene que ser integral, tiene que abordar las distintas dimensiones de la persona, darle la oportunidad de desintoxicarse que tampoco está bien resuelto eso en el Uruguay todavía. A veces se exige que la persona ingrese con 5 o 10 días de abstinencia para una internación y no tienen donde hacer la desintoxicación, entonces para que sea eficaz tiene que poder garantizar que la persona ingrese en primer lugar, que los protocolos de ingreso en primer lugar no sean para personas irreales, que sean para personas que necesitan los tratamientos, que en general no están preciosas, están en el horno. Esa es una gran contradicción que hay (E: 2).

Se manifiesta claramente la imposibilidad de conciliar las necesidades pertinentes de los usuarios con respecto a las condiciones necesarias para cumplir con los tratamientos, lo que conllevaría en estos casos al fracaso.

Otro ejemplo en el que se advierte cierta relación entre autores y entrevistados es entre la informante E: 2 y el autor Redolar Ripoll (2011) ya que ambos coinciden en que los usuarios carecen de un control eficaz para adecuar su conducta a las demandas del medio. La falta de homogeneización de las condiciones y de las formas de gestionar las instituciones influye directamente en el éxito de los tratamientos.

La práctica de la AFencuadra dentro de las características de aquellos. Tal lo mencionaba Blázquez (2006) la educación física pretende el desarrollo y formación de

personas que experimenten con su cuerpo teniendo en cuenta también la interacción social que ello implica.

Del mismo modo, los Licenciados en educación física son profesionales que están formados y capacitados en su área, son competentes para la puesta en práctica de metodologías de trabajo. Es parte del ejercicio de su profesión el trabajar con Instituciones, amalgamando su currícula a las necesidades planteadas para cada situación, grupo etario o social del o los alumnos, respetando y buscando la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud.

El tratamiento eficaz, tal como se ha mencionado, deberá poseer un abordaje integral e individualizado de modo de abarcar las necesidades de las personas para poder lograr una recuperación exitosa.

4.6 Características de los programas de AF

Específicamente se indagaron las diferentes particularidades de las actividades físicas realizadas en relación a cada centro investigado.

A continuación se plasmarán las respuestas a las siguientes preguntas:

4.6.1 Cantidad de pacientes que participan

Todos los entrevistados en esta temática coinciden en que la población objeto de esta investigación mantiene un alto nivel de itinerancia en las actividades propuestas ya que su condición anímica, física, mental y emocional los condiciona para mantener un cierto grado de constancia en el corto y mediano plazo.

La AF es un complemento a lo terapéutico, es un área que está vinculada totalmente con el cuerpo. Acordate que los que vienen acá vienen sin cuidarse, sin alimentarse, sin realizar AF. El hecho es buscar justamente, levantar esa autoestima, la baja tolerancia a la frustración. Todos esos son objetivos que en sí por medio de actividades físicas o corporales de movimiento, sean de competencia o de integración o lo que fuese se trabaja... (E: 9)

Los testimonios citados en este apartado parecen confirmar la posición de la JND (2007), planteando que tras el uso de sustancias pueden aparecer trastornos, alteraciones y comportamientos antisociales por lo que es esencial la postura y motivación de los docentes.

“Si hay una persona que tiene un problema de orden físico, se tratará de que la vea el médico e indique que puede o no puede hacer, pero es requisito del programa que participen en todas las actividades terapéuticas” (E: 10).

Otro factor a tener en cuenta es la heterogeneidad de la franja etaria a la que aborda esta problemática, en donde los equipos técnicos deberán planificar y adecuar las distintas actividades a edades, intereses, género y niveles educativos que varían sustancialmente.

“...hay gente adulta y menores, se trabaja todos juntos...No es una clase común, esto es diferente, tenés que buscar que el que no quiere hacer nada y no puede hacer nada por lo menos lo intente” (E: 8).

La AF una vez incorporada en las primeras etapas del tratamiento bien puede mantenerse y continuar su desarrollo sin necesidad de control y/o asistencia permanente del profesional Licenciado mencionado.

Los UPD en recuperación ya con las normas naturalizadas practican actividades físicas ocupando su tiempo libre en acciones saludables, restando espacio a las oportunidades de recaer en viejos hábitos.

4.6.2 *Objetivos de la AF en el marco de los programas de tratamiento*

De acuerdo a las experiencias que revelan los diferentes entrevistados los objetivos de la planificación son dinámicos, dependiendo de externalidades que en la mayoría de los casos superan y condicionan la propia voluntad del consumidor (medicación, estado de ánimo, nivel de dependencia con las drogas, contención familiar, apoyo); por lo tanto no se encuentran identificados objetivos claros en relación a la AF en la rehabilitación.

Dentro de los beneficios destacables de la AF está la oportunidad del reconocimiento por parte de los UPD de sus emociones y sentimientos, así como de las sensaciones que ello provoca en su propio cuerpo. Por ejemplo, Gonzales Aramendi (2003) indica claramente que las actividades físicas vienen colmadas de beneficios vinculados a sus propios cuidados y abandonos de costumbres negativas.

En tal sentido los entrevistados coinciden en que uno de los objetivos puede ser conseguir mediante la AF afianzar la autoestima de quien la practica, la tolerancia y el compartir y participar de otras instancias.

Es un elemento de suma importancia la motivación del profesional en la práctica de la AF, con el fin de involucrar a los usuarios en la consigna planteada.

Asimismo se debe tener mucho cuidado en la selección de los instrumentos de acompañamiento de la actividad a realizar para que éstos sean eficaces, como por ejemplo en la selección de la música y en seleccionar actividades que no generen demasiada adrenalina ni demasiado contacto físico para evitar situaciones de invasión, violencia y/o descontrol.

4.6.3 *Frecuencia*

La frecuencia en estos casos debería ser en base a los objetivos de las actividades y en la medida que no se reconocen objetivos claros la frecuencia no es específica en cuanto a los dispositivos de tratamiento.

La mayoría de los entrevistados declara tener 1 hora semanal de actividad dentro de la planificación del centro de rehabilitación al cual acude el consumidor, mientras que en el mejor de los casos se da una frecuencia de 2 horas semanales.

En concordancia con el criterio general respecto a la frecuencia que debe practicarse la AF, se entiende que puede ser tomado como base este mismo. Según la OMS (2016) se recomienda de los 5 a los 17 años la práctica diaria de 60 minutos de AF moderada a vigorosa; para el resto de la población etaria la recomendación es de 150 minutos semanales.

Se resalta la importancia de los beneficios tales como la mejora de las funciones cardiorrespiratorias y musculares, ayuda a la salud ósea y funcional y principalmente el objetivo de la recomendación apunta a evitar deterioros en la salud emocional como por ejemplo la depresión.

Es precisamente sobre ese foco que se pretende hacer hincapié ya que se entiende que principalmente este último criterio para los casos de los UPD no solo es recomendable sino que imprescindible para lograr un éxito integral, sea cual fuere el tratamiento que se elija.

4.6.4 Infraestructura y recursos materiales

Este factor no afecta a la propuesta de esta tesis pues si bien los distintos instrumentos pueden colaborar con la actividad seleccionada, la misma puede ser realizada prescindiendo de los mismos.

La realidad de los centros en este sentido es muy pobre, si bien se practican deportes, etc., el uso de materiales está restringido ya sea por la calidad como por la cantidad que ha estado disponible.

Es de destacar igualmente la importancia que deberían tener los recursos materiales que permitirían y facilitarían la realización de otros tipos de actividades ya que existen muchas de ellas que no podrían ser viables sin la existencia de ciertos recursos. Además se presentan como un elemento motivador para captar la atención de quienes las practiquen.

4.6.5 Resultados obtenidos

Es una coincidencia en las respuestas de los entrevistados los beneficios tanto a nivel anímico como físico que se observan a corto, mediano y largo plazo en los consumidores que practican AF.

“Es inmediato el cambio de humor, de la actitud con el tema de las endorfinas, yo siempre se los digo para que ellos sepan que lo pueden utilizar como un recurso, cuando están muy bajoneados que busquen hacer algo que les guste” (E: 8)

Después de los talleres donde se involucra al cuerpo con mayor énfasis, se nota que aparece la calma, si bien algunas veces quedan muy activados, quedan activados en el buen sentido, más alegres, con más energía. Libera endorfinas y organiza la energía de forma más armónica, son actividades muy importantes. (E: 10).

Al conocer las distintas planificaciones que se realizan en las actividades físicas de cada centro nos hace reflexionar el papeo general de cómo es y cómo debe ser una clase. Específicamente en relación a sus cuidados, sus metodologías y sus objetivos ya que se tiene que considerar que se está tratando con población vulnerable en una situación sumamente delicada.

Al no existir información detallada ni muy extensa ni un lugar en donde capacitarse o tener mayor conocimiento en el área corporal específicamente desde la rehabilitación es necesario que estos temas sean tratados y examinados.

Se debe comenzar a comprender la importancia del trabajo corporal, pudiendo difundir la información para que sea tenida en cuenta.

4.7 Importancia de la AF dentro del programa de rehabilitación

La importancia de plantear actividades físicas dentro del tratamiento se justifica en la medida de buscar instrumentos que abarquen la mayor cantidad de áreas posibles dentro de la persona, volviendo a educar a través de hábitos saludables.

Los profesionales entrevistados con experiencia en la temática destacan la importancia de la AF dentro del tratamiento, haciéndola imprescindible.

“Es una de las tantas patas que tiene el área del cuerpo. Es un complemento” (E: 9).

Fundamental, imprescindible. Diría que de las actividades, nosotros priorizamos el componente corporal por excelencia. Cuando ingresan al tratamiento partimos de un cuerpo avasallado, agredido, deteriorado, algunos usuarios tienen daños irreparables fruto de su carrera adictiva que comprometen toda su vida (E: 10).

Fundamental, en todas las modalidades de tratamiento (internación, ambulatorio, etc.). Salud como concepto amplio, modo de re aprender nuevas conductas alternativas al consumo, ampliar la red vincular del usuario. Es un tema tremendamente amplio y yo no puedo pensar un tratamiento que no incluya la Ed Física (E: 6).

“Me parece fundamental, lo tomo como parte del tratamiento. La AF es auto cuidado, levanta la autoestima, ayuda a liberar el estrés, la ira, la euforia” (E: 7).

Se puede notar la importancia que para ellos conlleva la práctica de actividades físicas dentro de la rehabilitación; la palabra “fundamental” aparece en forma recurrente en las distintas ponencias de los entrevistados.

Además de sus beneficios físicos y psicológicos es una herramienta que se pretende incorporar con el fin de que la persona pueda recuperar actividades que lo entusiasmen, sustituir el espacio de consumo por actividades positivas y que esto lo satisfaga mejorando

así su autoestima. Se pretende generar sensaciones de placer de origen saludable que otorguen herramientas necesarias para enfrentar la baja tolerancia a la frustración, superando la búsqueda del placer inmediato y la evitación del dolor, logrando así una rehabilitación exitosa.

4.8 Integración de la AF en los centros de rehabilitación

En determinados lugares se pudo corroborar que, dentro de los centros con las características necesarias planteadas, algunos de ellos no cuentan con actividades físicas. Es por esto que se buscó investigar más sobre las razones de la misma a modo de entender la postura de cada uno de los indagados.

De acuerdo a las distintas opiniones sobre porqué la AF no se incluye en los centros con las características que se mencionaron anteriormente se puede notar que son múltiples y muy variadas entre sí. Igualmente se pudo constatar que todos y cada uno de ellos opinan que es necesaria y que la falta es por factores externos pero que no se discute la importancia en la rehabilitación.

“Porque es un error, como siempre. La psiquis y lo físico. Es un error muy grave porque el cuerpo también se enferma. El cuerpo dice mucho y tiene que ser integrado” (E: 8).

Porque faltan docentes capacitados para eso. Que se animen a trabajar con este tipo de población. Justamente no se logra tener un profe fijo, es un tema de prejuicio... Para mi es excelente esto que estás haciendo, tocale ficha porque está bueno y no hay nada, ahí está la falencia. Esto que estás haciendo vos va a quedar y ahí hay un registro y un precedente que queda. Una persona que arranque una tesis con esto, para asesorarse va a leer la tuya, no hay estudios sobre esto y si hay, hay poco. Es importantísimo y hay que difundirlo (E: 9).

Me llama mucho la atención. Todos los tratamientos deberían tener algún tipo de abordaje desde lo corporal. Es también una realidad que es muy difícil conseguir profesionales de Educación física para trabajar en nuestros centros, nosotros hemos tenido varios períodos sin Profesor de Educación física (E: 10).

Creo que en Uruguay no se da la debida importancia a la AF en general. También pienso que se ve el “curarse” como algo “serio” donde la recreación es perder tiempo. Si por mí fuera haría obligatorio el deporte en los tratamientos... En fin son muchas más las variables por lo cual creo indispensable que los profes tengan una capacitación específica en esta población que es muy muy basta, no se puede caer en el estereotipo del consumidor pues en un gran error y limita la intervención y el éxito de la misma (E: 6).

“En Uruguay no se le da importancia no por razones económicas necesariamente, por falta de recursos, sino por mal manejo (E: 7).

En la historia de nuestro país la AF no ha sido integrada mayormente en muchos de los ámbitos educativos ni sociales; si bien ha existido en los programas educacionales lo ha

sido a nivel general con poca carga horaria, llevando a que la sociedad en su conjunto, el colectivo, no incorpore dicha AF como un instrumento saludable necesario en su rutina diaria.

Tiempo atrás apenas se preveía en forma programada la inclusión de la AF en forma obligatoria en las distintas Instituciones; posterior y muy lentamente la misma se ha ido introduciendo tanto en lo formal como en la conciencia colectiva (por ejemplo en la universalización de la AF y la creación de espacios comunitarios saludables).

No se puede dejar de señalar que no hay drogas sin riesgos y por eso se debe partir de que el consumo de drogas no es un problema distante a nosotros y que es por ello que debemos plantearnos la importancia y la necesidad de conocer e informarnos.

4.9 Percepción de los usuarios de los beneficios de la AF

Al cuestionar sobre los beneficios de realizar actividades físicas dentro del tratamiento las respuestas fueron unánimes. Para cada uno de ellos las actividades físicas sí lograron beneficios en su recuperación.

Además de los cambios biológicos que produce la actividad los beneficios también fueron a nivel psicológico, logrando concentrarse en la actividad para mantener su tiempo y mente ocupados.

“...aumenta la liberación de reserva de las sustancias en el organismo, me canso y mantengo la mente ocupada. Aumenta mi autoestima frente a los cambios físicos y emocionales. Comienzo nuevos hábitos con más salud” (E: 12).

Se buscó indagar si personalmente ellos fueron capaces de reconocer los beneficios que aporta la AF al cuerpo de la persona en estado de vulnerabilidad por las drogas para así poder comprender en mayor medida la situación que sobrelleva cada uno en el proceso de rehabilitación con toda la complejidad que esto conlleva.

“Si obvio que te beneficia porque tenés la cabeza ocupada y el tiempo ocupado. Te rodeas de un grupo de amigos diferente al que tenías cuando consumís drogas, te beneficia muchísimo” (E: 18).

Es de destacar que aunque cada uno ha notado los beneficios y cambios que la AF provoca en ellos igualmente la práctica actual es poca.

Según la encuesta de hábitos deportivos del 2012, en nuestro país en el año 2000 el porcentaje de sedentarismo era de un 62%, mientras que en el 2005 descendió a un 60% y en el 2012 continuó su descenso hasta un 50%. Por otro lado según la encuesta sobre hábitos deportivos y AF del 2016, las personas físicamente activas mayores de 18 años responden al 45% de la población, por lo que con estos datos se observa un incremento en la población sedentaria (55%).

Por más que la AF viene siendo introducida cada vez más en nuestro país, los porcentajes de sedentarismo son altos y es por ello que se denota la importancia de continuar su crecimiento en otras áreas que todavía no lo hacen, además de las ya valoradas.

En cualquiera de los casos se percibieron cambios tanto a nivel físico, como psicológico y emocional. En primer lugar el organismo de un consumidor problemático de drogas se ve deteriorado y es por ello que los cambios a nivel físico son evidentes. Al practicar una actividad con ciertos objetivos y además hacerlo asiduamente el cuerpo se ve exigido pero de una manera totalmente positiva a la que venía siendo expuesto. Los cambios físicos se pueden notar desde una mayor musculatura y composición corporal a una mejoría a nivel cardiorrespiratorio entre muchos otros más.

Mi experiencia propia es que me cuesta considerar tener una vida sin AF, y cuando me sucede eso me doy cuenta una semana después, no preciso mucho más, que empiezo a tomar malas decisiones, empiezo a pensar mal, preciso de la AF para sentir que estoy sano, es parte de mi día a día. Preciso alimentarme todos los días, preciso higienizarme todos los días, preciso dormir todos los días y preciso mi AF todos los días para que las cosas estén bien (E: 22).

Al hacer deporte uno se siente mucho mejor con uno mismo, despeja la mente, tiene que hacer uso de su mente para estar pensando en el deporte. Los deportes en general requieren que estés pensando, como el fútbol y vóley. Físico obviamente que también porque la droga te deteriora físicamente y el deporte te deja mejor. Genera cambios muy importantes, hacer deporte es salud. En el tema emocional o psicológico hay cambios muy grandes porque el cuerpo cuando hace deporte genera endorfinas y no sé qué sustancias más que generan alegría y uno se siente mucho mejor y también ayuda a eliminar lo tóxico que las drogas provocaron en el cuerpo...(E: 18).

Tal lo menciona Lawson (2005) la AF libera endorfinas relacionadas al placer y es por ello que al realizarlas se observan cambios de humor positivos, una mayor energía, una imagen corporal mejorada, sintiéndose a gusto con su cuerpo y dándole importancia al cuidado y la mantención que ello conlleva.

En este caso se plantea que “al verse bien emocionalmente te sentís mejor, me aumenta la autoestima. Algunas disciplinas pueden canalizar y relajar estados de ánimo” (E: 13).

Al notar los cambios nuestro cuerpo demanda estar bien alimentado para poder rendir al máximo y es por ello que el realizar AF implica mucho más que solo un rato para realizar las actividades. Comienza por la voluntad de asistir, el esfuerzo de realizarla y el placer al culminarla, además de las características post-actividad como la felicidad y la consciencia del cuidado del cuerpo.

Por su parte E: 8 también se encuentra de acuerdo planteando que los deportes requieren de una cierta concentración y es por ello también que se pueden despejar pensamientos nocivos.

Teniendo en cuenta la gran variedad de actividades que se pueden realizar es que se indagó sobre la existencia de alguna actividad que perjudicara la conducta o el comportamiento de los UPD. Ello se plantea en cuanto a las distintas actividades de contacto y de competición entre otras que a nuestro entender podrían perjudicarlos por su vulnerabilidad.

En todos los casos las respuestas fueron negativas. Ninguno de los entrevistados presenta a su entender conflictos ni problemas por realizar ninguna actividad.

Igualmente esta cuestión debe tenerse en cuenta por parte del docente a cargo y por la observación de los distintos desempeños en las distintas actividades, de modo de lograr un correcto desarrollo de las clases sin factores que alteren el proceso.

Al hablar de recaída se indagó sobre si la AF podría prevenirla. En este caso las respuestas fueron muy variadas. Algunos plantean que al mantenerse ocupados liberan el estrés y no tienen ocio (E: 11) o que al mejorar su autoestima se cuidan más, como los entrevistados E: 12 y E: 17, y esto conllevaría a poder llegar a prevenirla.

Yo identifico dos actividades para prevenir recaídas y para salir que me parece que son muy buenas porque son con uno mismo y son cosas donde uno empieza a sanar: una es la AF y la otra es escribir, porque escribir como es algo sedentario tiene todo eso de introspección, y tener que estructurar y pasar por pensamientos, que te pone en un lugar de auto analizarte y empezar a optar y tomar decisiones de forma más clara, sobre todo al poco tiempo de estar en abstinencia empezas a ver las cosas con un poco más de claridad (E: 22).

No obstante otros plantean que no están seguros de ello. No logran visualizar que el realizar AF tenga que ver con la prevención de la recaída.

“No estoy seguro. Quien quiera consumir lo va a hacer haciendo gym igual” (E: 14).

Las actividades físicas podrían utilizarse como herramientas útiles para prevenir la reincidencia porque, en un gran porcentaje de casos, se da por volver a sus entornos negativos, por volver a vincularse con amistades perjudiciales y por volver a relacionarse con viejos hábitos también dañinos. Esto se plantea como una nuevo modo de vincularse, relacionarse y comportarse desde la práctica de actividades positivas que propicien estas nuevas formas.

En su globalidad e individualidad es un tema que resulta bastante complejo desde todas sus áreas. Igualmente al plantearse como un complemento y como una herramienta más para la recuperación se debe tener en cuenta en cada uno de los apartados mencionados.

La recuperación en si misma resulta muy amplia como ya lo hemos mencionado, con sus diferentes modalidades de concepción, de tratamiento y hasta de herramientas utilizadas en nuestro país y en muchos otros. Es por ello que las ideologías e inclinaciones con respecto a este tema también son muy variadas y se pueden notar en las diferentes opiniones, tanto de los usuarios como de los profesionales entrevistados.

En relación a la prevención de la recaída a través de la AF se formuló otra nueva pregunta teniendo en cuenta si la AF podría mejorar aquellos hábitos negativos en tiempos de consumo.

Nuevamente todos los entrevistados establecen una respuesta en común y afirman que sí los mejoran. A pesar de los diferentes motivos que se plantean todos están de acuerdo que sí favorece el cambio de hábitos perjudiciales. Por un lado por plantearse nuevos objetivos, sin consumir, tal lo dicen E: 11 y E: 12 y por otro lado E: 13 y E: 14 también concuerdan en que se generan nuevas rutinas y que por lo tanto conllevan a una mejor alimentación y mejor descanso.

“Sí, definitivamente. Primero que nada es que tu autoestima se recupera, empezas a verte y sentirte mejor. Salís de un círculo enfermo, oscuro para meterte en uno luminoso” (E: 22).

En general cada uno de los entrevistados aportó diferentes opiniones en cuanto al porqué de la mejora de los hábitos, cada uno de ellos válidos y comprensibles en cuanto a lo analizado y pretendido por la presente investigación.

Específicamente dentro de los beneficios de la AF en la reinserción social las respuestas fueron todas positivas. Se reconoció que practicar nuevas actividades ayuda a cambiar los entornos y a vincularse con nuevos grupos humanos.

“Es un favorecedor en cuanto a la integración de nuevos grupos sociales y el abandono de los viejos entornos problemáticos” (E: 13)

Como última pregunta se indagó sobre si realizar actividades físicas colabora en la ocupación de tiempos ociosos para evadir el consumo y el tiempo libre mal utilizado. En todos los casos la respuesta fue afirmativa. En todos los casos se plantea que es positiva para ocupar los espacios en actividades productivas y para alejarse de viejos hábitos.

“Sí, todo tipo de actividades, desde estar en el gimnasio hasta en futbol con amigos” (E: 11).

“Sí y para alejarse de los play, celulares y el pensar en los anteriores hábitos” (E: 12).

“Sí, sobre todo el exceso de tiempo libre. Ayuda pero no lo es todo” (E: 14).

Si es una forma de evadirlo o recaer. Mantener el tiempo en algo productivo, aparte uno llega del trabajo y llega con energía y apuntas para la esquina o para el círculo de amigos o conocidos con los que compartías las adicciones y conversaciones no productivas. Entonces siempre estas como en ese mismo círculo y el hacer deporte y ocuparlo en algo sano y bueno para la

salud y mantener la cabeza ocupada. El deporte es un pilar que yo agarre para salir adelante (E: 18).

Totalmente. Relacionando el tema de la AF con el tema de la adicción pienso que es una puerta muy importante a utilizar cuando el adicto decide ponerse en recuperación. La relación que uno tiene con su físico y con esta enfermedad le permite crecer en otra dirección y a su vez esa actividad permite controlar los impulsos, esa compulsión y obsesión, aparte de que el ejercicio ya de por sí es bueno. Es como que salís de un círculo vicioso para empezar a transitar por uno virtuoso (E: 22).

Es importante mencionar que eso es exactamente lo que se pretende y se busca, que con la realización de AF la persona logre reconocer los beneficios que la misma tiene en sí y lo que causa sobre las personas, más en el estado de fragilidad de los UPD.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es una paradoja que en los dispositivos de tratamiento haya tan poco trabajo sobre la rehabilitación del cuerpo ya que las personas que están afectadas por el consumo de sustancias repercuten directamente en el mismo.

Si bien la reglamentación propone un marco regulatorio, las prácticas no demuestran un nivel de aplicación de la AF que pueda expresar todos sus beneficios, potenciado a su vez con profesionales en el área.

Es de notar la falta de la especificidad que la reglamentación propone como actividades lúdicas y recreativas y cuál es la interpretación sobre eso. Se muestra una clara necesidad de profundizar la definición de cuáles son las prácticas de AF apropiadas para los UPD.

Se manifiesta la importancia no sólo de incluir actividades que se relacionen a lo corporal sino también promoverlas de distintas maneras (cartelería, material informativo, talleres, entre otros) para que el usuario sea capaz de tener herramientas para sostenerse, independientemente de la calidad de vida y condición familiar que lo contenga.

Al revelar dificultades a la hora de las entrevistas a los distintos centros se pudo notar que en algunos casos no estaban interesados en brindar información ni involucrarse en la temática. Esto dejaría entrever un bajo compromiso en pro de una mejora en su funcionamiento y en la implementación de nuevas herramientas que propongan un abordaje integral y por lo tanto más efectivo en tratamientos.

Se pudo apreciar que de acuerdo a la población objeto del proceso de rehabilitación cada una de estas organizaciones diseña un programa compuesto por determinados modelos, donde estos varían en la óptica global y conceptual de lo que refiere específicamente a la incorporación de la AF en los UPD.

Esto denota la falta de uniformidad en los criterios a utilizar en pro de generar un protocolo de acción común que permita además lograr el correcto monitoreo y evaluación de los programas.

Por consiguiente aparece como fundamental incluir dentro de estos programas como profesional indispensable al Licenciado en educación física ya que éste posee la formación, competencias y capacidades necesarias que este tipo de programas requieren.

Se demuestra una clara necesidad de especialización para saber trabajar con esta población particular, teniendo en cuenta el historial de consumo de la persona y su deterioro para proponer una AF que recupere.

La evidencia de los testimonios a los entrevistados muestra la importancia de la AF, aun así ésta importancia no se ve sistematizada a nivel de los programas de tratamiento.

A pesar de la complejidad que implica la temática se debe cuestionarse realmente la AF está incluida en los programas de reinserción, brindándole continuidad a lo que se trabaja en el tratamiento.

Como recurso y recomendación se propone ofrecer en estas etapas de tratamiento instancias en donde los usuarios queden ligados a otros dispositivos en otras instituciones vinculadas a la AF para garantizar continuidad y generar programas y actividades como rutinas.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIONDI, Ricardo. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría: **La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabituación a las drogas.** Año 16, Vol.14, N° 2, Noviembre de 2007, Págs. 82 a 89.

BLAZQUEZ SANCHEZ, Domingo. **La educación física.** Barcelona: INDE, 2006. 106 p.

CAÑAL, María Josefa. **Adicciones: Cómo prevenirlas en niños y jóvenes.** Bogotá: Grupo editorial Norma, 2003. 312 p.

CENTELLES, Leticia. **La actividad física como factor rehabilitador en personas con problemas de drogas.**<http://www.efdeportes.com/> Revista Digital – Buenos Aires – Año 13 – N° 128 – Enero de 2009.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. **Intervención en drogodependencia.** Málaga: Vértice, 2010. 216 p.

DIRECCION NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. **La dependencia de las drogas. Exposición para educadores.** Educación Sanitaria (I). Madrid: Ministerio de Educación, 1981. 74 p.

ENCUESTA DE OPINIÓN PÚBLICA DE HÁBITOS DEPORTIVOS, 2012. Montevideo deporte. Factum: 2012.

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DEPORTIVOS Y ACTIVIDAD FÍSICA, 2016. Montevideo. Opción consultores: 2016. Disponible en: https://www.deporte.gub.uy/images/encuesta_habitos_dep_y_act_fisica-1.pdf. Acceso en: Diciembre 2017.

E. MORAN, Roberto. **La criminalidad en Puerto Rico: causas, tratamiento y prevención.** Puerto Rico: Isla Negra Editores, 2006. 90 p.

G. MYERS, David. **Psicología.** Madrid: Ed.Médica Panamericana, 2006. 902 p.

GARCIA GARCIA, Julián. **Drogodependencias y justicia penal.** Madrid: Ministerio de Justicia, 1999. 442 p.

GARCIA JIMENEZ, José María. **Las drogas: concepto, aspectos penales y penitenciarios: concepto, aspectos penales y penitenciarios.** Alicante: Club Universitario, 2001. 182 p.

GARCIA-VERA, Antonio Bautista. GAIRIN SALLAN, Joaquín. **Nuevas funciones de la evaluación.** España: Ministerio de Educación, 2009. 272 p.

GONZALEZ ARAMENDI, José Manuel. **Actividad física, deporte y vida: beneficios, prejuicios y sentido de la actividad física y del deporte.** Basauri: Etor-Ostoa, 2003. 255 p.

GUTIERREZ, Matías. **Consumo de alcohol, actividad física y autoconcepto físico en bachilleres de Montevideo.** 2013. 41 p. Investigación de conclusión de curso (Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deporte). Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes, IUACJ, Montevideo, 2013

HERNANDEZ MORENO, José. **Análisis de las estructuras del juego deportivo.** Barcelona: INDE, 1994. 184 p.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS. **VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: Informe de investigación.** Montevideo: Observatorio Uruguayo de Drogas, 2016. 132 p.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS. **Cometido de la JND.** Uruguay 2016. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=2&Itemid=5. Acceso en: Enero 2016.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS. **DROGAS: más información menos riesgos. 6ta edición.** Junta nacional de drogas: Montevideo, 2007. 126 p. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf. Acceso en: Noviembre 2015.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS. **Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas 2016-2020.** 32 p.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS. **Prevención**. Uruguay, 2016. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=51. Acceso en: Enero 2016

LANDÁZURI, Pepe. **Endorfinas: la droga natural de la felicidad**. Barcelona: Océano Ámbar, 2006. 124 p.

LATIESA RODRIGUEZ, Margarita. MARTOS FERNANDEZ, Pilar. PANIZA PRADOS, José Luis. **Deporte y cambio social en el umbral del siglo XXI**. Madrid: Lib deportivas Esteban Sanz, 2001. 1072 p.

LAWSON, Jack. **Endorfinas: la droga de la felicidad**. Barcelona: Obelisco, 2005. 110 p.

LEARRETA RAMON, Begoña; SIERRA ZAMORANO, Miguel; RUANO ARRIAGADA, Kiki. **Los contenidos de expresión corporal**. Barcelona: INDE, 2005. 277 p.

LEON, Federico. CASTRO DE LA MATA, Ramiro. **Pasta básica de cocaína: un estudio multidisciplinario**. Lima: Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas, 1989. 428 p.

LOPEZ, Horacio. **Lo no dicho sobre la adicción**. Montevideo: Del autor, 2013. 432 p.

MAJEM SERRA, Luís. ROMÁN, Blanca, ARANCETA BARTRINA, Javier. **Actividad física y salud**. Barcelona: Elsevier, 2006. 112 p.

MARTINEZ RUIZ, Mario. RUBIO VALLADOLID, Gabriel. **Manual de drogodependencias para enfermería**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2002. 349 p.

MEJIA, Rebeca. SANDOVAL, Sergio Antonio. **Tras las vetas de la investigación cualitativa**. Jalisco: ITESO, 1998. 265 p.

MONTESINOS AYALA, Diego. **La expresión corporal. Su enseñanza por el método natural evolutivo**. Barcelona: INDE, 2004. 131 p.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (U.S). **Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción**. Washington D.C: GovernmentPrinting Office, 2008. 32 p.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Asamblea general de las Naciones Unidas**. Nueva York, 1982.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos: 47.a edición**, 2009. 18 p. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>. Acceso en: Enero 2016

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud**. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/. Acceso en: Diciembre 2016.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Decreto N° 35/007**. Uruguay: Ordenanza del Ministerio de Salud Pública, 2007. 38 p. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2013/09/msp_487.pdf. Acceso en: Febrero 2016.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Decreto N°416/002**. Uruguay: Ordenanza del Ministerio de Salud Pública, 2002. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm>. Acceso en: Febrero 2016.

REDOLAR RIPOLL, Diego. **Cerebro y adicción**. Barcelona: Editorial UOC, 2011. 568 p.

ROSSI, Pablo. **Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones**. Madrid: Tébar, 2008. 302 p.

RUIZ OLABUÉNAGA, José Ignacio. **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012. 344 p.

SALAZAR VALLEJO, Michael. PERALTA RODRIGO, Concha. PASTOR RUIZ, Javier. **Tratado de Psicofarmacología**. Madrid: Panamericana, 2009. 961 p.

SAUTU, Ruth. **Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación**. Buenos Aires: Lumiere, 2003. 180 p.

SCHINCA, Marta. **Expresión corporal**. Barcelona: Praxis, 2000. 103 p.

SUAREZ, Héctor. CHERONI, Selene. FAILACHE, Florencia. MENDEZ, Álvaro. SUAREZ, Mónica. **Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática de consumo de drogas: Guía metodológica de investigación para la acción.** Washington D.C: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA), 2011. 183 p.

URUGUAY, **Decreto 463/988.** Uruguay, 1988. Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy/html/marco legal/decreto-346 999.htm](http://www.infodrogas.gub.uy/html/marco_legal/decreto-346_999.htm). Acceso en: Febrero 2016.

VALVERDE, Joaquina. Especial INEF-Galicia. **Educación física y deportes: La actividad física para sujetos toxicómanos en rehabilitación.** 1994 (38) 104-108. Disponible en: http://articulos-apunts.editec.com/38/es/038_104-108_es.pdf Acceso en: Abril 2016.

VERA VON BARGEN, Johannes. **Factores sociales y psicosociales asociados al consumo de drogas entre escolares de colegios rurales de la RM de Chile.** Santiago de Chile: Diplom. De, 2011. 343 p.

ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista a informante calificado de la JND

Fecha: 4 de Agosto del 2016

Hora de comienzo: 9:00 hs

Hora de finalización: 9:26 hs

1. Profesión y cargo que desempeña en la Institución

Licenciada en trabajo social y trabajo en el área de atención y tratamiento. Tengo una diplomatura en perfeccionamiento profesional en drogodependencia.

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el lugar?

Hace 3 años aquí, provengo de ASSE. Llevo varios años de trabajar en estas áreas.

3. ¿Cuáles son los principales cometidos de la JND?

Acá donde tú estás es la secretaría nacional de drogas. La Junta Nacional es la reunión del prosecretario de la presidencia, que es el secretario de la JND, junto con 9 ministerios que integran lo que es la JND. A ver si me acuerdo de todos: El Mides, educación y cultura, trabajo, defensa, interior, economía y algunos más, la mayoría de los ministerios más la presidencia.

La junta obviamente tiene como fin determinar cuáles son las políticas sociales que tienen que ver con el abordaje de las drogas. No solamente es esta parte que tiene que ver con la reducción de la oferta porque también está la reducción de la demanda.

La reducción de la demanda es fundamentalmente lo que conocemos como las secretarías que funcionan en esta parte, que son atención, tratamiento, inserción, el observatorio de drogas, prevención y todo lo demás.

Después hay toda otra área que también implica la Junta que es la reducción de la oferta: ahí tenemos todo el control del narcotráfico, todo lo que es la reducción de la oferta y la demanda, todo eso que es otra área que también está dentro de la Junta pero como que ambas se ocupan de cosas bien diferentes.

Podes ver bien hoy lo que es el lineamiento de la última estrategia que tiene la secretaria Nacional de drogas para implementar 2015-2020. De ahí podes ver cuáles son los lineamientos de trabajo para los próximos 5 años, ahora estamos justo en un cambio de secretario general, pasamos de Milton Romani a Diego Olivera que recién asume, pero la estrategia es igual para toda la secretaria.

4. ¿Qué objetivos persiguen?

Bueno nosotros dentro de tratamiento fundamentalmente nos ocupamos de elaborar diferentes políticas para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas. Desde aquí se diagrama cuáles son los lineamientos y las capacidades para ejecutar justamente la estrategia que tenga la secretaria.

Concretamente nosotros en lo que tiene que ver con el tratamiento entonces para eso la estrategia promueve lo que es la red nacional de drogas. Tratamos justamente que sea una respuesta integrar a todo el abordaje de la temática, atendiendo diferentes niveles, desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención y posibilitando que existan diferentes dispositivos que den respuestas diferentes de acuerdo al grado de complejidad de la situación.

Poder tener desde un primer nivel de atención que pueden ser centros de abordaje comunitario, centro de escucha, centro de achique, hasta las cuestiones más complejas como puede ser un centro residencial.

Tenés la posibilidad de ir elaborando políticas que respondan a todos esos niveles. Esto en lo que tiene que ver con tratamiento, estos mismos abordajes diferentes los vas a ver en las otras áreas que tiene la secretaria pero en el caso nuestro desde lo más mínimo, pasando por los ciudadela que intentan ser una puerta de entrada a la red y ser un centro de información, asesoramiento y diagnóstico a la cual cualquier persona pueda acercarse a recibir información con respecto a las drogas o a los tratamientos y diferentes programas que puedan estar relacionados al tema.

Hoy tenemos unos 11 ciudadelas y la idea es que podamos implementar uno por cada departamento, nos quedan algunos departamentos todavía que justamente uno de los cometidos del área de tratamiento es llevar todo eso, y después los diferentes centros residenciales o dispositivos especializados como puede ser respuestas muy específicas para personas en situación de calle que tienen consumo problemático, entonces ahí tenemos lo que es la UMA, la unidad móvil de asistencia, que va por determinados barrios de Montevideo conectando a personas que están en situación de calle y que a su vez tienen ese problema y otros, la droga es uno más, pero es una forma de llegar a ellos desde un abordaje sanitario, con médicos, psiquiatras y ahí atender esa problemática también.

5. ¿Hablamos de adicción o consumo problemático de drogas?

Bueno, ahí empezamos, nosotros usamos consumo problemático de sustancias porque de repente ya el proceso de adicción puede ser mucho más.

Esta el consumo recreativo, el consumo habitual y el consumo problemático. Lo que pasa que nosotros no usamos más conceptos como “el adicto” sino la persona que tiene un consumo problemático de drogas.

Son diferentes libros en todo esto, pero en toda la bibliografía que tiene que ver con la secretaria nosotros utilizamos el consumo problemático de drogas, pero que es ese concepto: la persona que, desde los diferentes aspectos de su vida el consumo la implica y le afecta, y la relación que se tiene con la sustancia es problemática, y adquiere un vínculo muy especial que hace que dependa, tenga todas las problemáticas y problemas en torno a eso que no es solamente con la sustancia sino también relacionarse, con la familia, con el medio, no poder sostener un montón de cosas.

6. ¿Qué metas u objetivos alcanzaron hasta el momento?

Fundamentalmente este tema de ir conformando una red nacional de drogas en la cual puedan participar y estar presentes una cantidad de actores que tienen que ver con la temática ha sido un avance y un objetivo bien interesante que se va construyendo, no está totalmente terminado pero que si puedan participar en estos dispositivos que yo te decía, pueda participar salud pública, el INAU, muchas diferentes instituciones que tengan que ver con la temática y que puedan hacer su aporte porque esto no es solamente de que haya una secretaria que aborde ese tema porque acá estamos abordando un tema que es transversal a muchas cosas entonces que puedan ser muchos los actores que desde diferentes lugares puedan colaborar.

Todas las personas necesitan tener un abordaje en este tema si es que lo están sufriendo, entonces el tema de las metas que tanto las instituciones públicas como privadas tengan que cumplir, la ley de salud mental, una cantidad de cosas que van haciendo y van tejiendo esta red y como poder dar respuesta desde muchos ámbitos y hasta geográficamente desde diferentes lugares a esto, que la gente entienda que es un problema multicausal que por lo tanto la solución no va a venir desde un solo lado.

La consolidación de todos, en cada departamento estamos trabajando con Juntas departamentales de drogas o incluso en algunos locales con Juntas locales de drogas, entonces que esto que tú ves acá que es la Junta Nacional que es la representación de todos estos ministerios pueda tener una descentralización en cada departamento donde participe no solamente el Estado sino también las Instituciones médicas privadas, las organizaciones de la sociedad civil, todos para abordar a la misma temática y dar respuestas locales, porque es difícil pensar desde un centralismo.

Desde aquí se elaboran los lineamientos, después que cada una de estas juntas pueda desarrollar a nivel local diferentes cosas. Obviamente que desde aquí se va

pensando cómo fortalecer las diferentes regiones del país con estos diferentes dispositivos para ir cubriendo estas necesidades pero eso también lleva un presupuesto y desde allí con lo poco que hay se intenta. Por eso en carpeta hay muchas cosas, más centros regionales de internación, los ERICA que son lugares de respuesta inmediata al proceso de la desintoxicación, son dispositivos muy especializados que tienen que estar unidos a los hospitales para dar una desintoxicación rápida en caso de que sea necesario.

Hay mucho para hacer pero desde cada nivel se está tratando de ir conformando eso: que se conciba como una red nacional. Tratamos de dar respuesta en todos los niveles a esta problemática, desde las más sencillas hasta las complejas con todo lo que significa. Un residencial es una respuesta muy especializada y muy elaborada para esta problemática. Antes hay otros, los ambulatorios, diurnos, ciudadela, que se trata de promover para no llegar al residencial, no todo el mundo prescribe un residencial pero si tenemos que crecer y apuntamos a eso en todas las otras respuestas para no llegar a lo peor.

Trabajamos mucho con la detención precoz, de que las personas puedan ver si realmente tienen un problema, en hacer conocer y en que las personas que trabajan en el nivel de salud puedan acceder a ciertas capacitaciones que puedan aplicar tamizajes los cuales puedan por ejemplo en el primer nivel venir a consultar porque tienen un problema respiratorio y podamos tratar el tema de las drogas y hacerle ver que si la persona en ese momento todavía no se ha cuestionado que tiene un problema con las drogas poder ir abordando eso primario, porque cuanto más podamos prevenir y cuanto antes lo abordas mucho mejor. Después tenemos esta complejidad que hace que las personas no quieran o no puedan controlar todas esas cosas.

7. ¿Qué impedimentos hay en la sociedad para alcanzar sus objetivos?

Es un tema multicausal entonces por momentos hay como debates de la sociedad, sí o no internación compulsiva, sí o no necesitamos más camas, sin embargo el tema es muy complejo porque necesita la voluntad de la persona, de repente escuchas grupos de padres que están viviendo esta situación que te piden una internación compulsiva pero por otro lado la persona tiene derechos y deberes y por sobre todas las cosas para cualquier tratamiento se necesita la voluntad de la persona, entonces mas inútil que una internación en donde la persona se oponga, es difícil porque cada uno también tiene una responsabilidad en todo esto.

Por supuesto que es un tema muy complejo, podemos tener 20000 residenciales pero pueden estar vacíos si las personas no están dispuestas, entonces esto es un trabajo, te diría que el tratamiento es lo último, habría que reforzar espacios para la prevención,

espacios para la comunicación, para poder trabajar este tema desde la escuela y liceo y poder educar y llegar realmente a prevenir. A trabajar en familias que sean preventivas, después que el tema está instalado es complicado y no hay una sola fórmula.

Para muchos el residencial es una solución, para otros no pueden mantenerlo, para otros es una comunidad de vida o alcohólicos o narcóticos anónimos puede ser la solución, algunos logran salir con apoyo de sus redes personales, entonces tiene que ver con muchas cosas y con una predisposición a nivel individual de su salud y respuesta a los tratamientos. Por eso que a veces la complejidad de la temática hace que se complique, hay que ser muy creativos en todo pero trabajamos con la voluntad de las personas.

8. ¿Trabajan en conjunto con otros organismos?

Si te diría que con todos y estamos siempre abiertos, acá estamos y los ciudadela en cada departamento también funcionan como un centro que la gente puede informarse, un papá que puede ir o un técnico que de repente está teniendo problemas en su consultorio puede ir allí y recibir información especializada.

9. ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Nosotros no hacemos desde aquí tratamientos clínicos, para eso lo ideal sería que veas uno de nuestros residenciales y hables con un técnico, porque cada uno tiene un plan de trabajo y muchas otras cosas, en esto hay mucho.

Si sabemos que en el tratamiento pasa toda la parte sanitaria, social, de inserción, que comienza dentro del lugar de tratamiento y se extiende afuera de eso. Hay gente que tiene su propio método, depende también con qué tipo de población estemos trabajando pero siempre estos centros nuestros tienen un área de psicoterapia individual, de psicoterapia grupal, de abordaje a las familias, de inserción social que comienza según el estadio que este el proceso ya desde ahí con diferentes tipos de trabajo, después la reinserción laboral estando en el centro de tratamiento sale a realizar tareas.

Me comentaban esta mañana que en el paso tenían en este momento un convenio con Uruguay trabaja para hacer desayunos entonces todos los chicos que están en el residencial en este momento, desde el que está comenzando su tratamiento a los que quizás ya están por egresar, todos están trabajando en este proceso, desde que cortan la leña para que haya fuego para cocinar, desde otros que están en el taller de cocina, desde los que salen, pueden y están en el proceso de salir a repartir, todos están involucrados en la inserción desde diferentes puntos, después se continuara o se tratara de seguir una vez que el chico este fuera y sea también parte de su tratamiento.

10. ¿Actualmente están involucrados en algún programa que involucre alguna actividad física?

Bueno ahí cada centro de tratamiento tiene diferentes, trata de desarrollar. Hay ciudadelas que tienen convenios con alguien que les da yoga, o con el ministerio de deporte y cuentan con algunas horas de algún técnico que va a determinado horario en el ambulatorio a realizar actividad física o se puede conveniar con plazas de deportes para que tengan cupos para que puedan ir los chicos, en los residenciales siempre se trata que hayan lugares especiales para hacer eso.

Generalmente en cualquiera de estos dispositivos está la figura del recurso técnico no profesional que pueden ser talleristas, operadores terapéuticos, que utilizan diferentes metodologías y dentro de ellas la física. En estos talleres siempre hay un componente interesante de actividad física.

11. ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Si es el abordaje integral la persona necesita por supuesto tener un desarrollo y canalizar y tener una visualización y revalorización de la relación con su cuerpo y con actividades sanas.

Eso es bien interesante a lo interno de los diferentes dispositivos, la carga o como se les va colocando a lo largo de una rutina del día ese tipos de cosas.

Desde aquí intentamos que el abordaje sea integral y que por lo tanto podamos asegurar, después cuanto es la carga depende de cada uno, en eso nosotros estamos como en lo grande, en lo global y después esta que haya perfiles de técnicos dentro de los dispositivos de tratamiento que aborde eso.

Está asegurado de que haya alguien o personas especializadas que puedan abordar esas diferentes dimensiones de la persona.

12. ¿Por qué cree que en algunos de centros de Uruguay no se integra la actividad física como parte del tratamiento/rehabilitación?

Porque creo que tampoco está muy integrado en la vida de todos los uruguayos la actividad física. Esto es una opinión personal. Salvo en la escuela y en el liceo que hay una carga asegurada, fíjate que recién ahora se ha mejorado, cuando yo iba al liceo no eran tantas las horas de actividad física que tenía, creo que como sociedad tenemos un gran debe con el cuidado de nuestro cuerpo y vida sana.

En las oficinas y en todo debería haber una pausa activa, no trabajar tantas horas ni hacer una vida sedentaria, entonces yo creo que es una reproducción de eso, igualmente creo que esta como mucho más contemplado en estos lugares el abordaje que quizás en el resto de la sociedad.

Por supuesto que para esto se necesitan también recursos, entonces para estos lugares donde manejamos un presupuesto y manejamos técnicos tenés que tener asegurados recursos que te den el cubrir todas las áreas. Es una de las tantas cosas, creo que vamos en el camino del abordaje integral de este problema, es una re educación de un montón de cosas.

Es como fundamental.

ANEXO 2: Entrevista a informante calificado de la JND

Fecha: 25 de Julio del 2016

Hora de comienzo: 10:40 hs

Hora de finalización: 11:12 hs

1. Profesión y cargo que desempeña en la Institución

Soy socióloga y acá soy coordinadora de este departamento que es inserción social.

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el lugar?

Desde el 2007 y antes estuve en el observatorio. En el 2010 empecé a trabajar con este tema, desde que se armó. En el 2011 se creó el departamento y se empezó a armar una comisión de trabajo.

3. ¿Cuáles son los principales cometidos de la JND?

El cometido de la junta debería ser que el tema del consumo y de las drogas en general, es la encargada de definir las líneas políticas en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos.

Viste que la Junta Nacional de Drogas está integrada por el pro secretario de presidencia que en este momento es Roballo y por 9 sub secretarios. El cometido es dirigir la política de drogas y de alguna forma que cada uno de los ministerios que integran la Junta Nacional de Drogas asuman compromisos con esta política, desde los distintos lados que cada ministro compete.

Hay algunos centros que financia un fideicomiso que se armó el periodo pasado de gobierno que integra fondos de presidencia, del MIDES, de INAU, de ASSE. Ese fideicomiso financia algunos centros de tratamiento públicos, otros los financia directamente ASSE y después hay centros privados y eso.

En el vínculo desde el área de tratamiento hay como un intento por regular lo que son los centros de tratamiento, que cumplan con ciertas normas de calidad. Para ser centro de tratamiento tenés que cumplir con ciertas normas.

Nosotros desde inserción social nos vinculamos con todos los centros de tratamiento que quieran acercarse, siempre y cuando pueda haber un referente de tratamiento para que nosotros podamos vincular a las personas a proyectos de inserción social. Yo creo que la Junta, de una o de otra forma, tiene a través de las distintas áreas contacto con la mayoría de los centros de tratamiento.

4. ¿Qué objetivos persiguen?

En inserción social lo que nosotros hacemos básicamente, a grandes rasgos, es intentar armar convenios para que las personas que están en tratamiento puedan capacitarse para el trabajo, trabajar, ingresar o volver al sistema educativo y también incorporar todo lo que tiene que ver con el mundo de la cultura, el mundo del trabajo, el mundo de la educación y también lo que tiene que ver todos los aspectos de la persona, inclusive el cuerpo obviamente.

En realidad lo que nosotros hacemos es como aportar elementos que quizás no están contemplados en los centros de tratamiento o por lo menos no estaban, y ahora ya de alguna forma están, en algunos casos si y en otros no.

En el entendido de haber una integralidad, mente, cuerpo y alma y que las personas necesitan de todo, integrarse al mundo, tener posibilidades y oportunidades

Hay toda una forma de vincularse con el cuerpo desde el consumo, y otras formas de vincularse con el cuerpo. Hay hasta una postura corporal vinculada al consumo.

Yo en realidad hice mi formación en el espacio de desarrollo armónico, que lo dirige Gabriela Figueroa, y el tema del cuerpo para mí es muy importante, y el vínculo del cuerpo con las emociones también.

No tiene que ver con el trabajo que hago acá pero es algo que lo tengo incorporado y en las cosas que intentamos hacer, por ejemplo en el centro de salud de Maroñas se hizo un proyecto que fue durante 2 años, fue como incorporar al tratamiento justamente todo una etapa vinculada con lo corporal, a la expresión. Los asistentes sociales y psicólogos participaban de esa actividad y posteriormente se hacia el grupo terapéutico, entonces no se tomaba la actividad física como una descarga únicamente y un entretenimiento sino con propuestas más desde la expresión.

5. ¿Hablamos de adicción o consumo problemático de drogas?

Yo pienso que no es solamente hacer una terapia, dejar de consumir, no es un tema con la sustancia. Nosotros en realidad, la línea de la Junta y lo que nosotros pensamos es más la reducción de riesgos y daños y no poner la sustancia en el centro del problema, sino la forma en como las personas se vinculan con la sustancia, por eso decimos consumo problemático y no adicción.

No estamos de acuerdo en plantear la abstinencia como meta necesaria. En ningún momento se impulsa el consumo, lo que se intenta es, que las personas que se vinculan con la sustancia o puedan tener elementos para discernir de qué forma hacerlo, que cosas hacer y qué cosas no, y si lo van a hacer no consumir cualquier cosa, todo este tema que se armó con las drogas sintéticas y evaluar la calidad que tienen.

6. ¿Qué metas u objetivos alcanzaron hasta el momento?

Nosotros desde que empezamos a trabajar como departamento en el año 2011 pasaron unas 900 personas por proyectos de inserción social, diferentes proyectos, no es poco porque el público objetivo que nosotros tenemos son personas que están en tratamiento, y no todas llegan a procesos de inserción. Eso a nivel de cobertura de personas y los objetivos que alcanzamos de alguna forma lograr que se ampliara la mirada al tratamiento, básicamente eso.

Uno de los objetivos de algunas de las acciones que se hacen en inserción social es como cambiar la mirada de muchos actores sobre los usuarios de drogas. Ver que las personas que consumen drogas son personas iguales que todos, que a algunas personas les hace un poco peor que a otras y que entonces ahí hay que tomar otras medidas pero que si las personas vuelven a estar bien, funcionan como cualquier persona.

Para mí justamente lo que no hay que hacer es identificar y catalogar, ni estigmatizar ni que las personas se identifiquen ni como adictos ni como ex adictos, el trabajo que nosotros hacemos es: ¿qué querés hacer con tu vida? ¿Hacia dónde querés ir? ¿Qué te gusta hacer? Eso te identifica como ser humano.

7. ¿Qué impedimentos hay en la sociedad para alcanzar sus objetivos?

En realidad yo creo que es un tema macro, que nos supera un poco a nosotros, es un aspecto de la realidad, no empieza por el consumo de sustancias el problema, entonces la solución está en la primera infancia, en los niños de 0 a 3 años que están en el Pereira Rossell abandonados, con enfermedades y sin cariño, ahí empieza el problema de la sociedad, hay una falta de integración que hace que algunas personas no tengan oportunidades y eso hace que hayan cosas que hacen tanto daño.

Siempre hubo drogas, no tenía el impacto que tiene hoy a nivel de desintegración social el consumo de estas sustancias y lo que hace a su vez es como que las personas cada vez se separan más. La sociedad estigmatiza y después se hace más difícil, en cualquier ámbito.

Por ejemplo a nivel liceal, los chiquilines que empiezan a tener problemas con el consumo generalmente abandonan el liceo, y nadie hace nada para que eso no suceda. Hay como una cuestión de que depende de cada una de las personas que están al lado.

8. ¿Trabajan en conjunto con otros organismos?

Sí con muchos. Con el MIDES, INEFOP, OSE, UTE, ANTEL, INAU, ASSE obviamente, con la intendencia de Montevideo, a nivel del interior en algún momento. En realidad a nivel del interior las juntas departamentales de drogas están integradas por varias Instituciones. Capaz que me estoy olvidando de alguna pero la idea incluso es ampliar también.

9. ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Primero yo no creo que la adicción sea una enfermedad, porque yo creo que es un problema que abarca muchas dimensiones, tiene un componente biológico obviamente, por algo hay síndrome de abstinencia y por algo el cuerpo reacciona. No todas las sustancias son iguales y generan la misma dependencia física. Las sustancias más adictivas son el tabaco y la pasta base, están como a un mismo nivel de grado de adicción digamos.

Por supuesto que hay un componente biológico y que existe la adicción, eso no se discute, pero de ahí a decir que es una enfermedad no, es un tema de salud, un tema de salud pública que la sociedad lo tiene que abordar desde un punto de vista integral.

Nosotros lo que vemos es que la mayoría de las personas con las que trabajamos en reinserción social son personas con una vulnerabilidad enorme y donde ellos saben, un 70 % aproximadamente de las razones de consulta es por pasta base, entonces ellos saben que consumirla tiene un riesgo altísimo y lo hacen igual. Lo hacen porque su vida, su condición de vida, sus condiciones materiales y el entorno en donde se manejan tienen un grado de complejidad tan grande que no te importa hacerte daño.

Nosotros trabajamos con mucha gente que no termino la escuela, la mayoría como el promedio hizo primer año de liceo, entonces yo lo que pienso es que en muchísimos casos tenés una vida en donde no tenés oportunidades, en la que tu barrio tampoco, con madres adolescentes y adicciones también, bocas por todos lados y bueno consumir. Porque la gente también quiere hacer algo que lo divierta, si tenés muchas alternativas para divertirte las haces, sino las tenés tomas las que tenés a las manos.

Después lo que pasa que son sustancias muy jodidas, la pasta base genera mucha adicción y después la gente no puede zafar. Y para eso necesitan mucho apoyo, mucha contención que nosotros los programas que generamos también son largos, porque no es una situación de la que se sale en 3 meses más allá de que puedas desintoxicarte en 15 días. Después que la gente maso menos se recompone, si vuelve con la misma gente, al mismo entorno, a la misma situación familiar, no cambia nada. Lo que nosotros hacemos es integrar al tratamiento todos estos aspectos que tienen que ver con la integralidad de la persona.

Para mí el tratamiento tiene que ser integral, tiene que abordar las distintas dimensiones de la persona, darle la oportunidad de desintoxicarse que tampoco está bien resuelto eso en el Uruguay todavía. A veces se exige que la persona ingrese con 5 o 10 días de abstinencia para una internación y no tienen donde hacer la desintoxicación, entonces para que sea eficaz tiene que poder garantizar que la persona ingrese en primer

lugar, que los protocolos de ingreso en primer lugar no sean para personas irreales, que sean para personas que necesitan los tratamientos, que en general no están preciosas, están en el horno. Esa es una gran contradicción que hay.

Después en primer lugar que no es necesario que las personas se internen para hacer un tratamiento, depende un poco que los tratamientos deberían ser a medida de las necesidades de cada persona y si bien hay grupos de tratamiento individual con psicólogo, con psiquiatra en caso que necesite; poder integrar lo que las personas necesiten y dentro de eso toda esta parte que nosotros manejamos. Por ejemplo nosotros generamos algunos proyectos para dentro de los centros de internación. Que las personas tengan acceso a capacitarse, a formarse, a pensar a futuro y además ver cuáles son las causas que los llevaron a meterse en un consumo problemático, armarse un proyecto de vida en otro sentido.

10. ¿Actualmente están involucrados en algún programa que involucre alguna actividad física?

El año pasado o el otro tuvimos con convenio un tiempo largo, 1 año y pico, en el sector deportivo de AEBU, eso lo usábamos para los que les gustaba hacer deporte principal, como un lugar de integración social y también como para empezar una rutina con las personas. En algunos casos funciona y en otros no, como todas las cosas.

Actualmente si la persona lo necesita sí, pero algún programa en concreto ahora no.

Ahora en “construyendo caminos” que empieza en agosto viene boxeo.

Es un proyecto que es a través de INEFOP que empieza ahora en una ONG que se llama vida educación, uno de los componentes es boxeo. Hay gimnasio también. Y en los centros de tratamiento de internación si se hace. No sé exactamente que se está haciendo ahora, sé que tienen profes de educación física y gimnasios.

En Izcalí ahora están haciendo una pasantía que dan armonización y danza.

11. ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Me parece que es necesaria, vincularse con el cuerpo desde otra forma, desde la belleza, las posibilidades, la salud. La educación física te abre, te permite expandirte. Me parece que si hay una cosa clara es que hay que trabajar con el cuerpo.

Llegan con un maltrato importante con su cuerpo, entonces no es fácil, no es una cosa que uno pueda meter por fórceps y decir bueno ahora somos sanos y vamos a comer bien, nos vamos a levantar a las 7 de la mañana, sería fantástico, pero no.

Depende siempre como estén las personas, no se puede generalizar nunca.

12. ¿Por qué cree que en algunos de centros de Uruguay no se integra la actividad física como parte del tratamiento/rehabilitación?

No creo que nadie piense que no es necesaria. No hay un protocolo que incluya que el tratamiento tiene que tener esto, esto y esto, aparte de lo tradicional, entonces eso se va armando y eso lo regula la dirección del centro. Es un tema de disponibilidad a veces, los recursos son escasos también.

Con educación física se podría hacer un convenio que puedan hacer prácticas en lugares donde se necesitan.

De alguna forma lo que la sociedad debería entender es que todos somos parte de todo.

ANEXO 3: Entrevista a Centro AconcaguaDatos InstitucionalesInstitución: Centro AconcaguaLocalidad: Pocitos y CordónTeléfono:

Sede Cordón: 2409 2928

Sede Pocitos: 2707 54 59

Dirección:

Sede Cordón: Joaquín de Salterain 1230

Sede Pocitos: Gabriel Pereira 3181

E-mail: info@centroaconcagua.comWeb: www.centroaconcagua.comFecha: 29 de Febrero del 2016Hora de comienzo: 16:00 hsHora de finalización: 16:32 hsCaracterísticas generales de la Institución

| | |
|-------------|--------------------------------|
| Público | X |
| Privado | X |
| Ambulatorio | X |
| Residencial | X |
| Mixto | X |
| Otros | Tienen convenio con mutualista |

Costo del tratamiento

| | |
|---|--|
| Gratuito | |
| Con costo a cargo del mismo o su familia | X Si es privado |
| Con costo a cargo de una Institución por convenio | X Según la mutualista |
| Otros | Al ser menor la mutualista paga todo el tratamiento mientras éste sea menor. |

Tipo de abordaje de la Institución

| | |
|-------------------------|---|
| Abstinencia total | X |
| Reducción del daño | |
| Desintoxicación médica | |
| Asesoría legal | X |
| Psicoterapia grupal | X |
| Psicoterapia familiar | X |
| Psicoterapia individual | X |

Derivaciones a otros centros de tratamiento y rehabilitación

| | |
|----------|--|
| Si | X |
| No | |
| ¿Cuales? | Hospitales, otras Instituciones y centros psiquiátricos. |

Servicios que prestan

| | |
|---|---|
| Centro de documentación | X |
| Capacitación a otras organizaciones o instituciones | X |
| Orientación a la familia | X |
| Asesoría legal | X |
| Asistencia técnica | X |
| Asistencia psicológica a la familia | X |
| Otros | Se capacitó a ANTEL, en grupos del interior (agentes de servicio de todos los departamentos). Se trabajó como identificar a un compañero en conflicto y como saber derivar. Se trabajaron también en merenderos, también en las inferiores de Peñarol en su momento para hacer charlas preventivas. |

Para el caso de Instituciones con internación

| | |
|---|--|
| Camas con las que cuentan | 40 entre las dos casas |
| Ocupación de camas al momento | 95% generalmente |
| Personas en lista de espera por tratamiento | Hoy puntualmente no, pero según la época del año sí. Por ejemplo después del verano vienen más, después de semana santa también, hay muchos abandonos en la época de carnaval. Son movimientos sociales que afectan. |

Capacitaciones sobre la temática de drogas

| | |
|----|---|
| Si | X |
| No | |

Niveles que se ha recibido la capacitación

| | |
|---|---|
| Directores de la Institución | |
| Encargados de áreas relacionadas a la temática | |
| Maestros y profesores en contacto directo con los alumnos | |
| Personal administrativo en contacto directo con los alumnos | |
| Otros | Nosotros hace un par de años recibimos capacitaciones, el tema es que al estar dando los cursos participamos de lo que es la formación de los que están aprendiendo, lo que significa que tenemos una constante capacitación. |

Modalidad de la capacitación recibida

| | |
|------------|---|
| Cursos | X |
| Seminarios | |
| Talleres | X |
| Charlas | X |

Última vez que han recibido capacitación

| | |
|-------------------------------------|---|
| Hace una semana | |
| Hace un mes | |
| De dos a seis meses atrás | |
| Más de seis meses y menos de un año | |
| Más de un año | X |

Actividades en coordinación con otras Instituciones para enfrentar dicha problemática

| | |
|----|---|
| Si | X |
| No | |

Participación en acciones de prevención del consumo de drogas

| | |
|----------------------|---|
| Si | X |
| En algunas ocasiones | |
| No | |
| No se sabe | |

ANEXO 4: Entrevista a Centro IzcalíDatos InstitucionalesInstitución: Centro IzcalíLocalidad: Parque RodóTeléfono: 2410 54 79Dirección: Juan. D. Jackson 901E-mail: izcali@izcali.com.uyWeb:www.izcali.com.uyFecha: 1 de Marzo del 2016Hora de comienzo: 10:00 hsHora de finalización: 10:36 hsCaracterísticas generales de la Institución

| | |
|-------------|-----------------------|
| Público | |
| Privado | X |
| Ambulatorio | X |
| Residencial | X |
| Mixto | X |
| Otros | En convenio con ASSE. |

Costo del tratamiento

| | |
|---|----------------------------|
| Gratuito | X Para usuarios de ASSE |
| Con costo a cargo del mismo o su familia | X Particulares |
| Con costo a cargo de una Institución por convenio | X Según la mutualista |
| Otros | |

Tipo de abordaje de la Institución

| | |
|-------------------------|---|
| Abstinencia total | X |
| Reducción del daño | X |
| Desintoxicación médica | |
| Asesoría legal | |
| Psicoterapia grupal | X |
| Psicoterapia familiar | X |
| Psicoterapia individual | |

Derivaciones a otros centros de tratamiento y rehabilitación

| | |
|----------|--|
| Si | X |
| No | |
| ¿Cuales? | Instituto de higiene, hospital Maciel, Vilardebó, Clínicas y otros. Mutualistas y secretaria nacional de drogas/programa de reinserción socio-laboral. |

Servicios que prestan

| | |
|---|--|
| Centro de documentación | |
| Capacitación a otras organizaciones o instituciones | X |
| Orientación a la familia | X |
| Asesoría legal | |
| Asistencia técnica | X |
| Asistencia psicológica a la familia | X |
| Otros | Tratamiento y rehabilitación en el uso problemático de drogas. |

Para el caso de Instituciones con internación

| | |
|---|---|
| Camas con las que cuentan | 26 |
| Ocupación de camas al momento | Todas. La demanda es enorme. |
| Personas en lista de espera por tratamiento | Por lo menos 6 o 7 en lista de espera en este momento. Estas poblaciones son fluctuantes, ni bien se va alguien entra otro usuario. |

Para el caso de Instituciones ambulatorias

| | |
|--|---|
| Número máximo de personas que la Institución puede aceptar en forma simultanea | Depende, están en diferentes fases en el tratamiento, siempre hay en la Institucion no menos de 30 personas y sus respectivos referentes (no menos de dos por persona) en régimen diurno y de internación. Puede haber un número de 10 diurnos y 26 internados. |
| Personas en tratamiento al momento | En este momento hay 36 en total. |
| Personas en lista de espera por tratamiento | Por lo menos 6 o 7 en lista de espera en este momento. Estas poblaciones son fluctuantes, ni bien se va alguien entra otro usuario. |

Capacitaciones sobre la temática de drogas

| | |
|----|---|
| Si | X |
| No | |

Niveles que se ha recibido la capacitación

| | |
|---|--|
| Directores de la Institución | X |
| Encargados de áreas relacionadas a la temática | X |
| Maestros y profesores en contacto directo con los alumnos | X |
| Personal administrativo en contacto directo con los alumnos | X |
| Otros | Los integrantes del staff técnico responsable (5) tenemos especializaciones (posgrados y maestrías). Los operadores terapéuticos, en su mayoría tienen su título o certificado de profesiones de la salud, y además cursos de acompañamiento o de operador terapéutico. En IZCALI tenemos supervisiones mensuales con ellos, y talleres de capacitación en servicio, los vamos haciendo a lo largo de todo el año. |

Modalidad de la capacitación recibida

| | |
|------------|--------------|
| Cursos | X |
| Seminarios | X |
| Talleres | X |
| Charlas | X |
| | Conferencias |

Última vez que han recibido capacitación

| | |
|-------------------------------------|---|
| Hace una semana | |
| Hace un mes | X |
| De dos a seis meses atrás | |
| Más de seis meses y menos de un año | |
| Más de un año | |

Actividades en coordinación con otras Instituciones para enfrentar dicha problemática

| | |
|----|--|
| Si | X (Somos parte de la Red Nacional de Drogas). |
| No | |

Participación en acciones de prevención del consumo de drogas

| | |
|----------------------|---|
| Si | X |
| En algunas ocasiones | |
| No | |
| No se sabe | |

ANEXO 5: Entrevista a Centro Ser LibreDatos InstitucionalesInstitución: Ser LibreLocalidad: CentroTeléfono: 2900 18 76Dirección: Río Branco 1548E-mail: serlibre@serlibre.org.uyWeb:www.serlibre.org.uyFecha: 15 de Julio del 2016Hora de comienzo: 12:05 hsHora de finalización: 12:40 hsCaracterísticas generales de la Institución

| | |
|-------------|-------------|
| Público | |
| Privado | X |
| Ambulatorio | X |
| Residencial | |
| Mixto | |
| Otros | Es una ONG. |

Costo del tratamiento

| | |
|---|---|
| Gratuito | |
| Con costo a cargo del mismo o su familia | X |
| Con costo a cargo de una Institución por convenio | |
| Otros | |

Tipo de abordaje de la Institución

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Abstinencia total | X En caso de adicciones |
| Reducción del daño | X En caso de no adictos |
| Desintoxicación médica | |
| Asesoría legal | |
| Psicoterapia grupal | |
| Psicoterapia familiar | X |
| Psicoterapia individual | X |
| Otros | Con apoyo de grupos de auto ayuda. |

Derivaciones a otros centros de tratamiento y rehabilitación

| | |
|----------|--|
| Si | X |
| No | |
| ¿Cuales? | Centros de internación y centros psiquiátricos donde tengan afinidad en el método de abordaje. |

Servicios que prestan

| | |
|---|---|
| Centro de documentación | |
| Capacitación a otras organizaciones o instituciones | |
| Orientación a la familia | X |
| Asesoría legal | |
| Asistencia técnica | X |
| Asistencia psicológica a la familia | X |
| Otros | |

Para el caso de Instituciones ambulatorias

| | |
|--|------------------------|
| Número máximo de personas que la Institución puede aceptar en forma simultanea | 50 |
| Personas en tratamiento al momento | 30 |
| Personas en lista de espera por tratamiento | No hay en este momento |

Capacitaciones sobre la temática de drogas

| | |
|----|---|
| Si | X |
| No | |

Niveles que se ha recibido la capacitación

| | |
|---|--|
| Directores de la Institución | X |
| Encargados de áreas relacionadas a la temática | X |
| Maestros y profesores en contacto directo con los alumnos | X |
| Personal administrativo en contacto directo con los alumnos | X |
| Otros | Todo el personal se ha formado en diferentes áreas, nacional e internacionalmente. |

Modalidad de la capacitación recibida

| | |
|------------|--|
| Cursos | X |
| Seminarios | |
| Talleres | X |
| Charlas | X |
| Otros | Entrenamientos, capacitaciones, congresos. |

Última vez que han recibido capacitación

| | |
|-------------------------------------|---|
| Hace una semana | |
| Hace un mes | |
| De dos a seis meses atrás | |
| Más de seis meses y menos de un año | |
| Más de un año | |
| Otros | Continuamente, todos los años tenemos algo. La formación es algo fundamental en esta Institución. |

Actividades en coordinación con otras Instituciones para enfrentar dicha problemática

| | |
|----|---|
| Si | X Tenemos algunos espacios de red con otras instituciones, con Betania por ejemplo, en Argentina tenemos algunas Instituciones amigas que también trabajamos en conjunto. |
| No | |

Participación en acciones de prevención del consumo de drogas

| | |
|----------------------|---|
| Si | Poco, a veces somos convocados de Instituciones educativas, deportivas o empresas por problemas con el personal o con talleres educativos. |
| En algunas ocasiones | |
| No | |
| No se sabe | |

ANEXO 6: Entrevista a Informante calificado

Fecha: 22 de Julio de 2016

Hora de comienzo: 18:30 hs

Hora de finalización: 18:45 hs

1- Profesión y cargo

Licenciada en Psicología / Operadora terapéutica en Adicciones.

2- ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en tratamiento a consumidores de drogas?

3 años

3- ¿Trabaja o trabajó en algún centro de drogas? ¿Cuál/es?

Crea vida, centro de internación y tratamiento UNITRA y pacientes particulares.

4- ¿Qué tipos de drogas consumen quienes ingresan en rehabilitación?

Policonsumidores (pbc / cc / thc / oh /etc.)

5- ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Respeto por los derechos humanos de los usuarios, perspectiva de género, capacitación específica de los técnicos.

6- ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Fundamental, en todas las modalidades de tratamiento (internación, ambulatorio, etc.). Salud como concepto amplio, modo de re aprender nuevas conductas alternativas al consumo, ampliar la red vincular del usuario.

Es un tema tremendamente amplio y yo no puedo pensar un tratamiento que no incluya la Ed.Física.

7- ¿Cree que ésta pueda incentivar a ocupar los tiempos libres en actividades positivas para sí mismos?

Este es uno de los objetivos de los tratamientos y la actividad física es ideal en ese sentido.

8- ¿Qué beneficios puede tener la actividad física dentro del tratamiento de rehabilitación?

Los ya mencionados y en modalidad internación aún más ya que descomprime el encierro, recreación, generar autoconfianza, validar capacidades, ayuda a controlar la abstinencia (fisura) etc.

9- ¿Por qué cree que en los centros de tratamiento en Uruguay no se integra la actividad física como parte de la rehabilitación?

Creo que en Uruguayno se da la debida importancia a la actividad física en general. También pienso que se ve el “curarse“ como algo “serio” donde la recreación es perder tiempo. Si por mí fuera haría obligatorio el deporte en los tratamientos.

Es importante tener en cuenta las características específicas de esta población para hacer deporte cuando están en tratamiento. Ej.: la medicación que toman, el estado de salud francamente deteriorado, muchos, la mayoría son tabaquistas etc. Otros tienen limitaciones en la movilidad de miembros superiores por auto lesiones (cortes).

Otra variable son los trastornos de personalidad asociados a la gran mayoría de los consumidores, generalmente personalidades grupo B: Patología Dual o Comorbilidad. Te digo esto pues si los pones por ejemplo a competir igual terminan en batalla.

Otra variable es la situación legal en la cual están durante el tratamiento, algunos no pueden salir de los centros etc., están con tobillera por violencia.

En fin son muchas más las variables por lo cual creo indispensable que los profes tengan una capacitación específica en esta población que es muy muy basta. No se puede caer en el estereotipo del consumidor pues en un gran error y limita la intervención y el éxito de la misma.

ANEXO 7: Entrevista a Informante calificado

Fecha: 8 de Noviembre de 2016

Hora de comienzo: 14:30 hs

Hora de finalización: 14:43 hs

1. Profesión y cargo

Terapeuta en adicciones y acompañante de adictos

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en tratamiento a consumidores de drogas?

6 años

3. ¿Trabaja en algún centro de drogas? ¿Cuál/es?

Actualmente no. Anteriormente en Izcalí, Aconcagua y Manantiales.

4. ¿Qué tipos de drogas consumen quienes ingresan en rehabilitación?

Cocaína, marihuana, alcohol, PBC, medicamentos controlados.

5. ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Que no se discrimine a las personas en tratamiento y busquen reconectarlas consigo mismas y la sociedad. Que quienes trabajan tengan preparación y un proceso propio de crecimiento personal supervisados.

Tener un cronograma organizado adecuado con actividades productivas personalizadas y grupales con espacio psicoterapéutico personal y familiar.

Evitar el aislamiento de la persona, los límites justificados y con respeto. Trato humano y ser referente quien lo impone, el límite, pudiendo negociar y saber manejar situaciones de estrés.

6. ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Me parece fundamental, lo tomo como parte del tratamiento. La actividad física es auto cuidado, levanta la autoestima, ayuda a liberar el estrés, la ira, la euforia.

7. ¿Cree que ésta pueda incentivar a ocupar los tiempos libres en actividades positivas para sí mismos?

Si por supuesto.

8. ¿Qué beneficios puede tener la actividad física dentro del tratamiento de rehabilitación

Se aprende a manejar la frustración. Se aprenden reglas y rutinas sanas.

9. ¿Porque cree que en los centros de tratamiento en Uruguay no se integra la actividad física como parte de la rehabilitación?

En Uruguay no se le da importancia no por razones económicas necesariamente, por falta de recursos, sino por mal manejo. Casi ninguna persona (debería encuestarse) que trabaja con adictos practica ejercicios.

ANEXO 8: Entrevista a Informante calificado

Fecha: 4 de Marzo de 2016

Hora de comienzo: 12:00 hs

Hora de finalización: 12:35 hs

1. Profesión y cargo que desempeña en la Institución

Soy psicomotricista, estudié Educación física pero no me recibí. Acá soy profe de Educación física, si digo que soy psicomotricista me tendría que poner a explicarle a todos lo que eso significa, imagináte.

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en tratamiento de consumidores de drogas?

Cuando concursamos esto demoró como 2 años en abrirse, se demoró mucho. Cuando se abrió fue un concurso para todas las áreas. Hace 10 años trabajo acá.

Es muy difícil sostener un trabajo en estos lugares porque es muy complicada la población y recién ahora, el año pasado, de todos estos años que estoy trabajando acá que yo tengo materiales. No había nada, fue muy trabajoso porque lo que había se rompía y demoraban mucho en reponerlas.

Recién ahora estoy sintiendo que puedo hacer algo y sintiéndome bien personalmente, ya me quería ir porque no podía más.

3. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el lugar?

10 años, con la parte de consumo empecé acá.

4. ¿Trabaja en algún otro centro de drogas además de éste? ¿Cuál/es?

Con el tema de adicciones solo acá, después en el hospital Vilardebó en el centro diurno del hospital con personas con otro tipo de patologías, esquizofrenia, trastornos bipolares, depresivos, con un montón de otras cosas que también pueden tener algún tipo de consumo a veces, pero si están allá es con ese tipo de patologías principalmente. Acá es al revés, consumidores y algunos con otras patologías también.

5. ¿De qué manera dan a conocer el centro?

Tienen página web, hacen campañas, folletería, radio, llaman a consultar porque hay todo un servicio de atención telefónica acá. Eso está bien cubierto, no lo tengo muy claro yo pero lo preguntas en dirección.

6. ¿Qué tipos de drogas consumen quienes ingresan en rehabilitación?

Bueno acá principalmente pasta base, alcohol, marihuana. Ellos mezclan mucho, ninguno entra solo por marihuana, es eso más pasta base, cocaína algunos. Heroína uno solo, no mucho. Pastillas, algún tipo de psicofármaco.

7. ¿Cuántos pacientes hay actualmente en el centro?

Depende porque acá hay camas de internación en el residencial, son veinti algo. No sé decirte bien porque yo no trabajo con todos, muchos recién ingresan y no están como para hacer actividad física. Tienen 48 hs desde que entran para adaptarse al lugar y a las actividades que tienen que hacer.

8. ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Bueno, ser interdisciplinario, en esta institución hay de todas las áreas, desde técnicos y toxicólogos a internistas, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores sociales, licenciados, talleristas, enfermeros, ósea es mucha gente la que trabaja acá y de muchísimas áreas, me debo de haber olvidado de alguna también.

9. ¿Es obligatorio realizar las actividades?

Forma parte del tratamiento, no pueden decir “esto no lo hago porque no tengo ganas”. Inventan enfermedades, son muy mentirosos y muy manipuladores, yo les digo que tengo un detector de mentiras, te hablo de gente grande, saco una pelota y sabes cómo se les va todo. Te manipulan mal, vienen y te mienten así.

10. ¿Cuántos pacientes realizan actividad física?

A mí no me gusta trabajar con grupos muy grandes, hay gente adulta y menores, se trabaja todos juntos. Siempre tengo diez algo, un número manejable. No es una clase común, esto es diferente, tenés que buscar que el que no quiere hacer nada y no puede hacer nada por lo menos lo intente.

Este que tengo ahora es un grupo lindo, hoy habían 12 o 13, habían muchos de paseo, algunos viendo a sus familias y eso. Trato de no forzar a tener grupos muy grandes porque es demasiado el esfuerzo. Hay que corregir mucho, posiciones, posturas, todo.

11. ¿Cómo se inserta la actividad física en el tratamiento/rehabilitación?

a. Objetivos.

Mi objetivo general es lograr que participen y puedan empezar y terminar con una actividad. Igual que esté haciendo parte de la clase, porque a veces no logras que tengan la constancia, pero que intenten hacer algo. Algunos se quedan trancados y no aceptan ni siquiera ir al lugar. Pero como es medio obligatorio no tienen opción.

Además del residencial hay otro programa que es el centro diurno que ahí pueden estar un tiempo más prolongado porque son externos. En los dos tienen actividad física, yo trabajo con los dos programas. No trabajo en ambulatorio, ellos vienen a policlínica y no están en los programas.

Me planteo también objetivos puntuales del día o de la semana. Depende el grupo veo si puedo hacer un campeonato de algo, que a ellos les encanta, pero no es lo que más hago.

De mañana entro a enfermería a ver como están, tienen un grupo de apertura del día y en función de ese grupo, si no pasaron cosas, planifico un programa. Sé que es lo que me sirve y que no. Si veo que están muertos no puedo hacer un trabajo aeróbico porque para ellos es lo más detestable, es la falencia más grande que tienen. Sí planteo otra cosa más distendida, con colchonetas.

Es difícil que tenga una planificación fija, a veces vengo y tengo que cambiar todo. Si el grupo es muy chato tengo que levantarlo con materiales.

Les pongo música siempre, sino el movimiento queda muy pobre. Con la música se aflojan de otra manera pero tengo muy en cuenta la letra de la canción, no pongo temas de vino y drogas. Reggaetón no pongo.

Tengo que organizar ese día en relación a la población que tengo y a como están, porque la medicación que les dan es complicada a veces. Ellos están un día bien, le cambian la medicación y ya cambian. Medicación que está bien, que necesitan pero que tienen un impacto.

b. Frecuencia.

Yo trabajo 2 veces por semana y una vez con el centro diurno, hay días que estoy más de 1 hora, es difícil sostener, pero yo trato de hacerlo 1 hora de 60 minutos, y si logro 1 hora 20 con la parte deportiva me siento bien, pero cuesta mucho, todo lo que es mantener un esfuerzo les cuesta.

c. Metodologías y actividades utilizadas.

Nosotros lo llamamos espacio psicofísico, ahora tenemos a una compañera que trabaja en el espacio armónico de Graciela Figueroa, que es una bailarina y hace todo unas técnicas de biodanza, ella da clases de yoga, está en comisión acá, viene de otro ministerio y empezó hace 2 meses por ahí.

Hoy se reintegró por el CODICEN una profesora que da danza. Hace tipo zumba, bailes así.

Tuvimos hace mucho tiempo una profesora que los llevaba a natación pero ahora ya no. Hay también chi-kung, una técnica tipo oriental.

Después estoy yo que yo me dedico principalmente a trabajar, como los demás trabajan expresión, acondicionamiento físico básico, muy sencillo en su planificación porque la población de acá tiene muy poca formación corporal, no han pasado por

actividad física. Hay poco conocimiento de lo que son las habilidades físicas, sacando el fútbol y el boxeo.

La mayoría de acá son varones, vienen con problemas de alimentación, bajo peso, tiene otra carga. Siempre digo acá es como resucitar cuerpos.

En el residencial tienen un periodo de internación donde tienen una etapa de desintoxicación y adherencia a los tratamientos. Voluntariamente, siempre los que están acá son voluntarios, menos los menores.

Yo tengo grupos abiertos todo el tiempo, ingresa gente recién internada, y por eso no puedo hacer un programa de 1 mes con el mismo grupo. Acá siempre estoy con gente nueva, que entra y que sale.

Si un día puedo hacer en aparatos lo hago. Si puedo trabajar lo postural también lo hago, veo si trabajo coordinación, equilibrio, lo pre deportivo. Yo no hago fútbol porque me da un poco de descontrol, se lastiman y después no los tengo en la clase por dos semanas porque por una patada les duele y ya no participan. El futbol tenis sí. El contacto lo evito, ellos tienen poco manejo de lo corporal.

Handball no hago, porque tiene muchas reglas, volleyball si porque me resulta muy fácil, le pueden pegar y no es de contacto. Básquetbol juegan, al 21 y eso sí. Destrezas gimnásticas hacemos algunas, rolar, volteretas, mucho no. Cosas de riesgo no. Protestan porque tengo pocas cargas, tengo mancuernas con 2 kg, tobilleras de 5 kg y los aparatos con su propio peso. "Esto no es un espacio para hacer musculación" les digo y me terminan dando la razón, después no pueden ni con los 2 kg.

Tengo muchos lesionados también, problemas de hombros, lesiones de bala, puntadas, abiertos. Es población con muchos que provienen de cárceles también, población judicial. Sumale a todo eso el efecto de la droga.

Hago circuitos, trabajo en parejas, no les gusta mucho el contacto físico y si hay mucho contacto físico también se complica porque son grupos mixtos, ellos no pueden tener novios acá, se tienen que concentrar en su tratamiento, tampoco los voy a hacer ponerse en parejas para que hagan trabajos juntos, siempre tengo un objeto mediador.

d. Infraestructura. Materiales.

En el centro diurno los llevo a la plaza que tienen pasto y juegan al futbol, a la primera que veo una patada desleal suspendo la actividad, ellos la cuidan.

Utilizo todos los espacios, depende el clima, gimnasio, ahí afuera. Con ellos puedo salir, pedir permiso, pero recién están internados y no los voy a hacer salir para ver el afuera. Muchos del centro residencial después pasan al centro diurno, no los voy a hacer ir

a la plaza que ven cosas tiradas y otros que están en la plaza, “ellos adentro y yo afuera”, no.

Se compraron materiales de muy mala calidad, que ya tengo la mayoría rotos en realidad, pero tengo algo. Tengo cuerdas, tobilleras, bandas, parlantes que están buenos. Hicieron la cancha de futbol tenis, aparatos que los trajo el programa de salud cardiovascular.

Me gustaría mejorar lo que es de aparatos, que los donaron pero son muy viejos, 2 elípticas que por lo menos se trepan y hacen un poco.

El director dono un espaldar que tenía y también tengo colchonetas y conitos para delimitar.

Tengo pelotas de pilates también que las usa más la profe de yoga porque a mí me da mucha pereza, hay que inflarlas y desinflarlas cada vez que se las va a usar porque no hay lugar para guardarlas.

e. Resultados en los pacientes.

Es inmediato el cambio de humor, de la actitud con el tema de las endorfinas, yo siempre se los digo para que ellos sepan que lo pueden utilizar como un recurso, cuando están muy bajoneados que busquen hacer algo que les guste. Lo están experimentando ahora, tienen que tener la voluntad de hacerlo, acá siempre los estamos llevando, es lo más complicado contar con la voluntad.

12. ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Ahora un poco más, costaba, pienso que es poca la frecuencia, tendríamos que tener 1 vez más pero como tienen otras actividades está bien.

Hay que ponerse también en el lugar del técnico, es bastante frustrante a veces, discriminan mucho si los movimientos son para mujeres o para hombres. Cuesta y si vos no estás bien te tira, tenés que estar fuerte, si te ven con un poco de debilidad ya se dan cuenta. No trabajo sola, trabajo con gente de enfermería porque piden para ir al baño, se quieren ir.

A veces no quieren ponerse los championes, ni atarse los cordones o vienen de jean, “bueno hacen igual así” les digo.

13. ¿Por qué cree que en la mayoría de centros de Uruguay no se integra la actividad física como parte del tratamiento/rehabilitación?

Porque es un error, como siempre. La psiquis y lo físico. Es un error muy grave porque el cuerpo también se enferma. El cuerpo dice mucho y tiene que ser integrado. No

podemos pensar en este tipo de problemáticas como si fuese solo lo psicofarmacológico, acá se entiende pero no estaban los recursos. Costó muchísimo.

ANEXO 9: Entrevista a Informante calificado

Fecha: 29 de Febrero de 2016

Hora de comienzo: 15:30 hs

Hora de finalización: 15:50 hs

1. Profesión y cargo que desempeña en la Institución

Acá en la parte de internación estoy como profesor de educación física y como coordinador general en la parte de ambulatorio

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en tratamiento de consumidores de drogas?

11 años

3. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el lugar?

9 años, desde que abrió

4. ¿Trabaja en algún otro centro de drogas además de éste? ¿Cuál/es?

No, en el ambulatorio te diría porque hace 2 años que vinimos con el ambulatorio para acá. El ambulatorio lo fundamos con otros directores de Aconcagua e independiente, y nos acoplamos al funcionamiento de Aconcagua como otra metodología más.

El ambulatorio es un tratamiento de 4 horas al día, de lunes a viernes, de día y de noche, de 8:30 a 12:30 y el otro de 18:00 a 22:00. Se trata de potenciar la parte terapéutica de lo grupal porque eran solo 4 horas.

Cuando la persona necesita estar internada es porque necesita estar aislada de su entorno en general y por sobre todas las cosas aislados del consumo.

5. ¿De qué manera dan a conocer el centro?

Hay página web, hay folletos, por medio de la radio y después el boca a boca es fundamental y sobre todas las cosas también el vínculo con la mutualista.

Las mutualistas tienen que estar si o si vinculadas a un centro de rehabilitación por ley.

6. ¿Con cuántos pacientes en rehabilitación cuenta el centro?

Hoy yo te diría alrededor de 70 personas, entre el ambulatorio y los dos centros de internación.

7. ¿Qué tipos de drogas consumen quienes ingresan en rehabilitación?

Tenés desde alcohol, cocaína, pasta base, psicofármacos. Hoy mayormente es policonsumo. El que está más que nada aislado es el alcohólico, que muchas veces se da que viene una persona de mayor edad y esta solo por alcohol. Según, si es mujer puede

ser que venga con un policonsumo con psicofármacos pero hoy el que consume cocaína también consume marihuana, también consume alcohol seguro.

8. ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Honestidad y compromiso.

9. ¿Cuáles son las características generales del tratamiento que se aplica en este centro?

Lo cognitivo-conductual, trabajo en base a lo que vivió la persona, y analizar hechos.

Tener contacto con personas ya rehabilitadas motiva mucho y son pilares de referencia. Se marcan un objetivo mucho más claro y lo logran visualizar.

10. ¿Cuántos pacientes realizan actividad física?

En si son casi todos, yo te diría el 80% de la comunidad porque capaz que te viene alguno con alguna nana o alguna hernia de disco, cosas por fuera.

11. ¿Cómo se inserta la actividad física en el tratamiento/rehabilitación?

a. Objetivos.

La actividad física es un complemento a lo terapéutico, es un área que está vinculada totalmente con el cuerpo. Acordate que los que vienen acá vienen sin cuidarse, sin alimentarse, sin realizar actividad física.

El hecho es buscar justamente, levantar esa autoestima, la baja tolerancia a la frustración. Todos esos son objetivos que en si por medio de actividades físicas o corporales de movimiento, sean de competencia o de integración o lo que fuese se trabaja, porque yo también lo que genero después es un espacio de cierre de lo que fue la actividad, para que ellos logren vincular lo que hicieron con lo que están viviendo hoy o lo que han estado viviendo en este último tiempo.

Y tiene mucho que ver porque como sabes en la actividad física sale a la luz la verdadera persona de uno. Por ejemplo lo que es jugar, ellos logran romper con el personaje y se vinculan directamente con la persona que son. Motiva a flor de piel, de frustrarse porque les sacan la pelota y no querer perder. A veces no es solamente no perder sino tampoco saber ganar, entonces todos esos impulsos se trabajan y mucho.

Trabajo también deportes y sé que rugby no puedo hacerlo. Lo que es contacto físico puro lo evito directamente. He logrado con el tiempo trabajar sobre un límite sin pasar determinadas barreras, no podemos jugar tan al límite. Se logró estructurar eso, ver qué tipo de fútbol podemos jugar acá y eso costó, fue mucho tiempo, pero ya después que se agarró se pudo. Siempre hay internos que son referentes, que llevan más tiempo y que te ayudan también a moldear a los nuevos.

Si veo que una actividad no sirve o no se puede hacer la corto y en si yo les digo que no amenazo, que aviso, y si pasa esto, esto y esto se vuelve para la casa, si pasan este tipo de cosas las resolvemos pero este otro tipo de cosas no pueden pasar. En el momento que pasa eso, la primera vez, volvemos.

b. Frecuencia.

1 hora semanal de educación física. Tienen también psicodrama que está vinculado también con el cuerpo, tienen yoga. Tienen distintas actividades.

c. Metodologías y actividades utilizadas.

No lo hacen por obligación. Ellos se comprometen desde el momento en el que entran, a realizar todas las actividades. Obviamente que si tienen alguna dificultad no se los va a obligar porque la idea es cuidar a la persona.

Dentro de metodología, hago siempre acá adentro mando directo, totalmente. Por falta de materiales no puedo hacer muchas más cosas.

d. Etapa del tratamiento/rehabilitación.

Hacen actividades físicas sobre todo en las primeras etapas, cuando están internados y después en la etapa que están diurnos, de 8 a 18, todo el día.

Ellos van progresando y se van bajando los días, ellos ya no necesitan tanto a la institución sino que los acompañamos en la toma de decisiones. Al principio si hay que contenerlos y se evalúa como van evolucionando frente a las adversidades y los logros.

e. Infraestructura. Materiales.

Yo estoy limitado a la imaginación y al espacio físico. Lo hago acá sin materiales, trabajo de a dos o de a uno y cuando salimos trabajo toda la parte recreacional más que nada. Cuando salimos vamos acá a la playa. Hoy el material con el que puedo contar es una pelota.

f. Actividades.

Intento de hacer un muestreo de lo que ellos pueden llegar a hacer en el día a día, porque la misma clase la puede hacer desde un chiquilín de 14 años hasta un adulto mayor de 65. El tema es como cada uno va regulando la intensidad y obviamente la dificultad de cada ejercicio. Yo amoldo el ejercicio a la necesidad de la persona, porque la idea es que todos participen.

Acá adentro hago toda la parte física de formación corporal y en las salidas mucho más recreativa. Cuando son muchos intento que trabajen de a dos, por lo que te decía, por el cuidado por el otro, saber hasta dónde va, compañerismo, etc. Se inculcan un montón de valores de manera oculta, pero después cuando se hace el cierre de la clase se trae a la vista todas las cosas que hicieron ellos y eso está bueno.

g. Resultados en los pacientes.

No tengo ningún tipo de problemas con ellos, como te digo, las cosas son claras desde un principio. Si vos sos honesto y trabajas con ellos de manera directa y manejas bien ellos saben que, te van a medir ni que hablar, pero en ese momento les marcas el límite y ya está.

12. ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Es una de las tantas patas que tiene el área del cuerpo. Es un complemento.

13. ¿Por qué cree que en los centros de Uruguay no se integra la actividad física como parte del tratamiento/rehabilitación?

Porque faltan docentes capacitados para eso. Que se animen a trabajar con este tipo de población.

Justamente no se logra tener un profe fijo, es un tema de prejuicio. No tiene diferencia trabajar acá que con un nivel 4 o nivel 2 y 3 juntos.

Son tantas las actividades que tienen los chiquilines que es poco el tiempo que se le dedica y estaría bueno darle mucho más.

Para mi es excelente esto que estás haciendo, tocale ficha porque está bueno y no hay nada, ahí está la falencia. Esto que estás haciendo vos va a quedar y ahí hay un registro y un precedente que queda. Una persona que arranque una tesis con esto, para asesorarse va a leer la tuya, no hay estudios sobre esto y si hay, hay poco. Es importantísimo y hay que difundirlo.

ANEXO 10: Entrevista a Informante calificado

Fecha: 1 de Marzo de 2016

Hora de comienzo: 9:40 hs

Hora de finalización: 10:00 hs

1. Profesión y cargo que desempeña en la Institución

Licenciada en Enfermería y Psicomotricista. Especialista en fármaco dependencia con Mención en tratamiento y rehabilitación.

Cargo: Staff técnico responsable con funciones de Coordinadora Terapéutica. Soy fundadora de IZCALI (1996).

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en tratamiento de consumidores de drogas?

Desde el año 89, 27 años. Empecé en el exterior (Suecia) a trabajar con adictos a drogas con trastornos psiquiátricos, así que alrededor de 30 años.

3. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el lugar?

En IZCALI desde su fundación en 1996, cumplimos 20 años en octubre del 2016.

4. ¿Trabaja en algún otro centro de drogas además de éste? ¿Cuál/es?

No

5. ¿De qué manera dan a conocer el centro?

Tenemos una página web www.izcali.com.uy. Luego de tantos años ya nos conoce mucha gente, tenemos además relaciones con todas las mutualistas y con muchos servicios de ASSE.

6. ¿Qué tipos de drogas consumen quienes ingresan en rehabilitación?

Todo tipo de drogas. En general hay poli consumo, pero siempre una droga problema predomina. En los usuarios que hay más posibilidades de decir que consumen una droga y poca otra cosa, es en los adictos a pasta base de cocaína, que entran en un circuito en donde las demás drogas van desapareciendo, aunque siempre algo de alcohol y marihuana también consumen.

Se mantiene la prevalencia del alcohol como droga más consumida.

7. ¿Cuáles son los pilares que debe tener un tratamiento para ser eficaz?

Un buen equipo de trabajo, que trabaje de forma amalgamada, cómodo, que esté realmente muy formado y capacitado en el área y que haga acuerdo con la metodología de trabajo de la institución y la practique. Que se respeten los principios bio éticos que rigen la atención a la salud.

8. ¿Cuántos pacientes realizan actividad física?

Todos. Forma parte del programa terapéutico, tienen que participar en todas las actividades.

Si hay una persona que tiene un problema de orden físico, se tratará de que la vea el médico e indique que puede o no puede hacer, pero es requisito del programa que participen en todas las actividades terapéuticas.

9. ¿Cómo se inserta la actividad física en el tratamiento/rehabilitación?

a. Objetivos.

Acompañar todo el proceso terapéutico. Promover el desarrollo de la capacidad de auto conocerse a nivel del cuerpo, recuperar y facilitar la capacidad de percepción, reconocimiento de sensaciones y emociones, identificando en profundidad cómo se sienten corporalmente cuando se desintoxican y están en abstinencia. Desarrollar la capacidad de expresarse y comunicarse a través del cuerpo de forma clara, personal y efectiva.

Entender vivencialmente que las drogas centran toda su acción en el cuerpo, los efectos son a nivel del cuerpo como unidad psicosomática. Trabajar sobre disfrutar de una actividad sin drogas, sin algo externo que genere tal o cual estado. Sentir y potenciar que el cuerpo –ellos mismos- vuelven a estar en condiciones de hacer cosas, de trabajar, estudiar, disfrutar de un día de sol y de la compañía de amigos y familiares, de salir a correr, jugar un partido, hacer una relajación, reapropiándose de todas las dimensiones que involucra lo corporal en el hoy y aquí de cada uno.

b. Frecuencia.

Una vez por semana, una hora para cada taller con las diferentes actividades.

c. Metodologías y actividades utilizadas.

Biodanza, Educación física, Psicomotricidad terapéutica, Psicodrama Terapéutico.

d. Infraestructura. Materiales.

Tienen un gimnasio, pueden hacer actividades en el salón grande multifuncional y también salir a los espacios en la rambla (canchas, aparatos, caminatas).

e. Resultados en los pacientes.

Después de los talleres donde se involucra al cuerpo con mayor énfasis, se nota que aparece la calma, si bien algunas veces quedan muy activados, quedan activados en el buen sentido, más alegres, con más energía. Libera endorfinas y organiza la energía de forma más armónica, son actividades muy importantes.

10. ¿Qué importancia le asigna a la actividad física dentro del programa de tratamiento/rehabilitación? ¿Por qué?

Fundamental, imprescindible. Diría que de las actividades, nosotros priorizamos el componente corporal por excelencia. Cuando ingresan al tratamiento partimos de un cuerpo avasallado, agredido, deteriorado, algunos usuarios tienen daños irreparables fruto de su carrera adictiva que comprometen toda su vida.

11. ¿Por qué cree que en la mayoría de centros de Uruguay no se integra la actividad física como parte del tratamiento/rehabilitación?

Me llama mucho la atención. Todos los tratamientos deberían tener algún tipo de abordaje desde lo corporal. Es también una realidad que es muy difícil conseguir profesionales de Educación física para trabajar en nuestros centros, nosotros hemos tenido varios períodos sin Profesor de Educación física.

ANEXO 11: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 18 años

Fecha: 4 de Abril de 2017

Hora de comienzo: 11:00 hs

Hora de finalización: 11:10 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
10 meses.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubo actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Sí, jugábamos al fútbol. Teníamos biodanza.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
Sí, basquetbol
5. ¿Pensas que la actividad física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Sí, ayuda a pensar, entretenernos, sentirnos mejor con nosotros mismos.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
Sí porque libera el estrés, la euforia, no tenés ocio.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Sí porque me hace concentrarme en el presente teniendo nuevos objetivos.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Sí, me ayuda a combatir la rutina, integrarme en nuevos grupos de personas con intereses compartidos.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí, todo tipo de actividades, desde estar en el gimnasio hasta en fútbol con amigos.

ANEXO 12: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 29 años

Fecha: 6 de Octubre de 2016

Hora de comienzo: 13:30 hs

Hora de finalización: 13:40 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
1 año y 11 días.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Sí, fútbol, natación y aparatos.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí para desintoxicarse. Aumenta la liberación de reserva de las sustancias en el organismo, me canso y mantengo la mente ocupada. Aumenta mi autoestima frente a los cambios físicos y emocionales. Comienzo nuevos hábitos con más salud.
Cuando juego al fútbol trabajo mis defectos de carácter y competencia.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
No por falta de tiempo.
5. ¿Pensas que la educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Sí.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
Sí porque me mantengo ocupado, con mejor autoestima cuido mi salud.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Sí porque ves que poder hacer cosas sin consumir.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Sí porque cambian el entorno, conoces nuevas personas, con otras costumbres.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí y para alejarse de los play, celulares y el pensar en los anteriores hábitos.

ANEXO 13: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 20 años

Fecha: 3 de Noviembre de 2016

Hora de comienzo: 15:20 hs

Hora de finalización: 15:30 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
Hace 4 años.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Sí, 4 veces por semana futbol.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
No.
5. ¿Pensas que la educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Sí, físicos. Al verse bien emocionalmente te sentís mejor, me aumenta la autoestima. Algunas disciplinas pueden canalizar y relajar estados de ánimo.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
Puede ayudar pero no solamente con educación física.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Sí porque generan una rutina, comes más sano, te despertás más temprano y dormís mejor.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Sí porque es un favorecedor en cuanto a la integración de nuevos grupos sociales y el abandono de los viejos entornos problemáticos.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí por eso.

ANEXO 14: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 46 años

Fecha: 15 de Noviembre de 2016

Hora de comienzo: 9:00 hs

Hora de finalización: 9:05 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
19 años.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
En los tiempos libres jugábamos al futbol o hacíamos fierros.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí, me gustaba hacer pesas, me quedaba concentrado en eso.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
No porque estoy viejo y no tengo tiempo.
5. ¿Pensas que la educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Si, siendo guiada y con objetivos específicos.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
No estoy seguro. Quien quiera consumir lo va a hacer haciendo gym igual.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
En cuanto a cumplir una rutina, mejorar la alimentación, dormir mejor post ejercicio.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Si, se puede conocer un nuevo grupo de gente y despertar nuevos intereses.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí, sobre todo el exceso de tiempo libre. Ayuda pero no lo es todo.

ANEXO 15: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 27 años

Fecha: 9 de Marzo de 2017

Hora de comienzo: 10:00 hs

Hora de finalización: 10:08 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
Hace 7 años.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Sí, futbol aparatos, correr. Educación física había.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí, me calmaba la ansiedad y me desgastaban por estar muy sedentario.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
Si juego al futbol y boxeo.
5. ¿Pensas que la educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Sí, esta estudiado que nos ayuda en lo físico, mental y emocional.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No aunque podría ser malo hacerlo en exceso. Me haría adicto al deporte.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
No creo que tenga mucho que ver.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Puede ayudar a cambiar el ocio por algo productivo que es hacer deporte.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Si vas a un club o un gym donde te vinculas con gente sana sí. Vínculos sanos y nuevos grupos de pertenencia.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí, totalmente de acuerdo.

ANEXO 16: Entrevista a usuario

Sexo: Femenino

Edad: 22 años

Fecha: 14 de Marzo de 2017

Hora de comienzo: 17:00 hs

Hora de finalización: 17:07 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
Hace 4 años y medio.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Había pesas y una bicicleta fija.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
No porque no tengo tiempo, pero me gustaría.
5. ¿Pensas que la educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Sin duda. Sube la autoestima, baja la euforia, el cuerpo se purifica.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
No creo que tenga que ver.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Ayuda a reinsertarse y comenzar a tener una meta.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Sí.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí.

ANEXO 17: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 23

Fecha: 3 de Octubre de 2016

Hora de comienzo: 12:30 hs

Hora de finalización: 12:40 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
Hace 11 meses y 10 días.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Sí, fútbol y musculación.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Sí.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
No, al trabajar una semana si y una semana no me es difícil generarme tiempo como para hacerme una rutina de actividad física.
5. ¿Pensas que la educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Sí, sin duda.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
Sí, creo que practicar deportes aumenta la autoestima y eso favorece la recuperación.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Sí.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Sí, sobre todo las actividades o deportes en equipo.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Sí.

ANEXO 18: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 28 años

Fecha: 19 de Abril de 2017

Hora de comienzo: 16:15 hs

Hora de finalización: 16:35 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?

Hace 2 años que no consumo drogas.

2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?

No estuve internado pero en la iglesia si hay actividades, hay voleibol, futbol y es genial.

3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?

Si obvio que te beneficia porque tenés la cabeza ocupada y el tiempo ocupado. Te rodeas de un grupo de amigos diferente al que tenías cuando consumís drogas, te beneficia muchísimo.

4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?

Si, hago futbol, voleibol, salgo a correr y hago un poco de ejercicios con pesas, poco pero hago. Hago siempre en la semana actividad física y deportiva.

5. ¿Pensas que la Educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?

Si claro que sí, obviamente. Al hacer deporte uno se siente mucho mejor con uno mismo, despeja la mente, tiene que hacer uso de su mente para estar pensando en el deporte. Los deportes en general requieren que estés pensando, como el futbol y vóley. Físico obviamente que también porque la droga te deteriora físicamente y el deporte te deja mejor. Genera cambios muy importantes, hacer deporte es salud.

En el tema emocional o psicológico hay cambios muy grandes porque el cuerpo cuando hace deporte genera endorfinas y no sé qué sustancias más que generan alegría y uno se siente mucho mejor y también ayuda a eliminar lo toxico que las drogas provocaron en el cuerpo, a través del sudor etc. Psicológicamente ni que hablar, uno se siente mucho mejor con uno mismo y puede hacer deporte más adecuadamente como uno quiere porque cuando uno consume drogas no está al nivel que a uno le gustaría estar, en cambio cuando estas saludable puedes hacer lo que realmente querés.

6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?

No, todo lo contrario, al revés.

7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?

Si por supuesto porque uno mantiene la mente ocupada y ya se trazan metas en el cual a uno, en mi caso, yo juego en un cuadro que hay que pelear la titularidad toda la semana en las prácticas y si uno quiere ser titular el fin de semana tiene que rendir de lunes a viernes en las prácticas y si uno está envuelto en las adicciones es muy difícil rendir al 100%. Eso contrarresta nuestra aptitud física, las adicciones, así que si ayuda mucho a prevenir la recaída porque también genera cansancio y cuando llegas a tu casa lo único que quieres es comer y acostarte a dormir. Previene la recaída en un montón de aspectos.

8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?

Si obvio, ayuda a mejorar los hábitos ni que hablar porque la droga te pone en un círculo vicioso de personas que por lo general tienden a tener malos hábitos y uno se contagia un poco de eso. El hacer deporte es bueno por cualquier lado que lo mires.

9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?

Si por supuesto que sí. Uno se siente mucho mejor con uno mismo, y si uno no está bien consigo no puede estar bien con los demás.

Es muy beneficioso para esto y dejar las drogas y estar haciendo deporte cambia la manera de pensar de uno y uno trata de hacer las cosas bien y las puertas se empiezan a abrir. Uno siendo adicto a las drogas se le cierran muchas puertas y la sociedad te excluye un poco, con razón.

10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?

Si es una forma de evadirlo o recaer. Mantener el tiempo en algo productivo, aparte uno llega del trabajo y llega con energía y apuntas para la esquina o para el círculo de amigos o conocidos con los que compartías las adicciones y conversaciones no productivas. Entonces siempre estas como en ese mismo círculo y el hacer deporte y ocuparlo en algo sano y bueno para la salud y mantener la cabeza ocupada. El deporte es un pilar que yo agarre para salir adelante.

ANEXO 19: Entrevista a usuario

Sexo: Femenino

Edad: 61 años

Fecha: 3 de Octubre de 2016

Hora de comienzo: 12:45 hs

Hora de finalización: 12:50 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?
Hace 6 meses y medio.
2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubo actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
Laborterapia.
3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?
Si estando activa y ocupada.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
No, ya estoy vieja.
5. ¿Pensas que la actividad física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Si.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No pero tengo artrosis en la 4ta vertebra así que todo lo que tenga que ver con eso.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
Entre otras sí.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Si, por el placer de la actividad, sobre todo si es en grupo por el relacionamiento.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Si.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Si.

ANEXO 20: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 23 años

Fecha: 29 de Marzo de 2017

Hora de comienzo: 16:15 hs

Hora de finalización: 16:23 hs

1. ¿Estás en abstinencia? ¿Hace cuánto tiempo?

No consumo otra droga que no sea marihuana hace 2 años, ni cocaína ni tripa ni pastillas. A veces algo de alcohol y cigarrillos pero nada más.

2. ¿En el centro donde estuviste internado/a hubo actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?

Si a veces jugábamos al fútbol y al basket.

3. ¿Te beneficia realizar actividades dentro del tratamiento de rehabilitación?

Si.

4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?

Si algún fútbol que otro.

5. ¿Pensas que la actividad física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?

Si te ayuda a entretenerte y estar mejor.

6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?

No ninguna.

7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?

Podría ayudar a distraerte en vez de agarrar para el otro lado.

8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?

Si.

9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?

Sí, conoces otra gente te moves por otros lados.

10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?

Sí.

ANEXO 21: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 57 años

Fecha: 15 de Julio de 2016

Hora de comienzo: 12:45 hs

Hora de finalización: 12:55 hs

1. ¿Cuánto tiempo hace que estas en abstinencia?
25 años casi, hace 20 que trabajo con adictos.
2. ¿En qué centro estuviste internado?
No estuve internado en ninguno.
3. ¿Hubieron actividades físicas como parte del tratamiento? ¿Cuáles?
No, no hice como parte de mi tratamiento.
4. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?
Si, juego al Basketball, juego al fútbol y hago 2 veces por semana con un profe.
5. ¿Pensas que la Educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?
Si, sin lugar a dudas.
6. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?
No, al contrario.
7. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída?
Si, primero porque te tiene ocupado, segundo porque te eleva el bienestar físico a través de las endorfinas y tercero porque las actividades físicas, sobre todo las que son sociables, te integran con otros circuitos de gente, generalmente cuando hay actividad física hay salud, entonces tiene muchos aspectos que son favorables en todo el proceso de rehabilitación.
8. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?
Si totalmente.
9. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?
Si claro por todos los aspectos que ya nombre.
10. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?
Totalmente de acuerdo.

ANEXO 22: Entrevista a usuario

Sexo: Masculino

Edad: 56 años

Fecha: 26 de Julio de 2016

Hora de comienzo: 14:10 hs

Hora de finalización: 15:00 hs

1. Profesión y cargo

Soy basquetbolista profesional retirado, y en la actualidad me dedico al periodismo, no formal sino free lance y doy charlas sobre adicción.

2. En tu libro mencionas que probaste varias drogas, ¿te consideras adicto?

No, no soy adicto. Y la definición por la cual sé que no soy un adicto es por la cual nunca, si bien consumí y consumí en forma hasta abusiva en algunas etapas, nunca fue un consumo obsesivo ni compulsivo.

Son dos de las características de la enfermedad: la obsesión y la compulsión.

Y lo otro que también me detenía era que el adicto tiene un lado autodestructivo y yo por mi propia profesión, que si tenía como un amor sin límites, tampoco permitía que me destruyera en nada. Entonces sí consumía y tenía consumos que en ciertos momentos, hasta fuera de temporada, que eran fuertes pero yo siempre tenía esa conciencia.

Es muy probable que si ahora tuviera que transitar eso de vuelta no consumiera, pero en aquel momento las cosas estaban así y ta.

3. ¿Haces algún deporte o actividad física actualmente? Si no: ¿Por qué?

Si, voy 6 veces a la semana al club. Yo lo defino como el antivirus, si no voy un día los virus empiezan a dar vueltas, a los dos días cada vez hay más virus y al tercer día los virus me tienen controlado y hacen lo que quieren (entre risas).

4. ¿Pensas que la Educación física puede generar cambios a nivel psicológico, emocional y/o físicos?

La educación física como definición de educar el movimiento, ya de por si educar se educa hasta el último día, hasta el último suspiro vamos a estar educando y aprendiendo.

Yo creo que el deporte saludable o la actividad física saludable, sin ningún tipo de duda, educar a través del movimiento le pertenece al ser humano.

De alguna forma, con los tiempos modernos ha tenido sus bajas, ahora encontramos por ejemplo que en Uruguay es como que hay mucha más gente involucrada en la actividad física, pero la actividad física y educarse es lo que hizo siempre la

humanidad ¿no? La gente se iba a cazar, se trabajó la tierra, las mujeres iban a buscar agua, todo eso era actividad física.

Igual nos volvimos más sedentarios, es como que el trabajo físico paso a hacer la gente de bajos recursos pero creo que la falta de salud mental que estamos teniendo tiene una relación directa con el mal uso de la actividad física, y como la educación a través del movimiento se encapsuló en el profe de Educación Física y en la clase de Educación Física y el ser humano era: o el movimiento cuando iban a buscar el sustento o estar sentados alrededor del fuego.

Mi experiencia propia es que me cuesta considerar tener una vida sin actividad física, y cuando me sucede eso me doy cuenta una semana después, no preciso mucho más, que empiezo a tomar malas decisiones, empiezo a pensar mal, preciso de la actividad física para sentir que estoy sano, es parte de mi día a día. Preciso alimentarme todos los días, preciso higienizarme todos los días, preciso dormir todos los días y preciso mi actividad física todos los días para que las cosas estén bien.

5. ¿Alguna actividad física perjudica tu conducta?

No, en algún momento me costó adaptarme a la pérdida de capacidades, de ser un deportista profesional y de competir en alto nivel a pasar a ser una actividad social.

Muchas veces algunas cosas que pensaba que podía hacer me generaban lesiones, y también no sé si decirlo psicológico pero de pensar: no puedo hacer esto o lo otro, entonces tuve que tener un aprendizaje, que ya lo vas realizando cuando estas en la actividad profesional porque vas perdiendo capacidades después de los treinta o treinta y poco, pero la verdad que ahora, inclusive ni me doy cuenta por el momento en el la vida en que estoy, y como secuelas que han quedado de la actividad profesional, casi todas las cosas que hago en el club son preventivas y casi ni me doy cuenta, ni sé.

Entro en calor con una bandita, hago abdominales para fortalecer toda la zona media y no tener problemas en la espalda, trato de muscularme un poco, no mucho, pero para no perder capacidad muscular, y yo no me doy cuenta pero en realidad todo lo que hago es preventivo.

6. ¿La práctica de actividades físicas podrían prevenir la recaída a las drogas?

Yo identifico dos actividades para prevenir recaídas y para salir que me parece que son muy buenas porque son con uno mismo y son cosas donde uno empieza a sanar: una es la actividad física y la otra es escribir, porque escribir como es algo sedentario tiene todo eso de introspección y tener que estructurar y pasar por pensamientos, que te pone en un lugar de auto analizarte y empezar a optar y tomar decisiones de forma más clara, sobre todo al poco tiempo de estar en abstinencia empiezas a ver las cosas con un poco

más de claridad. Empezas a recuperar algo del sano juicio, empezas a salir del dolor del consumo. En esos momentos el apoyo del físico y del escribir te ayuda a contener.

Ahora en el tema de la adicción nosotros tenemos que tener cuidado con ese punto muy difícil de identificar de que si no entendemos bien cómo funciona la enfermedad y que a medida que vas saliendo de la enfermedad no tenés a alguien que te vaya acompañando para hacerte ver ciertos tipos de cosas, es muy posible que cambiemos nuestro objeto de adicción por objetos sustitutivos y se puede dar que en que tu objeto sustitutivo en el cual te obsesiones y te compulsiones y te vuelvas autodestructivo sea el deporte. Hay que tener en claro de que no esté jugando a eso.

El adicto los primeros tiempos es bueno que tenga una persona que lo vaya monitoreando y que lo vaya haciendo ver las cosas para que no fije sus obsesiones ni compulsiones en otro tipo de objeto, eso es muy importante.

La recaída tiene una particularidad que es un proceso, que lo último que hacer el adicto es volver a consumir. Cuando recaen por supuesto que el deporte los va a ayudar, pero también hay que poder hacerle ver cómo fue ese proceso para que en otra situación pueda visualizar el proceso cuando recién empieza.

7. ¿El deporte y actividad física ayudan a mejorar aquellos hábitos negativos en tiempo de consumo?

Si, definitivamente. Primero que nada es que tu autoestima se recupera, empezas a verte y sentirte mejor.

Salís de un círculo enfermo, oscuro para meterte en uno luminoso. Uno lleno de incertidumbre, enfermedad, negativo.

Aparte la otra relación que tiene la actividad física con lo saludables es que te empezas a dar cuenta que si dormís bien, vas al club y estas mejor. Si comes bien, estas mejor todavía. Es un mundo en donde se plantean esas cosas.

8. ¿Hacer alguna actividad física es beneficioso para la reinserción social?

Te ayuda mucho en las relaciones humanas. A mí me pasa que por ejemplo voy al club y para mí es como una fiesta. Lo tengo tan identificado que tiene tantas cosas positivas viste, es tan particular con lo que es el resto del día, que es riquísimo el compartir.

Inclusive hasta hoy en los deportes individuales, ejemplo heterofilia, o alguien que corre, hoy son trabajos en grupo, ves a un ciclista andando solo pero ves a varios en la chiva, entonces esta bueno eso, el compartir, ser parte de un grupo.

En definitiva uno también se ve en lo que refleja en los demás.

Te mejora las relaciones humanas, en la actividad física, en los deportes salen las miserias a la cancha también, hay uno que se pone jodido, el otro celoso, la actividad física que para mí tiene una riqueza brutal, nos permite reelaborar nuestro lugar social y nuestra sociabilidad.

9. ¿La actividad física colabora en la ocupación de tiempos ociosos como forma de evadir el consumo y el exceso de tiempo libre mal utilizado?

Totalmente. Relacionando el tema de la actividad física con el tema de la adicción pienso que es una puerta muy importante a utilizar cuando el adicto decide ponerse en recuperación.

La relación que uno tiene con su físico y con esta enfermedad le permite crecer en otra dirección y a su vez esa actividad permite controlar los impulsos, esa compulsión y obsesión, aparte de que el ejercicio ya de por sí es bueno. Es como que salís de un círculo vicioso para empezar a transitar por uno virtuoso.

Es lo que tiene el deporte salud, no el deporte de alto rendimiento ni el deporte profesional que fue el que yo hice no tiene nada de saludable, al contrario. Es hasta dañino para la salud, pero ese mundo de deporte salud es tremendamente luminoso para la oscuridad que es la adicción.

Entonces sí, definitivamente sirve para ocupar esos tiempos ociosos que antes eran negativos y ahora pueden ser transformados en positivos.

10. Con tu formación deportiva, tanto como jugador profesional como entrenador, y con tu formación en operador terapeuta en adicciones y escritor del libro LO NO DICHO, ¿qué puedes concluir en relación a la influencia de la actividad física y el proceso de rehabilitación?

Creo que es uno de los mejores aliados que va a tener la persona que quiere salir, que quiere recuperarse. Sin ningún tipo de dudas.

Muchas veces en lugares de internación se medica, muchas veces es inevitable por ejemplo gente con ciertos grados de alcoholismo que si les sacas el alcohol de repente puede ser fatal, hay ciertas drogas que hay que sacarlas progresivamente. Pero mucha gente que toma psicofármacos, la actividad física que no tiene contraindicaciones como si pueden tener los psicofármacos, pueden actuar y te pueden llevar al lugar que quieren llegar con los psicofármacos, que la persona esté más tranquila, que duerma bien, que no tenga pensamientos.

Entonces a mí me parece que la tesis que vos elegiste es genial, esta buenísima porque sin ningún tipo de dudas es un aliado que me cuesta pensar que otro aliado pueda igualarlo, el afecto de sus queridos puede ser, aunque a veces tiene sus limitaciones

también porque no los dejan crecer, en cambio la actividad física te genera independencia, autonomía responsabilidad, logros, pequeños logros, eleva la autoestima.

Es un lugar donde el adicto empieza a encontrar otra medida, es como un referente que él se empieza a dar cuenta.

Me parece también que en este trabajo que estás haciendo es importante lo que te decía, está muy bueno tener presente eso, apuntar a un deporte que no tenga nada que ver con lo competitivo sino al deporte salud, después sí, si se le ocurre al tiempo, cuando pueda tomar buenas decisiones si quiere seguir ta, pero es un arma brutal.

Y lo otro también me parece que lo puedes relacionar que la actividad física a su vez te lleva a relacionarte con un mundo donde la alimentación y el descanso pasa a ser muy importante, ni que hablar en una actividad de grupo en donde lo que haces incide en todos los demás, es como que el deporte te abre todo un universo que te va a ayudar a la rehabilitación.

ANEXO 23: Decreto N°274/013

S/ 487

*Presidencia de la República Oriental del Uruguay***MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA****MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA****MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL****MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL**Montevideo, **03 SEP 2013**

VISTO: que resulta necesario actualizar y adaptar la normativa reglamentaria vigente referente a protocolos de prestaciones y servicios de los diferentes Dispositivos, de carácter público y privado que componen la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas;

RESULTANDO: I) que se hace necesario regular el funcionamiento de dichos Dispositivos, así como la infraestructura y el equipamiento necesarios con vistas a la habilitación legal.

II) que es necesario para todos los Dispositivos definir estándares de prestaciones mínimas con niveles de profesionalidad que amerite la habilitación de los servicios que se ofrecen.

III) que la complejidad del abordaje del uso problemático de drogas supone la necesidad de una gama diversa de prestaciones, que cuenten con distintos niveles de especialización y profesionalización para abordar los diferentes momentos de la problemática y dar respuestas diferenciales a las necesidades de los "Usuarios Problemáticos de Drogas" (en adelante UPD).

IV) que las prestaciones y servicios deben ser integrales, tomando al usuario de drogas en relación a su contexto y a su situación de consumo; y que en todos los Centros y Dispositivos se debe garantizar la integralidad del abordaje, con los recursos genuinos y/o mediante la integración a la red asistencial general, coordinando con los distintos niveles del Sistema Nacional Integrado de Salud; así como la coordinación con otros dispositivos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas.

CONSIDERANDO: I) que es necesario revisar y regular el funcionamiento de los Dispositivos, Establecimientos y Servicios que dan respuesta asistencial a los UPD, modificando el cuerpo normativo específico existente.

II) que la complejidad de la problemática a abordar requiere de una respuesta diversa que incluya una oferta de atención y tratamiento variada, así como de la participación interinstitucional, intersectorial y la integración de las Organizaciones especializadas en la temática.

III) que el abordaje de la problemática de los UPD involucra a diferentes disciplinas y profesiones, así como a personal idóneo no profesional.

IV) que la regulación y control de estos Dispositivos corresponde a la órbita del Ministerios de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

V) que se requiere reglar la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como establecer los contralores adecuados, que garanticen la calidad de atención de los usuarios, la pertinencia de los tratamientos y la promoción de procesos de reinserción social.

VI) que sin perjuicio de reconocer los servicios que brindan las comunidades filosóficas y religiosas, así como las iniciativas no profesionales que dan respuesta social y de contención social y afectiva a usuarios problemáticos de drogas, es necesario que éstas estén articuladas y vinculadas con los servicios de Atención y Tratamiento enmarcados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

ATENCIÓN: A lo precedentemente expuesto y lo establecido en la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 "Orgánica de Salud Pública";

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

Artículo 1°.- Apruébase la Reforma del Marco Regulatorio para los Establecimientos Especializados en la Atención y el Tratamiento de UPD, elaborado por el Grupo de Trabajo creado por Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 845 de fecha 5 de octubre del 2005 y en el Decreto N° 35/007 de 29 de enero de 2007.

CAPÍTULO I

Artículo 2°.- Dispositivos que regula el presente Decreto

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

El presente Decreto regula los Dispositivos sociocomunitarios y sociosanitarios que componen la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas, los que se subdividen en las siguientes modalidades de Dispositivos:

- Dispositivos de Orientación, Asesoramiento, Diagnóstico y Derivación
- Ambulatorio
- Diurno
- Nocturno
- Residencial
- Equipo de Respuesta Integral en Crisis Adictivas (ERICA) - Servicio de desintoxicación.
- Hogares Asistidos de Tipo Residencial o Diurno
- Equipos de Proximidad
- Centros de Escucha e Inclusión Social
- Centros de Acogida
- Dispositivos de autoayuda o ayuda mutua

Del mismo modo dentro de cada modalidad se ubicarán los dispositivos en tres categorías de habilitación determinadas por su nivel de desarrollo, por la integralidad de la propuesta y por la integración en materia de Recursos Humanos y Materiales.

Categoría 1. Es la categorización que da cuenta de un nivel superior de calidad en el cumplimiento del servicio ofrecido y la habilitación en esta categoría supone que el Dispositivo cumple con el mayor nivel de exigencia requerido dentro de la modalidad a la que postula.

Categoría 2. En esta categorización se ubican los dispositivos que cumplen con un nivel intermedio de desarrollo de la propuesta y en este sentido ofrecen una respuesta que cuenta con Recursos Humanos y Materiales adecuados al cumplimiento de los requerimientos exigidos para cada modalidad.

Categoría 3. En esta categorización se ubican los dispositivos que cumplen con la exigencia mínima en cuanto a Recursos Humanos y Materiales, en relación al cumplimiento de sus cometidos.

CAPÍTULO II

Artículo 3°.- Requisitos legales sobre el funcionamiento

Las Instituciones deberán hacer la referencia obligatoria de los casos recibidos al Ministerio de Salud Pública, manteniendo el anonimato del usuario, de acuerdo a lo estipulado por el Decreto-Ley N° 14.294 de fecha 31 de octubre de 1974; y

realizar el registro correspondiente en el Sistema de Registro Único del Observatorio Uruguayo de Drogas "Tratamiento.registra".

- a) Forma de organización y funcionamientos.
- b) Carácter de la persona jurídica. La organización, empresa o institución postulante deberá tener entre sus fines la prestación de servicios en materia de atención, tratamiento, diagnóstico o derivación de usuarios de drogas. Es así que en el Objeto de la Personería debe constar de manera explícita que trabajará en la temática. Debe además agregar testimonio por exhibición del contrato social (o estatutos) debidamente inscriptos, sus publicaciones y certificado notarial que acredite la vigencia de la personería jurídica y representación social. Si se trata de una empresa unipersonal, certificado notarial que acredite la inscripción en Banco de Previsión Social, Dirección General Impositiva y giro de la empresa.
- c) Si se tercerizan los servicios, adjuntar los contratos y/o convenios correspondientes.

CAPÍTULO III

DE LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS

ASPECTOS LEGALES

Artículo 4°.- Requisitos necesarios para el funcionamiento de Dispositivos abocados al tratamiento de usuarios con consumo problemático de drogas:

- a) Copia de planos (plantas y cortes) de cada nivel, actualizado, en escala de 1/100 o 1/50, firmado por Arquitecto o Ingeniero Civil (las copias de los planos deberán ser entregadas enteras y no deberán ser fotocopias de sectores del establecimiento, de tal manera de leer las gráficas en su totalidad y contar con el timbre profesional). En las plantas se indicará: cotas, niveles, dimensiones de aberturas (porcentaje de iluminación y ventilación), denominación de locales y número de camas. Memoria descriptiva con indicación de: terminaciones de piso y paredes (revestimiento, pintura) de cada local, tipo de instalaciones mecánicas, calefacción, aire acondicionado.

En caso de no contar con esta información se podrá realizar la habilitación de forma condicional, otorgándose un plazo que se evaluará en cada caso para la presentación de la documentación referida.

- b) Si se cuenta con habilitaciones anteriores, antecedentes de las mismas.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

- c) Inspección final de la Dirección Nacional de Bomberos o constancia de haberla solicitado.
- d) Listado de recursos humanos, copia de currículum, copia certificada o presentación de original y copia en el momento de la solicitud de títulos habilitantes en el caso de profesionales y en los casos en que corresponda con la especificación de número de libro y folio de la inscripción ante el Ministerio de Salud Pública.
- e) Constancia de aceptación de la Dirección Técnica y documentación que le acredite para el desempeño del cargo, de acuerdo a la normativa correspondiente.
- f) Listado del equipamiento.
- g) Si se generan residuos sólidos hospitalarios (según la definición del Decreto del Poder Ejecutivo N° 135/999 de 18 de mayo de 1999) constancia de haber solicitado aprobación del manejo intrainstitucional de residuos hospitalarios ante la División Epidemiología del MSP (identificar expediente de la solicitud).
- h) Normas de limpieza y desinfección.
- i) Normas de bioseguridad.

ASPECTOS FISICOS

Artículo 5°.- Criterios y disposiciones: La planta física de la institución es el ambiente físico que deberá estar ideado para procurar el bienestar de los usuarios y debe constituir el ámbito propicio y seguro para llevar adelante el proceso terapéutico. Para ello es que se establecen los siguientes criterios:

- a) Higiene: Los establecimientos deben contar, como mínimo, con una planta física iluminada y aireada naturalmente, provista de todos los servicios necesarios para el cuidado de la salud integral, la higiene y la seguridad de los residentes.
- b) Seguridad del edificio para prevenir accidentes (mallados de seguridad, en caso de escaleras medidas apropiadas: pasamanos, medidas de precaución como mallados; puertas que separen circulación de distintos sexos, etc.).
- c) Protección contra posibles daños causados por los usuarios contra si mismos a otras personas.

d) Accesibilidad para personas con capacidades diferentes – solo para Categoría 1-.

Artículo 6°.- En términos generales en casos de internación, la habitación debe contar con medidas de seguridad para evitar fugas, y lesiones. Los tomacorrientes deben ser seguros, con instalación eléctrica embutida en la pared. Del mismo modo será de libre acceso el baño, que deberá contar con agua caliente y fría.

Artículo 7°.- Centro Ambulatorio:

a) Baño: debe haber uno para personal, y otro para los usuarios.

b) Consultorios:

Todos ellos deberán contar con buena ventilación e iluminación. Las medidas de seguridad deben ser mínimas.

c) Espacio para tareas administrativas

d) Espacio de uso múltiple.

Artículo 8°.- Centro Diurno :

a) Consultorios: Todos ellos deberán contar con buena ventilación e iluminación

b) Las medidas de seguridad deben ser mínimas.

c) Espacio para tareas administrativas

d) Espacio de uso múltiple.

e) Cocina con ventilación e instalaciones: cocina, mesada y heladera.

f) Baños (Uno para el personal y un baño cada 15 usuarios):

g) Salón multiuso.

h) Espacio al aire libre propio – solo categoría 1-.

i) Espacio para huerta o granja (preferente).

Artículo 9°.- Residencial:

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

- a) Consultorios: Todos ellos deberán contar con buena ventilación e iluminación. Las medidas de seguridad deben ser mínimas.
- b) Espacio para tareas administrativas.
- c) Espacio de uso múltiple.
- d) Cocina con ventilación e instalaciones: cocina, mesada y heladera.
- e) Baños (uno para el personal y un baño cada 15 usuarios).
- f) Espacio al aire libre propio.
- g) Espacio para huerta o granja.(Aconsejado)
- h) Sanitarios diferenciados para varones y mujeres
- i) Puertas: ancho necesario para pasaje de camillas y/o silla de ruedas – solo categoría 1-.
- j) Por cada usuario deberá existir un armario individual (espacio para objetos personales).
- k) Un dormitorio para el personal de guardia.
- l) Equipamiento de utilización en situaciones de urgencia y/o emergencia.
- m) Espacio libre propio para actividades recreativas.
- n) Aberturas con elementos de seguridad.
- o) La manipulación y eliminación de residuos médicos y no médicos estará regida por la reglamentación vigente del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO IV **EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DEL UPD, POTENCIAL USUARIO DEL** **SERVICIO**

Artículo 10.- Oportunidad de la valoración: Todo UPD que solicite asistencia en un Dispositivo abocado a la atención o el tratamiento de dichos usuarios, deberá ingresar en un proceso de evaluación diagnóstica (evaluación inicial). La oportunidad de la misma será definida por el perfil institucional y por las características de la demanda.

Artículo 11°.- Evaluación inicial. La evaluación inicial deberá incluir:

- a) Evaluación médica. Detección de patologías médicas (Comorbilidad física).
- b) Evaluación toxicológica. Detección de patologías agudas y/o crónicas vinculadas al consumo de drogas.
- c) Evaluación del área de Salud Mental. La evaluación del usuario se efectuará utilizando instrumentos y sistemas normatizados y establecidos de clasificación y diagnóstico (CIE 10, DSM IV y sucesores)
- d) Evaluación psicológica. Evaluando características del usuario en el diagnóstico global.
- e) Evaluación social del usuario. El mismo integra los perfiles: sociofamiliar, laboral, económico, legal y curricular.

La Organización, Institución o Empresa podrá realizar directamente esta evaluación o encomendarla total o parcialmente a otras Instituciones, ya sean las prestadoras de salud a las que pertenece el usuario, a otros nodos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas o a otras Instituciones o Profesionales debidamente habilitados a tales fines.

Artículo 12°.- En función del resultado de la misma, se realizara la indicación del programa de tratamiento al que deberá ingresar el Usuario. (Capítulos V y VI).

CAPÍTULO V

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Artículo 13°.- Los Centros de Atención y Tratamientos de UPD podrán desarrollar uno o varios Programas Asistenciales para abordar la problemática, en virtud de lo cual la oferta terapéutica podrá incluir varias opciones: ejemplo Programa Ambulatorio y Programa Diurno en un mismo dispositivo.

Artículo 14°.- Respetando los lineamientos de la práctica interdisciplinaria, cada Programa Asistencial, deberá definir sus áreas de intervención, las que a su vez determinaran posibilidades y límites asistenciales para una población específica de UPD y demandara una exigencia en cuanto a la integración del equipo técnico.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Artículo 15°.- El Equipo del Dispositivo implementará las estrategias de atención, estrategias de tratamiento y el control clínico de acuerdo a la competencia específica de cada profesión, especialidad y tarea, sin perjuicio de la exigencia de un responsable técnico del Dispositivo.

Artículo 16°.- Estas deberán articularse conformando un equipo interdisciplinario de acuerdo a los diferentes Programas Asistenciales.

Artículo 17°.- Aquellos Servicios de Atención orientados a la población de niños/as y adolescentes deberán prever la asistencia con Psiquiatra Pediátrico y Pediatras en caso de ser necesarios.

Artículo 18°.- Para la eventualidad de emergencias y la necesidad de soporte vital para cuadros graves, deberá asegurarse que el dispositivo cuente con cobertura de servicio de emergencia móvil y cobertura en la red sanitaria.

CAPITULO VI

CARACTERIZACIÓN DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

MODALIDAD: DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS

Artículo 19°.- Centro Ambulatorio

1°) **Definición:** Modalidad que brinda asistencia a UPD en forma ambulatoria. Se trata de una modalidad con permanencia limitada de los usuarios (horas), con una frecuencia baja, semanal o bisemanal, como puede darse en los servicios de consulta externa con un equipo multidisciplinario.

2°) **Población objetivo.** Se indica para usuarios que concurren espontáneamente, por derivación judicial, por derivación profesional u otra, que cuentan con contención familiar y/o social y con capacidad para adherir al tratamiento.

3°) **Servicios que se brindarán.** Cada Institución deberá definir su/s área/s de intervención de acuerdo a la población que asista, teniendo en cuenta el perfil del usuario. Deberá procurarse continuidad de la atención coordinando con otras instituciones o servicios de la red.

Los servicios ofrecidos serán:

- a) Evaluación inicial
- b) Orientación
- c) Abordaje interdisciplinario individual, grupal y/o familiar de características y orientación acordes al diagnóstico realizado, al perfil de la organización y la modalidad teórico técnica escogida
- d) Coordinar acciones hacia la rehabilitación e inserción social de los usuarios – solo categoría 1- .
- e) Articulación con la red local socio-sanitaria, comunitaria y demás nodos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas – solo categoría 1 y 2-.

4º) Tratamientos y evaluaciones.

Se deberá establecer una estrategia terapéutica de acuerdo al perfil del usuario y de la familia (o referente socio-afectivo o legal), respetando los lineamientos de la practica interdisciplinaria. Debe incluir:

- a) Psicoterapia individual, grupal y/o familiar.
- b) Evaluación y seguimiento médico clínico.
- c) Evaluación y seguimiento psiquiátrico- psicológico.
- d) Seguimiento social – solo categoría 1 y 2-.

5º) El Equipo Profesional: implementará las estrategias asistenciales y el control clínico de acuerdo a la competencia específica de cada profesión.

El equipo de trabajo mínimo exigido para este Dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Médico Psiquiatra con Especialización en Drogas – en adelante se considerara “especialización en drogas” a lo definido en numeral 1, literal d art. 24 del presente documento-.
- b) Lic. En Psicología con Especialización en Drogas
- c) Profesional del área de la salud o del área social con especialización en Drogas (por ejemplo Lic. En trabajo Social, Lic. En Enfermería, Médico General o de Familia, otros)

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Categoría 2

- a) Médico Psiquiatra consultante
- b) Lic. En Psicología con Especialización en Drogas
- c) Profesional del área de la salud o del área social con especialización en Drogas (por ejemplo Lic. En trabajo Social, Lic. En Enfermería, Médico General o de Familia, otros)

Categoría 3

- a) Lic. En Psicología Especializado en Drogas.
- b) Por lo menos 2 recursos con diferentes Profesiones del área de la salud o del área social con especialización en Drogas y con título habilitado por el Ministerio de Salud Pública (por ejemplo Lic. En Psicología, Lic. en Trabajo Social, Lic. En Enfermería, Médico General o de Familia, otros).

En el caso de la Categoría 3 se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

Artículo 20°.- Centro Diurno

1°) Definición: Modalidad de atención para usuarios problemáticos de drogas que brinda asistencia con una estructuración mínima de 4 horas diarias, al menos 3 veces por semana. En esta modalidad el usuario no pernocta en el centro.

2°) Población objetivo: Se recomienda para usuarios que permaneciendo en el entorno social presentan una problemática grave que requiere de una alta carga horaria asistencial.

3°) Servicios que se brindan: Cada Institución deberá definir su/s área/s de intervención de acuerdo a la población que asista teniendo en cuenta el perfil del usuario. Deberá procurarse continuidad de la atención coordinando con otras instituciones o servicios de la red.

Los servicios ofrecidos serán:

- a) Evaluación Inicial.

- b) Orientación.
- c) Tratamiento interdisciplinario individual, grupal y/o familiar de características y orientación acordes al diagnóstico realizado, al perfil de la organización y la modalidad teórico - técnica escogida.
- d) Actividades de Taller.
- e) Actividades lúdico-recreativas
- f) Actividades de educación en hábitos y tareas.
- g) Acciones hacia la reinserción social del usuario de drogas.
- h) Articulación con la red local sociosanitaria.

4°) Tratamientos y evaluaciones. Plan de actividades sistemáticas de acuerdo al perfil del usuario y de la familia (o referente socioafectivo), respetando los lineamientos de la práctica interdisciplinaria. Puede incluir:

- a) Psicoterapia individual, grupal y/o familiar.
- b) Evaluación y seguimiento médico clínico.
- c) Evaluación y seguimiento psiquiátrico- psicológico.
- d) Evaluación y seguimiento social.

5°) El Equipo Profesional: implementará las estrategias asistenciales y el control clínico de acuerdo a la competencia específica de cada profesión. La integración del equipo dependerá de la propuesta asistencial y deberá ser coherente con ella.

El equipo profesional mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Médico Psiquiatra con Especialización en Drogas.
- b) Lic. En Psicología con Especialización en Drogas.
- c) Licenciado en Trabajo Social con especialización en Drogas
- d) Educador Social

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

e) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2

a) Médico Psiquiatra consultante.

b) Lic. En Psicología con Especialización en Drogas.

c) Licenciado en Trabajo Social

e) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3

a) Lic. En Psicología.

c) Licenciado en Trabajo Social o Educador Social

d) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

En este caso por lo menos uno de los dos profesionales solicitados deberá estar especializado en drogas y se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

Artículo 21°.- Centro Nocturno

1°) Definición: Casa Asistida o Centro de Medio Camino, basado en modalidad de tratamiento que ofrece alojamiento (especialmente nocturno) a Usuario con Consumo Problemático de Drogas como apoyo a su proceso de inserción o reinserción social.

2°) Población objetivo. Esta modalidad asistencial se configura en una alternativa para aquellos usuarios que habiendo logrado cierto nivel de inserción (laboral, educativo, entre otros) no tienen una red familiar/social de apoyo. Esta etapa puede constituirse en un eslabón esencial para la eficacia, del tratamiento y su posterior proceso de inserción e incorporación social.

3°) Los servicios ofrecidos serán: orientación, seguimiento y apoyo de habilidades y desempeño social, así como la adhesión al tratamiento.

Como criterio de ingreso para estos dispositivos los usuarios deben estar en tratamiento y tener al menos una referencia técnica con quien el dispositivo debe articular acciones.

4º) El Equipo Profesional: llevará adelante el seguimiento y apoyo a las estrategias de tratamiento que le son indicadas al usuario, así como el control clínico de acuerdo a la competencia específica del dispositivo.

La integración del equipo dependerá de la propuesta de intervención y deberá ser coherente con ella.

El equipo profesional mínimo exigido para dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Lic. En Trabajo Social con Especialización en Drogas.
- b) Lic. En Psicología con Especialización en Drogas
- c) Educador Social
- d) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2

- a) Lic. En Trabajo Social con Especialización en Drogas
- b) Educador Social
- c) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3

- a) Un Profesional Habilitado por el MSP que será el Responsable Técnico del Dispositivo.
- b) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

En todas las categorías se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra y la integración a alguna modalidad de tratamiento de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

La relación usuarios – personal técnico/no técnico no deberá ser menor a 7 a 1, siendo imprescindible la presencia permanente de al menos 2 integrantes del personal.

Artículo 22°.- Residencial

1°) Definición: Centro de atención para usuarios de drogas que ofrece la propuesta asistencial en régimen de alojamiento de 24 horas.

Se trata de la asistencia UPD en un espacio terapéutico - educativo permanente hasta que se defina el alta o el pasaje a otro programa terapéutico.

Es una forma intensiva de tratamiento que favorece la recuperación biológica, psicológica y social del usuario del servicio.

2°) Población objetivo: se indica para UPD en los que no están indicados otros programas terapéuticos por las características del cuadro clínico, que no hayan mejorado con intervenciones terapéuticas de menor nivel de complejidad o en casos de insuficiente contención sociofamiliar y/o falta de inserción educativo-laboral.

3°) Servicios que se brindan: Cada Institución deberá definir su/s programa/ s de acuerdo a la población que asista teniendo en cuenta el perfil del usuario. Deberá fomentarse la atención en red. Los servicios ofrecidos serán:

- a) Evaluación Inicial
- b) Diagnóstico y estrategia terapéutica individual
- c) Tratamiento psicoterapéutico individual, grupal y familiar de características y orientación acordes al perfil del usuario, de la organización y la modalidad teórico y técnica escogida.
- d) Evaluación y atención médica.
- e) Atención psicosocial.
- f) Actividades de Taller.
- g) Actividades tendientes a la inserción social.
- h) Articulación con la red local socio-sanitaria y comunitaria.
- i) Actividades lúdico-recreativas.

j) Actividades de educación en hábitos y tareas propias de la vida en convivencia y de la cotidianeidad de una residencia.

4º) El Equipo Profesional implementará las estrategias asistenciales y el control clínico de acuerdo a las competencias específicas de cada profesión. La integración del equipo dependerá de la propuesta asistencial y deberá ser coherente con ella.

El equipo profesional mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Médico Psiquiatra con Especialización en Drogas.
- b) Médico Toxicólogo y/o Médico Internista - en carácter de consultante-
- c) Lic. En Psicología con Especialización en Drogas.
- d) Lic. En Enfermería
- d) Lic. En Trabajo Social con especialización en Drogas.
- e) Educador Social
- f) Lic. en Educación Física.
- g) Talleristas
- h) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2

- a) Médico Psiquiatra con carácter de consultante.
- b) Médico general o de familia – consultante-
- b) Lic. en Psicología.
- d) Lic. en Trabajo Social.
- e) Aux. de enfermería
- g) Talleristas

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

h) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3

a) Lic. en Psicología.

b) Lic. en Trabajo Social.

c) Talleristas

d) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

En el caso de las categoría 2 y 3 por lo menos uno de los profesionales solicitados deberá estar especializado en drogas y se debe asegurar la evaluación y la atención con una frecuencia no menor a quincenal por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial, así como la atención médico – sanitaria integral.

En todos los casos se debe establecer como parte del programa una coordinación permanente con los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas.

Artículo 23°.- Erica (Equipo de Respuesta Integral en Crisis Adictivas) Servicio de desintoxicación.

Requerirá Infraestructura Hospitalaria y se registrá por la normativa de habilitación vigente.

1°) **Definición:** dispositivos especializados que abordan prioritariamente los aspectos asistenciales clínicos y psicosociales vinculados a la intoxicación aguda y/o crónica y sus correspondientes urgencias médicas. Serán dispositivos de referencia en la atención de usuarios con cuadros de emergencias médico-psiquiátricas provocadas por el uso abusivo de drogas.

2°) **Población objetivo.** Está indicado para UPD que:

a) presentan cuadros graves, con potencial o inminente peligro para sí mismos y/o para los demás o que presentan complicaciones médicas o psiquiátricas que requieren de los recursos disponibles en un hospital general o especializado. Es una internación breve.

- b) Inician un tratamiento por abuso de drogas en los que se evalúa la desintoxicación específica como pertinente.
- c) Presentan cuadros de intoxicación aguda en los que se recomienda que el abordaje sea en régimen de internación hospitalaria
- d) Necesitan de un contexto protegido que les permita interrumpir un consumo compulsivo de sustancias que pone en riesgo su vida, aunque no presenten síndrome de abstinencia
- e) Están siendo desintoxicados de sustancias psicotrópicas cuyo síndrome de abstinencia pone en riesgo su vida (Ej. alcohol) o para quienes el contexto hospitalario ofrece mayor seguridad ante las posibles complicaciones médico-psiquiátricas de la abstinencia (Ej. convulsiones, cuadro depresivo grave, entre otros).
- f) Presentan enfermedades orgánicas (cardíacas, cerebrales, metabólicas, entre otras) que requieren de internación hospitalaria o sanatorial durante su desintoxicación.
- g) Tienen indicado un plan de desintoxicación que tiene riesgos por los efectos secundarios propios de la medicación.
- h) Han fracasado en régimen de desintoxicación ambulatoria y desintoxicación parcial, para los que se recomienda realizar un tratamiento de internación.

3°) Servicios que se brindan: Se entiende por desintoxicación en este contexto al proceso mediante el cual se suprime brusca o gradualmente la/s sustancia/ s a un sujeto que es física y/o psíquicamente dependiente de ella, o se la sustituye por fármacos específicos por un tiempo preestablecido. Puede eventualmente ser la forma de inicio de un tratamiento hacia la abstinencia o bien ser un fin en sí mismo.

4°) El Equipo Profesional: implementará las estrategias asistenciales y el control clínico de acuerdo a la competencia específica de cada profesión.

El equipo profesional mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Médico internista Especializado en Drogas o Médico-toxicólogo. En carácter de consultante.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

- b) Médico Psiquiatra.
- c) Lic. en Psicología Especializado en Drogas
- d) Lic. en Trabajo Social Especializado en Drogas
- e) Lic. en Enfermería
- f) Auxiliar de Enfermería

Categoría 2

- a) Médico general
- b) Lic. en psicología Especializado en Drogas
- c) Lic. en Trabajo Social Especializado en Drogas
- d) Lic. en Enfermería
- e) Auxiliar de Enfermería

Categoría 3

- a) Lic. en Enfermería
- b) Auxiliar de enfermería
- c) Lic. en Trabajo Social

En todas las categorías el servicio debe estar asociado al Centro de Salud en el que funciona y es esencial la coordinación permanente con los recursos de Emergencia en primera instancia y con los demás Especialistas del Centro a medida que se haga necesaria la consulta.

En la categoría 2, el servicio de Emergencia debe comprometer expresamente la participación preferencial de los recursos Médico internista Especializado en Drogas o Médico-toxicólogo y Médico Psiquiatra en los casos en que el equipo de ERICA lo requiera.

En el caso de la categoría 3 se mantiene lo establecido para la categoría 2 y además se debe coordinar con otros actores de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (ej. Dispositivo Ciudadela) para que comprometa en forma expresa los recursos Lic. en psicología y Lic. en Trabajo Social que serán de referencia del dispositivo ERICA.

CAPITULO VII

MODALIDAD: DISPOSITIVOS DE INFORMACIÓN, CONSULTA, DIAGNOSTICO y ASESORAMIENTO

Art.24°.- Dispositivos de Información, Consulta, Diagnóstico y Asesoramiento.

1. Definición

Este dispositivo constituye como un lugar de referencia para los usuarios, sus familias o ciudadanos que requieran información sobre la temática de Drogas por diferentes motivos.

Entre sus cometidos están: brindar información, asesoramiento, Diagnóstico y Derivación oportuna para UPD, familiares y/o referentes socio-afectivos provenientes del sistema asistencial, judicial o por motivación personal. Asimismo se presenta como una opción para los Profesionales que trabajan en el ámbito y necesiten realizar consultas relativas a las opciones de derivación dentro de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas.

En este dispositivo el promedio de tiempo de permanencia de cada usuario no deberá superar las 72 horas. En dicho lapso de tiempo se deberá definir una estrategia a seguir y efectivizar la coordinación inicial con el servicio adecuado para el inicio de la misma.

2. Servicios que se brindan:

- a) Asesoramiento integral a niños, adolescentes y adultos UPD.
- b) Diagnóstico de niños, adolescentes y adultos UPD.
- c) Apoyo y orientación al núcleo familiar y/o referentes socio-afectivos.
- d) Derivación oportuna a los UPD, familiares y/o referentes socio-afectivos.
- e) Coordinación de derivaciones con los centros de tratamiento y otros nodos de la red.
- f) Asesoramiento y recomendación sobre las opciones de tratamiento ante derivaciones judiciales.
- g) Brindar información y realizar la derivación y el seguimiento de usuarios a dispositivos de Inserción Social.

3. Población Objetivo

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Es un dispositivo que está orientado a todos los ciudadanos.

El equipo profesional mínimo exigido en este Dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Coordinador. Profesional Especializado en Drogas con Título Universitario habilitado por el Ministerio de Salud Pública.
- b) Médico Psiquiatra Pediátrico Especializado en Drogas.
- c) Médico Psiquiatra Especializado en Drogas.
- d) Lic. en trabajo Social Especializado en Drogas.
- e) Lic. en Psicología Especializado en Drogas.
- f) Educador Social Especializado en Drogas
- g) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.
- h) Auxiliar Administrativo Especializado en Atención al Público o Atención al Cliente.

Categoría 2

- a) Coordinador. Profesional Especializado en Drogas con Título Universitario habilitado por el Ministerio de Salud Pública.
- b) Médico Psiquiatra Pediátrico.
- c) Médico Psiquiatra
- d) Lic. en trabajo Social
- e) Lic. en Psicología
- f) Auxiliar Administrativo

Categoría 3

- a) Médico general o de familia

- b) Médico Psiquiatra
- c) Lic. en trabajo Social
- d) Lic. en Psicología
- e) Auxiliar Administrativo Especializado en Atención al Público o Atención al Cliente.

En el caso de las Categorías 2 y 3 por lo menos dos de los profesionales solicitados deberán estar especializados en drogas.

Artículo 25°. MODALIDAD: DISPOSITIVOS SOCIOCOMUNITARIOS.

Definición: Son aquellas propuestas que tienen anclaje territorial e intervención comunitaria, que mediante un conjunto de acciones, instrumentos, y prácticas, tienen como propósito el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que tienen un consumo problemático de drogas, y el mejoramiento de la accesibilidad a los demás dispositivos de la Red Nacional de Atención en Drogas. Este proceso se lleva a cabo en la comunidad, con la comunidad y por medio de la comunidad.

Objetivos:

Las acciones de los abordajes comunitarios se orientan a un trabajo por fases, en el que a partir de un diagnóstico inicial se implementan con el objetivo de hacer menos riesgosas las conductas y mejorar las condiciones de vida de las personas en su propia comunidad e iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo.

Modalidades:

Artículo 26°.- Equipos de Proximidad.-

Definición: Modalidades de intervención de apoyo UPD, a nivel comunitario y/o territorial, que incluye el trabajo de captación en calle (proximidad) y la promoción de redes institucionales, sociales y locales con enfoque integral (aspectos preventivos, asistenciales, de inclusión social, y de gestión de riesgos y daños)

Objetivos:

Construir una relación personal y directa con los UPD, así como también fortalecer y monitorear la red de recursos comunitarios.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Las acciones de los equipos de proximidad, sean locales, barriales, territoriales o en centralidades urbanas; se orientan a la generación de procesos de escucha y redes de sostén que desde la proximidad y la permanencia, favorezcan la construcción de una demanda de atención de los UPD. Este proceso de cercanía habilita para que una orientación futura a otros dispositivos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas se efectivice eficientemente.

Población objetivo. UPD (en un territorio delimitado) que por sus características y las de los servicios, requieren de una intervención que favorezca la accesibilidad a la Red.

Servicios que brindan.

Escucha inmediata, mediación con redes y servicios, atención básica en salud, alimentación, higiene, seguridad y asesoramiento legal.

El equipo profesional mínimo exigido en este Dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1.

- a) Lic. en trabajo Social, Especializado en Drogas.
- b) Médico de Familia.
- c) Lic. en enfermería, Especializado en Drogas.
- d) Lic. en Psicología, Especializado en Drogas.
- e) Educador Social, Especializado en Drogas.

Categoría 2.

- a) Lic. En trabajo Social, Especializado en Drogas
- b) Médico de Familia,
- c) Lic. en Psicología, Especializado en Drogas

Categoría 3.

Al menos 2 profesionales del área de la Salud o de las Ciencias Sociales, con título habilitado por el Ministerio de Salud Pública; especializados en drogas y en gestión de riesgos y daños; preferentemente con experiencia de trabajo con población en situación de vulnerabilidad.

En las tres categorías se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

Tratamientos y evaluaciones: Los dispositivos de proximidad son un puente entre las personas con mayor vulnerabilidad relacional y los servicios y redes de protección.

La modalidad de tratamiento es por lo tanto diversa para cada persona, implica la posibilidad de acompañar los tránsitos que cada UPD pueda y quiera recorrer, centrando la intervención en la construcción o aumento en la densidad de la red de sostén de cada persona, y el proceso de inclusión en las redes formales e informales. La evaluación de los procesos se realiza desde los instrumentos propios del marco conceptual.

Artículo 27°.- Centros de Escucha e Inclusión Social.-

Definición: Servicio con exigencias mínimas para la accesibilidad con anclaje comunitario, con oferta de escucha inmediata, orientación, acompañamiento y derivación en caso que sea necesario.

El equipo esta integrado por técnicos y no técnicos; y su sede operativa en un territorio acotado

El servicio funciona desde una mínima a una máxima complejidad, debe entenderse como un proceso que transita por acciones de: información, prevención, gestión de riesgos y daños, referencia y contrarreferencia del tratamiento e inserción social. El Centro de Escucha es el punto de llegada de un proceso de intervención en y con la comunidad, y que se entiende como una opción de organización de la escucha comunitaria, para afrontar la salud mental, consumo problemático de drogas, y otras situaciones problemáticas asociadas, brindando respuestas que requieren la presencia de actores comunitarios, profesionales y redes de recursos

Objetivo: Dialogar con las demandas y necesidades de la población del territorio de referencia. Articular para ofrecer respuestas inmediatas a diversas situaciones de exclusión social asociadas al consumo problemático de drogas.

Servicios que brindan: Siendo el Centro de Escucha una modalidad de intervención de carácter local, los servicios que brinda emergen del diagnóstico comunitario.

Los servicios básicos son:

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

- Acciones en los ejes escucha y acompañamiento a los UPD, familias y comunidad local.
- Organización y fortalecimiento de redes.
- Mediación entre personas y servicios.
- Capacitación y empoderamiento de líderes comunitarios.
- Acompañamiento en la construcción de respuestas locales a problemas comunitarios.

Población objetivo. UPD, las familias y/o referentes socio afectivos y la comunidad local.

El equipo mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Médico de Familia
- b) Lic. en Psicología Especializado en Drogas
- c) Lic. en Trabajo Social Especializado en Drogas
- d) Lic. en Enfermería Especializado en Drogas
- e) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2

- a) Lic. en Psicología Especializado en Drogas
- b) Lic. en Trabajo Social Especializado en Drogas
- c) Auxiliar de Enfermería Especializado en Drogas
- d) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3

- a) Al menos tres Profesionales del área de la salud o de las Ciencias Sociales con título habilitado por el Ministerio de Salud Pública especializados en Drogas.
- b) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

En todos los casos se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

Artículo 28°.- Centros de Acogida.-

Definición: Son dispositivos que están insertos en una comunidad donde está presente un alto nivel de consumo problemático, y donde los usuarios no circulan por redes extra comunitarias. Constituye un nivel superior de desarrollo del centro de escucha.

Objetivos: Fortalecer la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas, desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, incorporando una modalidad de bajo umbral, acogida inmediata y carácter local, para dar respuesta a necesidades básicas de los UPD, expuestos a situaciones críticas desde lo social y desde sanitario, quienes en ocasiones quedan gravemente excluidos.

A su vez pretende reducir el impacto individual, familiar, social y sanitario del consumo problemático de drogas, con la finalidad de modificar las situaciones de vulnerabilidad de los usuarios.

Población objetivo: UPD gravemente excluidos, en situación de calle o desvinculación extrema de las redes locales.

Servicios que se brindan. Escucha inmediata y evaluación de demandas y necesidades, alimentación básica, lugar para dormir algunas horas, baño, lavandería, insumos recreativos, asistencia básica en salud, información para uso seguro de sustancias, y material e información para conductas sexuales seguras, conexión inmediata con un servicio sanitario.

El equipo de este Dispositivo que es de muy bajo umbral, necesita de un alto nivel de capacitación y experiencia en la temática.

El mismo estará integrado por un equipo profesional interdisciplinario con entrenamiento en primeros auxilios y Reducción de Riesgos y Daños. Asimismo

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

contará en su integración con líderes comunitarios capacitados constituyendo un Equipo Mixto.

El equipo mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1

- a) Médico general o de familia Especializado en Drogas
- b) Lic. en Enfermería Especializado en Drogas
- c) Lic. en Psicología Especializado en Drogas
- d) Educador Social Especializado en Drogas
- e) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2

- a) Médico general o de familia
- b) Al menos tres Profesionales del área de la salud o de las Ciencias Sociales con Título habilitado por el Ministerio de Salud Pública, especializados en drogas.
- c) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3

- a) Al menos tres Profesionales del área de la salud o de las Ciencias Sociales con Título habilitado por el Ministerio de Salud Pública, especializados en drogas.
- b) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

En todos los casos se debe asegurar el acceso de los usuarios a Servicios de Emergencia Móvil y se facilitará el acceso a evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

Artículo 29°.- MODALIDAD: DE AUTOAYUDA O AYUDA

Los grupos de ayuda mutua están integrados por personas que comparten un problema o situación común, que se reúnen para procurar cambios sociales y/o personales.

Son grupos en los que las personas comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros.

Enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros.

Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven unos valores a través de los que sus miembros pueden reforzar la propia identidad.

Son dispositivos que cuentan con una metodología específica basada en el apoyo y la contención que ofrece el propio grupo.

MODALIDAD COMUNIDAD DE VIDA.

Artículo 30.- Hogares Asistidos

Definición: Son dispositivos gestionadas por Instituciones, Empresas, Organizaciones de la Sociedad Civil o Congregaciones Religiosas que ofrecen contención y asistencia básica a UPD en situación de alta vulnerabilidad social. En estos Centros las personas residen en régimen de 24 horas o bien tienen una posibilidad de permanencia superior a las dos terceras partes del día.

Población objetivo: UPD que no cuentan con recursos para la gestión de sus necesidades básicas (alimentación, higiene, vivienda, otras), que presenten situaciones de alta vulnerabilidad social y/o asumen un alejamiento del lugar de residencia anterior.

Servicios ofrecidos: Asistencia básica: alimentación, higiene personal, lugar donde guardar las pertenencias, escucha, vivienda y servicios de hotelería; y según objetivo de la institución: deshabitación y/o acompañamiento en tratamiento – adherencia al mismo en los diferentes momentos-, estrategias de reinserción social – laboral-educativa-ocupacional.

Se realizará el diagnóstico médico y psicosocial inicial, así como la construcción de un proyecto socioeducativo individual, y la articulación con la red de asistencia de referencia a efectos de implementar la modalidad de tratamiento pertinente.

Los objetivos terapéuticos profesionales deberán estar articulados con el plan terapéutico que el usuario tiene indicado en alguno de los dispositivos de tratamiento de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas y en caso de ser objetivos

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

del centro deben ser supervisados por un responsable profesional idóneo – Doctor en medicina en lo clínico, médico psiquiatra en lo psicopatológico y su abordaje, Lic. en Psicología en lo Psicoterapéutico, Lic. en Trabajo Social en los aspectos sociales, todos ellos especializados en drogas.

Cada Institución deberá definir su/s área/s de intervención de acuerdo a la población que asista teniendo en cuenta el perfil del usuario. Deberá fomentarse la atención en red teniendo necesariamente que cumplir con:

- a) Actividades de Taller
- b) Actividades lúdico – recreativas
- c) Rehabilitación y reinserción social del usuario de drogas
- d) Articulación con la red local socio – sanitaria
- e) Actividades de inserción social en los ejes de trabajo y educación

En este caso se deberá contar al menos con un Profesional Universitario especializado en drogas con título habilitado por el Ministerio de Salud Pública que oficiará como Responsable Técnico y se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

El equipo mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Categoría 1.

- a) Lic. en Psicología Especializado en Drogas
- b) Lic. en Trabajo Social con Especialización en Drogas.
- c) Auxiliar de Enfermería
- d) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2.

- a) Auxiliar de Enfermería

- b) Al menos tres actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3.

Al menos tres actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

En el caso de las categorías 2 y 3 se deberá contar además por lo menos con un Profesional del área de la salud o las ciencias sociales con título habilitado por el Ministerio de Salud Pública y especializado en drogas, quien oficiará como Responsable Técnico del Dispositivo.

En las tres categorías se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

Artículo 31°.- Dispositivos de Acogida de tipo Nocturno.-

Definición: Son dispositivos de contención que no tienen entre sus cometidos ofrecer propuestas específicas de Tratamiento, si no que brindan servicios relacionados con la hotelería contención y desarrollo de habilidades. Están orientados exclusivamente a UPD y funcionan principalmente en horario nocturno.

Servicios ofrecidos: Asistencia básica: alimentación, higiene personal, lugar donde guardar las pertenencias, escucha calificada, refugio durante la noche; y según objetivo de la institución acompañamiento en tratamiento – adherencia al mismo en los diferentes momentos-, estrategias de reinserción social – laboral-educativa-ocupacional.

Coordinaciones con Servicios Nocturnos Profesionalizados, con las Redes de atención sanitaria, con el *1020

Articulación con los dispositivos de la Red y de otras Redes en horario diurno.

Población objetivo: UPD que no cuentan con recursos para la gestión de sus necesidades básica (alimentación, higiene,y vivienda), que presenten situaciones de alta vulnerabilidad social (principalmente en situación de calle u otra forma de exclusión social grave) y/o asumen un alejamiento del lugar de residencia anterior.

El equipo mínimo exigido en este Dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación:

Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Categoría 1.

- a) Lic. en Trabajo Social con Especialización en Drogas.
- b) Educador Social
- c) Auxiliar de Enfermería
- d) Otros actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 2.

- a) Auxiliar de Enfermería
- b) Al menos tres actores no profesionales con formación y/o trayectoria en la temática; comprobable y sujeto a consideración.

Categoría 3.

Al menos tres actores no profesionales (con presencia en todo el horario en que se ofrece el servicio), con formación básica en drogas, en gestión de riesgos y daños y primeros auxilios; con experiencia de trabajo con población en situación de vulnerabilidad; comprobable y sujeto a consideración.

En el caso de las categorías 2 y 3 se deberá contar además por lo menos con un profesional del área de la salud o las ciencias sociales con título habilitado por el Ministerio de Salud Pública y especializado en drogas, quien oficiará como Responsable Técnico del Dispositivo.

En las tres categorías se debe asegurar la evaluación por parte de un Médico Psiquiatra de la Red Asistencial o de los demás nodos de la Red Nacional de Atención en Drogas, así como la atención y el seguimiento si fuera indicado.

CAPITULO VIII EQUIPO TÉCNICO

Artículo 32°.- El equipo técnico es el encargado de la instrumentación de los programas asistenciales.

Estará integrado por:

a) Dirección Técnica.

b) Profesionales y auxiliares encargados de la asistencia. El número de integrantes del equipo técnico deberá ser proporcional al volumen de usuarios.

En los casos de internación, se deberá contar con un mínimo de 3 (tres) integrantes del personal en permanencia constante, y en relación no menor a 1 cada 8 durante las veinticuatro horas del día.

Las tareas de supervisión, control y coordinación técnica general y la responsabilidad frente a la autoridad competente corresponderán a la dirección técnica.

Equipo técnico:

1º) Dirección técnica: Todo centro de tratamiento para usuarios con consumo problemático de drogas deberá contar con una Dirección Técnica de acuerdo al perfil de los servicios prestados.

Será responsable de llevar adelante las funciones de supervisión técnica de los procedimientos asistenciales, su correspondiente registro y condiciones de planta física. Por lo tanto será responsable por las deficiencias que se observaren en el funcionamiento de los distintos servicios, así como frente a las denuncias que pudieran formularse.

También será responsable en los casos en que los profesionales se vinculan con los establecimientos mediante ejercicio liberal de su profesión.

La Dirección Técnica es la única responsable ante la función fiscalizadora que compete al Ministerio de Salud Pública, esté o no asociada aquella Dirección Técnica a la Administración o propietario del establecimiento.

Los requisitos necesarios para aspirar al cargo serán los siguientes:

a) Ser profesional Médico, Licenciado en Psicología o Egresado universitarios de carreras profesionales habilitadas por el Ministerio de Salud Pública.

b) Dicho profesional deberá contar con acreditada capacitación y experiencia en el Área del tratamiento del uso problemático de drogas. Se considerará experiencia acreditada la constancia de haber ejercido efectivamente cargos de coordinación en un servicio o establecimiento para pacientes con uso problemático de drogas por un período de 2 años dentro de los últimos 10 años.

Se considera capacitación acreditada la formación profesional en carreras de grado y postgrado cuyo programas temáticos comprueben la formación técnica en la temática y los contenidos temáticos de la misma sea superior a 200 horas.

2°) Profesionales y auxiliares encargados de la asistencia. Llevarán adelante sus tareas técnicas de acuerdo a la formación que han recibido y para la cual deberán tener la habilitación del Ministerio de Salud Pública o Ministerio de Educación y Cultura según corresponda.

3) Los dispositivos del tercer nivel de atención deberán contar con Psiquiatra adjunto a la Dirección Técnica (ejemplo dispositivos de Patología Dual).

CAPITULO IX

Criterios para los tratamientos

Artículo 33°.- Índole, prestación y organización de los Dispositivos:

a) Ante la solicitud de asistencia se confeccionará una Historia Clínica, ficha o registro donde conste la ficha patronímica completa y la evaluación inicial independientemente si el usuario ingresa o no al proyecto de tratamiento. En caso, de haber ingresado, contará con la evaluación inicial, valoración disciplinaria e interdisciplinaria, registro diario de las indicaciones realizadas y cumplidas, intervenciones, evolución, interconsultas y todo lo que atañe a la situación del mismo incluyendo los aspectos psicosociales. La Historia Clínica, ficha o registro deberá tener en cuenta las características de cada programa asistencial.

b) Dicha Historia debe permanecer en los registros del establecimiento y estará disponible ante la solicitud de otro profesional o centro de asistencia.

c) Deberá registrarse cada caso asistido en el Sistema Único de Registro de Usuarios del Observatorio Uruguayo de Drogas "Tratamiento Registra"

d) Los tratamientos deberán ser personalizados teniendo en cuenta la singularidad de cada usuario del servicio, sustentando los mismos en criterios clínicos basados en la evidencia o de consensos terapéuticos internacionales reconocidos.

e) La praxis se sustentará en lo establecido en el Decreto 258/992 de 9 de junio de 1992 así como en los principios de ética nacionales, y con total respeto al sujeto en su dignidad de persona y a todos sus Derechos.

e) El Plan Terapéutico será descrito lo más explícitamente posible y registrado en la Historia Clínica, ficha correspondiente teniendo en cuenta el perfil del usuario y de la institución asistente.

f) Deberá existir un mecanismo para asegurar la continuidad de la asistencia que se presta a los usuarios.

g) Independientemente de que el objetivo del tratamiento sea o no la abstinencia, se procurará la integración del usuario al sistema de salud.

Artículo 34°.- Régimen disciplinario.

Los Centros deberán contar con normas de conducta, régimen de atención, de faltas, sanciones, derechos y obligaciones de los usuarios del servicio, que serán de conocimiento del mismo y su familia.

Artículo 35°.- Normas sobre alta, atención posterior y derivación de casos:

Existirán categorías de egreso:

a) Por alta médica.

b) Por voluntad propia. Deberán firmar en la historia clínica el usuario y/o un familiar o responsable legal.

c) Por falta grave al reglamento interno del servicio.

d) Por derivación a otra institución o servicio, debiendo contar en la Historia Clínica si se realiza o no por indicación del Equipo Técnico.

e) Existirán criterios de alta del usuario del centro de tratamiento. Se otorgará el alta sobre la base de una evaluación conjunta del equipo interdisciplinario.

f) En casos de niños y adolescentes especialmente en menores de 13 años que deseen egresar del servicio-establecimiento contra la opinión del Equipo Técnico, éste resolverá teniendo en cuenta el derecho del "Usuario con Consumo Problemático de Drogas" que consagra la ley vigente (Ley 17823 del 7/9/004) y la opinión del representante legal. Deberá siempre preservarse el bien mayor que es la vida y la seguridad del usuario. De otorgarse alta contra voluntad médica se labrará un acta firmada por todas las partes. En el caso de los niños y adolescentes menores de 13 años, deberá tenerse en cuenta su opinión, siendo la decisión final del Juez.

Del mismo modo será obligatorio, en todos los casos, reportar las fugas a la autoridad Policial.

g) El equipo técnico definirá en cada caso la coordinación y/o la derivación a la red asistencial o comunitaria, que pueden servir de apoyo a los usuarios en rehabilitación y/o dados de alta. En la medida que el usuario de los servicios y sus familiares lo permitan, el seguimiento estará a cargo del equipo técnico de la institución.

h) En caso de riesgo vital inmediato, ejemplo: intoxicación, intento de autoeliminación, otros, deberá considerarse la derivación inmediata del usuario para su tratamiento al centro adecuado de la red de asistencia.

Artículo 36°.- Para el egreso se tendrá presente:

1°) Aplicación de un dispositivo de seguimiento siempre que esto sea posible y aceptado por el asistido y sus familiares que tenga en cuenta:

a) Número, frecuencia y característica de visitas.

b) Documentación en la Historia Clínica, ficha o registro correspondiente, etc.

2°) La derivación a las redes que potencien las posibilidades de las instituciones para el beneficio de los usuarios.

Artículo 37°.- Supervisión y control:

El Ministerio de Salud Pública realizará visitas de supervisión y control sin previo aviso y elaborará informes iniciales de acuerdo a protocolos preestablecidos, teniendo en cuenta las presentes normas. En tal sentido el Ministerio de Salud Pública ejercerá la función de vigilancia sanitaria. Es responsable además de realizar el seguimiento del funcionamiento de los establecimientos, a través de su División Servicios de Salud.

Artículo 38°.- Plazos: El Ministerio de Salud Pública determinará los plazos con que cuentan los Centros para el cumplimiento de la presente norma.

a) A partir de la publicación de la norma se da un plazo de 60 días para la designación de un Director Técnico para aquellos establecimientos que no lo posean.

b) A partir de la publicación de la norma se otorga un plazo de 120 días a los centros en funcionamiento para conformar el equipo técnico mínimo requerido.

c) El no cumplimiento de estos plazos hará pasibles a las Instituciones de la aplicación de sanciones en todo el territorio nacional (sanción leve: 100 U, sanción moderada: 200 UR, sanción grave: 500 UR hasta 1000 UR serán Decreto 137/006 de 15 de mayo de 2006). En caso de incumplimiento reiterado se puede llegar a la pérdida definitiva de la habilitación.

El régimen sancionatorio será progresivo, y tendrá vigencia hasta la regularización y ajuste a la norma de establecimientos para "Usuario con Consumo Problemático de Drogas", en todo el territorio nacional. Las sanciones no tendrán efecto acumulativo.

d) En casos de excepción, se dará prórroga de hasta 180 días para el cumplimiento de la presente norma, será evaluado por el Departamento de Habilitaciones y División Servicios de Salud.

CAPITULO X

DERECHOS DE LOS USUARIOS

Artículo 39°.- Se garantizará el respeto a los derechos humanos de los usuarios de los servicios.

Artículo 40°.- Los usuarios y sus familiares o referentes socioafectivos y representantes legales deben ser tratados con la dignidad inherente a su personalidad humana y respetados en el goce y ejercicio de sus derechos fundamentales consagrados en las normas nacionales e internacionales de derechos humanos. En especial se garantizará su derecho a:

- a) No ser sometidos a torturas ni penas o tratos crueles inhumanos o degradantes.
- b) No ser objeto de injerencias arbitrarias abusivas en su vida privada ni de ataques ilegales a su honra o reputación.
- c) No ser objeto de medidas restrictivas que puedan menoscabar la libertad de conciencia y religión.
- d) No ser restringido en su derecho a la libertad de pensamiento y expresión.
- e) Los menores de 15 años deberán ser tratados tomando en cuenta su momento evolutivo y teniendo presente la legislación vigente del niño y adolescente y el vínculo con la familia y/o tutor.

f) Antes del inicio del proceso terapéutico se deberá contar con el consentimiento escrito del paciente acerca del contenido y condiciones del proceso terapéutico. En los casos en que los pacientes no son legal o mentalmente responsables se recurrirá a la instancia pertinente. (Ej.: tutor, curador).

g) asegurar el cumplimiento de las leyes sociales y laborales.

Artículo 41°.- Tanto el ingreso como el egreso se realizará en forma voluntaria por parte del usuario, a excepción de situaciones tales como:

a) Riesgo de daños a si mismo o a su entorno: intento de autoeliminación, heteroagresividad y/o autoagresividad diagnosticados por Doctor en medicina Médico Psiquiatra y debidamente documentados en Historia Clínica, la ficha, o registro correspondiente episodios psiquiátricos agudos que conllevan pérdida de la capacidad de decidir u obrar libremente.

b) Incapacidad legal (menores de edad) para lo que se requerirá autorización y presencia de padre, madre, tutor o curador.

c) Incapacidad legal temporal o permanente para los que se requerirá la autorización del curador.

Artículo 42°.- Los usuarios, sus familiares y/o referentes socioafectivos, estarán plenamente informados de la naturaleza y el contenido del tratamiento, así como de los riesgos y beneficios que pueden esperarse del mismo

Artículo 43°.- La información acerca de los progresos de los usuarios o de su participación en el tratamiento no se revelará a ningún individuo ni autoridad sin el consentimiento previo, del usuario, salvo en situaciones legales descritas anteriormente.

Artículo 44°.- No se discriminará ni se excluirán a los usuarios que se sabe o se sospecha que están infectados con VIH. Es derecho del Usuario con Consumo Problemático de Drogas acceder a los exámenes paraclínicos de infecciones específicas a los que están mas expuestos por su consumo (ITS/ SIDA). Para el caso del VIH, se debe pedir el consentimiento informado en el marco de una consejería pre y postest.

Artículo 45°.- El programa terapéutico tomara en consideración aspectos relacionados al género, orientación sexual, edad y a las capacidades diferentes.

Artículo 46°.- No se fotografiará al paciente, ni se registrarán de él grabaciones de audio y/o video u otros medios similares sin su consentimiento previo

obtenido luego de habersele explicado la finalidad de dicho registro (investigación, difusión, formación, etc.) y las posibles consecuencias.

Artículo 47°.- El usuario del servicio del centro residencial deberá disponer de un espacio para sí, en el que pueda guardar con seguridad sus efectos personales.

Artículo 48°.- Según la modalidad del servicio y de acuerdo a los reglamentos internos de cada Institución, el usuario del servicio de un centro residencial tiene derecho a mantenerse en contacto por cualquier medio (telefónico, electrónico, epistolar), a recibir visitas de sus familiares y otras personas de su entorno social.

En casos especiales el Equipo Técnico, en concordancia con el reglamento de la institución, podrá hacer excepciones a esto si no son facilitadoras del bienestar del paciente dejando constancia en la historia clínica.

Artículo 49°.- Establécese la obligatoriedad de aplicación de las presentes normas de habilitación de centros y establecimientos especializados en el tratamiento de "Usuario con Consumo Problemático de Drogas".

Artículo 50°.- Derógase el Decreto N° 35/007 de 29 de enero de 2007.

Artículo 51°.- Comuníquese, publíquese, etc.

A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located on the left side of the page. The signatures are stylized and difficult to read, but appear to be official or personal marks.

JOSÉ MUJICA
Presidente de la República

A handwritten signature in black ink, located on the right side of the page. Below the signature, the name "JOSÉ MUJICA" and the title "Presidente de la República" are printed in a standard font.