

Grupo de pares
un factor de protección en adicciones

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Alumno: Demian Gómez

Fecha de defensa 27/10/2020

Tutora: Lic. Veronica Fernandez

Índice	1
1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Marco Teórico	4
3.1 Definición de Adicción	5
3.1.2 Historia de las drogas	5
3.1.3 Conducta adictiva	7
3.2 Tipos de adicciones: con y sin sustancia	9
3.3 Fases de la adicción: uso, abuso y adicción	11
3.4 Circuitos de recompensas	13
3.5 Tratamientos para las adicciones	15
3.6 Comunidades terapéuticas: Origen y evolución	16
3.6.1 Objetivos de las comunidades terapéuticas	17
3.6.2 Metodología de trabajo	18
3.7 Grupos: función, características y tipos	19
3.8 Vínculos entre pares	23
3.8.1 Factores de riesgo y protección	26
4. Metodología	29
4.1 Tipo de estudio	29
4.2 Participantes	29
4.3 Instrumentos	29
4.4 Procedimiento	30
5. Desarrollo	30
5.1 Objetivo 1	30
5.2 Objetivo 2	33

5.3 Objetivo 3	38
6. Conclusiones	42
7.Referencia bibliográfica	44

1. Introducción

El siguiente trabajo tiene como propósito articular la experiencia adquirida durante la Práctica y la Habilitación Profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo.

La comunidad en la cual se trabajó está ubicada en la zona norte de la provincia de Buenos Aires. Este centro trabaja para la rehabilitación del consumo problemático de sustancias y de alcohol, la institución cuenta con las modalidades de internación, hospital de día y ambulatorio. Dentro de esta comunidad, el futuro profesional tiene la oportunidad de presenciar los grupos de sentimientos, de apertura, de pertenencia y de relación. También se tendrá en cuenta la confección de informes iniciales de los pacientes, la supervisión de historias clínicas, presenciar las reuniones de equipo y vivenciar el trabajo en equipo. La práctica tiene como aspecto más enriquecedor, el contacto constante con los pacientes, dado que uno está dentro de la *casa*, tiene que vivir en ella y estar inmerso para poder conocerla. Este último aspecto es el más importante, dado que permite vivencia plena y observar la labor del psicólogo dentro del campo.

La principal función de la comunidad terapéutica es brindar atención y tratamiento a aquellas personas con dependencia a las drogas y se ven imposibilitados de desenvolverse en la vida de forma correcta, dado que cuando llegan al centro, lo han perdido todo. El objetivo es reinsertar al paciente dentro de la sociedad para que pueda ser independiente y funcional.

Se propone analizar la importancia del grupo o red de amigos en pacientes en rehabilitación por adicción a las drogas. Este estudio tiene como finalidad remarcar la importancia de los vínculos entre pares, para pacientes que padecen esta patología. Teniendo presente que los grupos de amigos son factores tanto de protección como de riesgo y donde el consumo por lo general comienza junto con su grupo de pares. Por eso, este trabajo, tendrá la finalidad de determinar la importancia que tiene dentro del tratamiento el grupo de amigos para la institución y los pacientes. Identificando cuáles son sus características y beneficios.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

- Analizar la importancia del grupo de amigos, dentro de un dispositivo terapéutico para la rehabilitación de pacientes por abuso de sustancias.

2.2 Objetivos Específicos

- 1- Describir la importancia del grupo de amigos dentro del tratamiento por abuso de sustancias desde la visión del profesional.
- 2- Describir el funcionamiento del grupo de amigos y las intervenciones del psicólogo.
- 3- Analizar la opinión de los pacientes sobre la importancia del grupo de amigos para ellos.

3. Marco teórico

3.1.1 Definición de adicción

La palabra adicción deriva del vocablo latín *addicere*, que significa ligar algo/alguien a algo/alguien. En este contexto el adicto es quien se ve ligado a la sustancia de la cual no puede prescindir y es de esta forma que se comienza a generar la relación de dependencia tanto psíquica como física (Iglesias, 2010). La definición habitualmente utilizada, para describir la adicción o dependencia relacionada al consumo de sustancias, es la planteada en el DSM- 5, elaborada por la American Psychiatric Association (2013), donde indica que la adicción implica un consumo excesivo de sustancias, marcado por un mayor consumo de estas para provocar el efecto deseado, y necesidad constante de consumo, que está acompañada por cambios en la conducta, en las relaciones sociales y a nivel psicológico.

Otras organizaciones como la Asociación Americana de Medicina de la Adicción (ASAM,2007), define a la adicción como una enfermedad primaria y crónica de recompensa cerebral, en la cual están implicadas la motivación, la memoria y circuitos

relacionados. La adicción afecta la neurotransmisión y las interacciones dentro de las estructuras de recompensa del cerebro, incluidos el núcleo accumbens, la corteza cingulada anterior, el cerebro anterior basal y la amígdala, de manera tal que se alteran las jerarquías motivacionales y las conductas adictivas, que pueden incluir o no el consumo de alcohol y otras drogas. Teniendo presente estas definiciones es pertinente hacer una distinción entre las distintas áreas que implican la adicción, es decir; la farmacológica, la médica y la psicológica. Desde el punto de vista médico, la adicción se vislumbra como una enfermedad cerebral crónica, que se caracteriza por la búsqueda compulsiva de la droga. Es una enfermedad porque la droga modifica las estructuras cerebrales. Desde la perspectiva farmacológica se hace hincapié sobre la tolerancia, es decir que el consumidor necesite aumentar cada vez más la dosis para generar el efecto deseado. La psicológica implica los pensamientos y comportamientos de las personas, donde el deseo por conseguir la sustancia abarca toda su vida y diseña diversas actividades para conseguirla (Monzón, 2014). La adicción es una problemática que afecta diferentes aspectos de las personas a nivel individual y social. No solo afecta a la persona que la consume, sino que también se ven afectados las personas que la rodean, principalmente familiares. Es importante detectar y conocer cuáles son sus efectos para poder prevenir y actuar de forma eficaz para combatir el flagelo que produce para quienes padecen de esta enfermedad (Roa,2019).

3.1.2 Historia de las drogas

Analizar la historia de las drogas implica, que debemos considerar que esta ha estado junto y evolucionando a la par de la humanidad. Desde la prehistoria ha habido drogas. Antonio Escotado (2009), académico español y estudioso en esta materia, señala que las primeras aparecieron en plantas que desarrollaron venenos para defenderse de animales voraces. En las culturas de cazadores-recolectores surge la religión como verdad revelada a partir de sustancias psicoactivas, como por ejemplo el peyote o ciertos hongos. En diferentes épocas, su utilización fue implementada para diversas actividades como las fiestas, medicina, magia y religión de la enfermedad. De hecho, los descubrimientos arqueológicos revelan que las vasijas ya existían en 8.000 a.C. y que, por lo menos, en 5.000 a.C. eran empleadas para almacenar miel. De ahí se deduce que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) haya sido el primer vino

para consumo humano. Desde entonces el alcohol ha formado parte de la vida humana (Carvalho, 2007)

Las bebidas fermentadas eran muy frecuentes en todas las comunidades y se convirtieron en artículos importantes de comercio colonial, después de las grandes navegaciones. Por último, durante el siglo XX se ha producido el fenómeno de la globalización de los patrones de consumo, especialmente después de la segunda Guerra mundial, cuando la bebida alcohólica deja de estar asociada a las comidas y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio (Fossier, 2007)

Es así como como señala el académico Escohato (2009), que la historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. El autor resalta que fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia y sigue utilizando. Junto a las anteriores y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones. algunas están derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño y el LSD.

Podemos observar cómo la droga ha estado presente en la historia de la humanidad y como el ser humano ha ido manipulando su utilización acorde a los diferentes motivos e intereses para su empleo. La prohibición hoy en día puede disminuir el consumo de ciertos narcóticos, pero las desventajas que trae aparejada el narcotráfico tan extendido en la actualidad conllevan a que sus efectos sean devastadores, tanto a nivel mundial como nacional y local (Iglesia, 2018). Hay una fuerte necesidad de informar a las poblaciones al respecto del consumo de las drogas, para des estigmatizar también a quienes las consuman y puedan asistir a los centros de rehabilitación para obtener la ayuda correspondiente.

3.1.3 Conductas adictivas

Para poder entender la adicción es necesario preguntarse qué se entiende por una conducta adictiva, cuáles son sus rasgos y en qué se diferencia de otros tipos de comportamiento. Una característica común y central a las conductas adictivas, es la

pérdida de control La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre ese comportamiento, además de que produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida. Esto genera que, en muchos casos, la persona afectada acuda en busca de un tratamiento o se vea forzada por su entorno más cercano a realizar uno (Becoña, 2002).

La conducta adictiva tiene características bien marcadas como las que señala Gossop (1989) que sirven, a modo de compresión; donde se resalta un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

Por síndrome de dependencia, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende a un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La conducta adictiva, es entendida como una compulsión en la cual el adicto no puede, como se señaló anteriormente, controlarla es un impulso irreductible que lo empuja al acto del consumo (Alquicira, 2012). Es así, que son englobadas dentro de las patologías del acto, de una puesta en escena. Desde una perspectiva psicoanalítica, Staude y Couso (1989), señalan que la adicción es la incapacidad de poder expresar lo que la persona siente, es decir, la imposibilidad de elaborarlo verbalmente, el sentir, el pensar aquello que no es expresado se hace manifiesto a través del síntoma, dado que no ha logrado ser estructurado dentro del lenguaje. Por lo tanto, es el motivo por el cual los autores caracterizan a la adicción como la patología del silencio, en donde los adictos sufren ante la incapacidad de poder hablar. El no poder decir o manifestar aquello que los aflige, se termina expresando a través del consumo, siendo lo compulsivo la característica del síntoma, donde se repite la conducta.

Desde una perspectiva cognitiva-conductual, tomando como referencia el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985), estos autores señalan que la dificultad para evitar o reducir la conducta adictiva tiene como característica:

- 1) La pérdida de control de cualquier situación asociada los estados emocionales negativos.
- 2) Los conflictos interpersonales.
- 3) Los contextos de presión social.

Así, como señalan los autores anteriormente mencionados, un deficiente manejo de cualquiera de estas situaciones de alto riesgo, incrementaría la posibilidad de volver a realizar la conducta adictiva y facilitaría una recaída. Por eso se remarca la importancia de que la persona se haga de habilidades de afrontamiento y cambios de estilos de pensamiento en las que se encuentre en situaciones de riesgo. La autoevaluación de las capacidades de las personas y la resolución de problemas es un factor de protección frente a las adicciones. Un aspecto esencial se relaciona con el hecho de que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas. Al hablar de adicto y conducta/s adictiva/s, se debe entender que habitualmente no va sola una conducta adictiva, sino que suelen estar presentes varias al mismo tiempo en un mismo individuo. El fenómeno del policonsumo, tan frecuente en drogadependencias, indica que no se da una sola conducta adictiva sino varias al mismo tiempo. También, fruto de lo anterior, o en interacción con las conductas adictivas, suele encontrarse frecuentemente, al menos en las personas dependientes, la presencia de patología orgánica, psicológica y psiquiátrica. Conocerlo es importante, tanto para saber la causa del problema, como su evolución y su posible tratamiento o recuperación. En cuanto a las conductas adictivas debemos hacer una diferenciación entre las adicciones con y sin sustancias, aquellas que tienen un componente químico de aquellas que son derivadas del orden social y comportamental que no están interferidas por la ingesta de algún psicoactivo.

3.2 Tipos de Adicciones: con y sin sustancia

La fundación RECAL (2001), centro especializado en adicciones con sede en Madrid, señala que en realidad no existen distintos tipos de adicción como tal, sino que existen distintas maneras en las que ésta se manifiesta. Mientras que una persona puede ser adicta al alcohol, otra ser adicta a drogas de uso legal o ilegal, y otra adicta al juego o a otro tipo de comportamiento. La dinámica es siempre la misma: una relación de consumo o de comportamiento que altera el estado de ánimo de la persona.

Como se viene señalando, una adicción consiste en una pérdida de control por parte de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta. Aunque se han propuesto distintos tipos de adicciones, hoy podemos diferenciarlas en dos grandes grupos: aquellas producidas por sustancias químicas y aquellas producidas por conductas. Serían las adicciones químicas y las adicciones comportamentales. Entre las primeras tenemos la adicción al alcohol, a la nicotina y a las drogas ilegales. Entre las comportamentales, el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas y junto a la adicción a las nuevas tecnologías (Iglesias, 2010). Es por este motivo que anteriormente se hablaba de conductas adictivas porque se manifiestan en múltiples ámbitos de la vida de las personas y pasan más desapercibidas dentro de la sociedad. Pero que generan igual malestar en la persona, quizás sus consecuencias directas no sean a nivel biológico o cerebral, pero el impacto que tienen repercute más en el ámbito social, en lo laboral y lo económico.

Según Campayo (2012), este tipo de adicciones pasan más inadvertidas, porque no se consiguen dentro de un mundo marginal. Además, son aceptadas socialmente, porque en el caso de las nuevas tecnologías, es cuestión de tiempo dedicado. Un claro ejemplo de este tipo de adicciones es aquella persona que se caracteriza por ser un trabajador compulsivo o un adicto al ordenador, el poseer uno y poder utilizarlo todo el tiempo que quieran, o bien las personas que juegan a los videojuegos a través del ordenador pueden adquirir también dependencia al mismo. Como ocurre con otras adicciones, aspectos de ocio, tiempo libre, facilidad de uso, acceso a información, etc., si no se saben usar adecuadamente, o dosificar la cantidad de tiempo dedicado, pueden llegar a ser adictivos y en vez de ayudar a la persona a vivir mejor pueden ser un impedimento en su vida cotidiana o personal.

Aquellas personas que desarrollan adicciones suelen presentar determinadas características y rasgos específicos de la personalidad en los que se encuentran la impulsividad, baja autoestima con frecuencia asociada a carácter neurótico, con inseguridad, hipersensibilidad, timidez y tendencia a fobias sociales e introversión, asociada a síntomas ansiosos (Gonzalves, 2016). Además, estas adicciones suelen presentarse junto a determinadas enfermedades mentales, que pueden ser previas o consecuencia de la adicción. Como puede suceder en el caso de los jugadores patológicos donde es habitual que estas personas consuman alcohol u otras drogas mientras juegan, pudiendo llevar al desarrollo de otras adicciones; que desarrollen patología depresiva y trastornos psicossomáticos; y que su conducta les acarree diversos problemas familiares, sociales, laborales y legales (Echeburúa et al., 2010).

El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) como de algunas ilegales (cannabis, cocaína o drogas de síntesis), se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar o en su economía (Kendler et al., 2000). El consumo de cannabis, en sus distintas formas, tiene efectos psicoactivos en el individuo, es una droga que por sus propiedades puede producir intoxicación, tolerancia y dependencia (American Psychiatric Association, 2000). El consumo habitual de cannabis durante largos períodos de tiempo se asocia a alteraciones neuropsicológicas relacionadas con los procesos atencionales, mnésicos y de velocidad de procesamiento de la información, así como a dificultades psicomotrices.

En relación con la cocaína, ésta se puede tomar en forma de hojas masticadas (hojas de coca), polvos de clorhidrato de cocaína o inyectarse, y el crack para fumar o mezclada con heroína (speedball). En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados: el episódico y el crónico (diario o cuasi-diario). En el primer caso, el consumo se tiende a realizarse en fiestas o ante una sobrecarga de trabajo. A veces se produce el *colocarse*, consistente en consumir esporádicamente, pero a dosis altas (Iglesias, 2010). Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperalerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hipersexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. A pesar de que muchas de

las consecuencias dañinas son comunes a todas estas manifestaciones de la adicción, algunos daños son específicos del consumo de un determinado tipo de sustancia o de comportamiento. Por ejemplo, los efectos mentales y físicos de la adicción al alcohol son distintos a los derivados de la adicción a la heroína, a la cocaína o al juego. Como se ha señalado la adicción en sus diversas manifestaciones traerá aparejados muchos problemas en la vida de las personas, también para los países es una epidemia que se debe combatir constantemente con recursos económicos y a través de políticas de estado. Por eso es importante la aplicación de estrategias de prevención para poder actuar en las fases iniciales del consumo, donde las personas no están tan comprometidas con la sustancia.

3.3 Fases de la adicción: Uso, abuso y adicción

La adicción es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo. Al principio, el tipo de uso que la persona hace de la sustancia o conducta no es adictivo, pero progresivamente, el tipo de uso varia, aumentando hacia la habituación primero y luego hacia el abuso. Algunas organizaciones como la Comisión nacional contra las adicciones (CONADIC, 2007) utilizan las definiciones de uso y abuso según su función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo. Se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados con enfermedades, accidentes y conductas antisociales. Aun en este momento no se puede hablar de adicción, pues el abuso es un estado en el cual la persona conserva el control sobre su uso. La línea que divide al abuso de la adicción es muy fina y muchas veces inadvertida, pero lo cierto es que, si la persona predispuesta se expone al uso de la sustancia o conducta de riesgo, puede pasar esa línea y convertirse en adicto.

Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica. Es un término realmente complejo en la práctica clínica. Esto se debe a que no basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara claramente de la sustancia. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una

sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. En esta fase la persona dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarla, a obtener dinero para comprarlas y a consumirlas. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana (Iglesias, 2010).

Es en la etapa de la adicción donde las relaciones de amigos y familiares se comienzan a romper, se empiezan a visualizar dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva, el adicto no puede tolerar la abstinencia. Hay compromiso orgánico y la persona se expone a situaciones de peligrosidad tanto para sí como para terceros. Becoña (2008) señala que cuando el adicto no puede acceder a la dosis deseada, es donde se comienzan a evidenciar los cambios en el estado de ánimo de la persona y se comienzan a hacer manifiestas las conductas de violencia. Según Goti (1990) los drogodependientes tienen rasgos comunes de conducta, a lo que se denomina patología del consumidor. Cuando el consumo persiste con el tiempo se vuelve inevitable y muy dificultoso para la persona poder interrumpir el consumo. Tanto las clasificaciones de la CIE-10 (OMS, 1992) han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica. Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La CIE-10 (OMS, 1992) define la dependencia física como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga. Por dependencia psíquica o psicológica se entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

3.4 Circuitos de recompensa

El circuito del placer o circuito de recompensa desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas. Se trata de un circuito cerebral existente no sólo en el ser humano sino

compartido con la gran mayoría de los animales. Es, por tanto, un sistema primitivo. De manera natural, este circuito es básico para la supervivencia del individuo y de la especie, ya que de él dependen actividades placenteras como la alimentación y la reproducción (Ayesta, 2002). De alguna manera, el consumo de sustancias no hace sino secuestrar, piratear, pervertir dicho circuito del placer, y consigue que el sujeto aprenda y tienda a realizar conductas de consumo de la sustancia, así como a mantener en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo (Iglesias, 2010). Como señalan algunos autores este circuito de recompensa es una vía común de reforzadores tanto naturales como artificiales (Damasio, 1994; Verdejo & Bechara, 2009). Se observa que esta misma vía, parece ser común para otro tipo de adicciones, conductuales, como son la adicción al juego (ludopatía) y el uso de internet.

El objetivo último de este sistema de recompensa es perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias ya sea de manera directa o indirecta, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto tienda a volver a consumir (Tirapu, Landa & Lorea, 2004). La dopamina se encarga de manera directa de establecer y regular las sinapsis que componen dicho circuito. En una situación normal, la llegada de un estímulo placentero supone la liberación de dopamina al espacio presináptico y estimulando los receptores postsinápticos. Una vez que ésta ha cumplido su objetivo, es reintroducida a la neurona de origen por la bomba de recaptación de dopamina. Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor implicado en el circuito de recompensa. Otros neurotransmisores están involucrados. Así, la serotonina actúa regulando este circuito a través de su acción sobre el hipotálamo; los opiáceos y el GABA lo hacen sobre el ATV (área tegmental ventral) y el NAC (núcleo accumbens). La noradrenalina, por su parte, procede del locus coeruleus liberándose en el hipocampo (Nestler, 2005).

Este sistema resulta dañado en las adicciones, en donde un consumo agudo genera una liberación de dopamina la cual amplificaría la sensación de placer. En la fase de dependencia que está marcada por un consumo crónico, no generará una liberación constante del neurotransmisor, sino que producirá una alteración de dicho circuito. En el ámbito clínico esto se manifiesta a través de la tolerancia, es decir, la necesidad de un mayor consumo de sustancia para lograr un mismo efecto. La disminución de la

dopamina y los cambios neuro adaptativos consiguientes hacen que el sujeto potencie el consumo de la sustancia como manera de mantener constante el grado de estimulación (Bardo, 1998; Kelley, 2004; Dalley et al., 2007).

Junto a los factores neurobiológicos, cabe señalar que existen otra serie de factores que cumplen la función de protectores, otros de riesgo; algunos biológicos, otros psicológicos y sociales (ambientales), que condicionan la dependencia interaccionando con los factores puramente genéticos. En el paso del consumo puntual a la dependencia intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos. La personalidad, el ambiente educativo, la disponibilidad y accesibilidad de la sustancia, la integración en actividades y grupos saludables, son algunos de los factores ambientales que condicionarán la dependencia. Igualmente, se conoce desde hace unos años la importancia que tienen los procesos de aprendizaje en el inicio y el mantenimiento de una adicción, así como en la recaída (Ambrosio, 2003).

Es importante tener presente, la multidimensionalidad de la problemática de las adicciones, hay factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el mantenimiento de la conducta adictiva. Es por eso, que la hora de diseñar un programa de rehabilitación, es necesario contemplar diferentes estrategias de abordaje para su tratamiento.

3.5 Tratamiento para las adicciones

Dado que el abuso de drogas tiene distintas dimensiones y altera diversos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento no es sencillo. Los programas eficaces de tratamiento suelen incorporar muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento para la adicción debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad (NIDA, 2009). Puesto que típicamente la adicción es una enfermedad crónica, las personas simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse. La mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o varios episodios de tratamiento para lograr la verdadera meta de la abstinencia continuada y la recuperación de la vida productiva. Es por esto por lo que los programas para la rehabilitación constan de

distintas etapas y trabajan principalmente con la abstinencia del paciente y luego la elaboración de distintas estrategias de abordaje. Para poder realizar un tratamiento que resulte eficaz, es necesario combatir la falta de conciencia de enfermedad que genera la adicción, el adicto no se siente enfermo. El adicto comprende que lo que hace es incorrecto, pero al no sentir dolor ni malestar no se siente enfermo, solo disfruta la experiencia placentera que le ocasiona su adicción. Secuencialmente, primero niega su adicción enmascarándola; enseguida cuando ésta ya es inocultable, la minimiza, refiriendo que sólo es un vicio pasajero que él puede controlar o cesar cuando se lo proponga, considerándose a sí mismo solamente un consumidor social (Nizama, 2015). Esta falta de conciencia de enfermedad es lo que genera que el propio adicto boicotee su propio tratamiento, presentando desmotivación o rechazando la ayuda terapéutica dado que él no la necesita, pues no está enfermo y no tiene problemas de adicción. Es importante resaltar que el tratamiento para las adicciones no es algo sencillo, ni se consigue de forma espontánea, sino que es un proceso que debe atravesar quien quiera abandonar las drogas y abocarse por poder adquirir hábitos de vida más saludables. Es por eso por lo que las modalidades de tratamiento para las adicciones están enfocadas principalmente en las comunidades terapéuticas, que están diseñadas para contener al adicto el tiempo suficiente para lograr su rehabilitación (Iglesias,2010).

3.6. Comunidades terapéuticas: origen y evolución.

La comunidad terapéutica nació a finales del año 1950 como consecuencia de los movimientos de autoayuda. En ese momento surgieron grupos como Alcohólicos Anónimos, que evolucionaron hasta convertirse en comunidades autosuficientes y administradas de forma democrática. Inicialmente se dedicaban a apoyar la abstinencia y la recuperación del consumo de drogas (Palacios,2013).

En América latina tuvo sus orígenes a raíz de egresados de Synanon, quienes fundaron la Comunidad Terapéutica de Daytop, en Nueva York, en 1963, que incluía entre sus operadores a profesionales. En este sentido, Daytop fue la comunidad que marco el verdadero comienzo de la expansión de las Comunidades Terapéuticas por el mundo, sentando las bases para su posterior evolución en instituciones mucho más sofisticadas. Posteriormente, se origina en Italia otro gran movimiento de Comunidades Terapéuticas denominado Proyecto Hombre, que, valiéndose de la formación y experiencia norteamericana, agrega estratégicamente nuevos instrumentos terapéuticos más acordes a la realidad cultural y familiar europea y latina (Palacios, 2013).

La comunidad terapéutica está conformada por un grupo de personas que tienen un objetivo en común, que para facilitar la consecución de sus fines se da bajo un reglamento de normas institucionales que hacen a la organización interna. La comunidad, posee la característica de ser un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificial y un clima de tensión afectiva, provocando que el residente actúe su patología frente a sus pares, quienes a través de la técnica de autoayuda sirven de espejo ante las consecuencias sociales de sus actos (Goti, 1990). Esta reproducción del ambiente social tiene la importancia que para cuando el paciente vuelva al mundo social, no se produzca ningún choque con la sociedad.

La comunidad trabaja sobre la base conceptual de que todos son una familia, desde los residentes hasta la parte administrativa. Entendiéndose a esta familia como a un sistema social, es decir sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, en tanto la modificación de un elemento dentro del sistema altera al sistema por completo. Este sistema tiene la característica de buscar la homeostasis constantemente. Dentro de la perspectiva del modelo sistémico con el cual se trabaja, se entiende que el síntoma que manifiesta el paciente es producido dentro de un sistema defectuoso que es la familia (Arbelaez, 2017). Cuando un adicto va a una comunidad terapéutica buscando ayuda, este llega en la mayoría de los casos sucio, desnutrido, hinchado, culpabilizado, golpeado y cansado. A veces llega solo y otras con la familia, donde la familia también se encuentra cansada, aburrida, triste, frustrada y lo que quieren es deshacerse del problema. Claro está, que no es en todos los casos donde se recurre a los centros de rehabilitación para poder solucionar sus problemas y rehabilitarse (Roa, 2019).

3.6.1 Objetivos de las comunidades terapéuticas

El objetivo principal de la comunidad es poder rehabilitar al residente, donde la palabra rehabilitar significa restablecer, volver al primer estado a una persona. En el caso del adicto es devolverlo a su estado previo al inicio del consumo y aquí radica la importancia de realizar un tratamiento en donde pueda volver al estado anterior mediante un proceso terapéutico. A la hora de hablar de un tratamiento de rehabilitación, se lo puede definir como el conjunto de estrategias e intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas, para aumentar y optimizar el desempeño personal y social. La rehabilitación

implica tratar la intoxicación, proporcionar contención y dar seguridad a los pacientes en un ambiente controlado (De león, 2004). Requiere, por otra parte, la adquisición de conciencia por parte del sujeto sobre la problemática vinculada al consumo; generalmente, esta conciencia se presenta antes en el contexto familiar que en el propio adicto, por lo que sus familiares adquieren fundamental importancia en el proceso de recuperación, y su participación debe ser evaluada, definida y orientada. Un factor fundamental para la rehabilitación es la motivación y el compromiso por parte del adicto hacia el programa de rehabilitación, así como la creencia de que el problema puede resolverse. Muchos pacientes arriban a las comunidades terapéuticas habiendo ya pasado por otros centros de rehabilitación y a raíz de eso generan el efecto denominado indefensión aprendida (Seligman, 1967). La comunidad terapéutica tiene como objetivo final, la mejora y el reingreso desde la subcultura a la sociedad, desde una nueva vida y nuevos valores. Es decir, el fin de la comunidad terapéutica (y el tratamiento en sí) es la reconstrucción del estilo de vida de los pacientes para que puedan llevar una vida más saludable y adoptar hábitos que les permiten poder sobrellevar las distintas dificultades que les presente su día a día.

3.6.2 Metodología de trabajo

Cuando nos referimos al tipo de metodología empleado por las comunidades terapéuticas, autores como Fernandez (2011), hacen hincapié al señalar que la estrategia elegida para favorecer el proceso de rehabilitación es la propia inclusión y vivencia en una estructura social de convivencia con una serie de normas, límites y responsabilidades establecidas. En donde haya una distribución clara en sectores y roles de trabajo y funcionamiento, con unos horarios y hábitos de la vida cotidiana establecidos y mantenidos en el tiempo. Sumados a la vivencia en valores y transferencia cultural que supone un proceso de rehumanización de mayor o menor duración. Diversos autores coinciden en la existencia de un proceso continuo dentro de las comunidades susceptible de ser dividido en diferentes etapas, las cuales están marcadas por cantidad de meses y se dividen en admisión, tratamiento y egreso. Esta periodización permite una idea de progreso o avance, una referencia que revela cuál es la posición relativa de cada residente dentro de la Comunidad (Palacios, 2013). Esta etapa de admisión consiste en un período en el cual el personal profesional evalúa si el consultante y su familia poseen el perfil requerido para dicha institución. Se focaliza en

evaluar la motivación que presenta el paciente y la demanda de tratamiento (Goti, 2000). Esta etapa se caracteriza por un conjunto de encuentros sucesivos tanto con el postulante y su núcleo familiar para realizar una evaluación en donde se considerará si son inapropiados o potencialmente perturbadores de la dinámica comunitaria. En este sentido, con frecuencia, puede escucharse de boca de los profesionales la frase *este tratamiento no es para cualquiera*. Uno de los requisitos fundamentales para la realización de un tratamiento dentro de una comunidad terapéutica es un compromiso de inmediata abstinencia de sustancia. Por intermedio de esta obligación, el tratamiento se convierte en un medio para un *cambio de vida* (Kalina, 1988; Goti, 2000). Conforme el paciente sea admitido dentro del programa, iniciará lo que será su tratamiento, que consistirá en poder interiorizar las normas y valores de la comunidad. Así, deberá aprender una serie de herramientas que le permitirán manejarse dentro de la institución, como los pedidos de explicación y los blanqueos. Además, cuenta con diferentes grupos denominados de pertenencia, de sentimientos, apertura y cierre. El elemento de corrección de conductas que utilizan las comunidades es un método de premios y castigos. Las Comunidades poseen un régimen de sanciones disciplinarias tales como pérdida de privilegios, correctivos verbales, vetos de conversación y expulsión (Goti, 2000). Los privilegios y sanciones son la forma por la cual la Comunidad, específicamente por medio de sus profesionales, expresan aprobación y desaprobación, y refuerzan un sistema de educación conductual (De León, 2004). La comunidad está minuciosamente estructurada para que los residentes, se adapten a la estructura de la institución y puedan lograr una adherencia positiva con su tratamiento. Teniendo en cuenta lo anterior es pertinente aclarar que, dentro de las comunidades existen diversas modalidades de tratamiento, dependiendo de la severidad del caso se podrá optar por la internación propiamente dicha la cual es indicada o debería serlo en pacientes en los que existe incapacidad de controlar o detener el consumo. Muchas veces este recurso se ha sobrevalorado. Su sentido positivo tiene que ver con el poder de aislar al adicto del mundo de la droga, pero a cambio de esto lo ingresa a un tiempo de aislamiento social y familiar. La modalidad de hospital de día implica que el paciente se encuentra en la comunidad durante la mañana, pero por la tarde pueda regresar a su casa, cumpliendo con una estructura a seguir en su domicilio y con el cumplimiento de determinadas obligaciones. Con respecto a la modalidad de terapia ambulatoria, la cual se indica para los casos menos graves, es un tipo de tratamiento que implica una baja afectación en cuanto a las actividades formativas, educativas o laborales, ya que el paciente asiste una

vez a la semana al centro de rehabilitación. Este tipo de terapia puede aplicarse en casos menos graves donde se requiere mayor compromiso por parte del consultante y de su grupo familiar para el mantenimiento de la abstinencia, la regularización de las actividades y el cumplimiento de las normas fijadas (Goti,2000).

3.7 Grupos: función, características y tipos

Se tiene en cuenta la idea de que organizamos la mayor parte de nuestra vida en diferentes grupos y que a través de la socialización dentro de estos, nos constituimos como individuos. El proceso de socialización se realiza mediante un doble movimiento que implica la personalización, proceso a través del cual un individuo se convierte en una persona, un ser humano como los demás y entre los demás; y luego la individuación que es el proceso por el cual una persona se singulariza de los demás (Grandich, 2006). Lewin (1936) en su teoría de campo utilizó un modelo matemático para explicar el campo psicológico de la persona y utilizó el concepto de campo, extraído de la física, para analizar y comprender la conducta humana. El campo psicológico lo constituye la totalidad de hechos coexistentes e interdependientes. Los individuos existen en un campo psicológico de fuerzas que determinan su conducta.

Este componente psicológico circunda a cada individuo y se llama espacio vital, que es un espacio subjetivo, diferenciado, que está referido a la forma en como cada individuo percibe el mundo, sus metas, sus esperanzas, sus miedos y sus experiencias pasadas. Cuando hablamos de grupos, es necesario mencionar la etimología, en la que se nos presentan dos líneas de fuerza que encontramos durante la reflexión sobre los grupos; una está relacionada con el *nudo* que señala el grado de cohesión entre los miembros, entendida como la fuerza que mantiene unida al grupo, evitando su abandono y el *redondo* que hace referencia a una reunión de personas, un círculo de gente (Anzieu,2004). Siguiendo la línea de este autor, existen diferentes tipos de grupos dependiendo de sus fines; la *multitud* se caracteriza por ser un gran número de individuos que se encuentran en un mismo lugar, sin haber buscado explícitamente reunirse y del donde cada uno pretende satisfacer al mismo tiempo una misma motivación individual. El grupo de las *pandillas* está compuesto por individuos que se reúnen voluntariamente en búsqueda de lo común es decir de los congéneres, aquellos que piensan igual a uno. La *pandilla* se hace duradera si se transforma en un grupo primario, pero entonces, cambia de características, y los miembros de una banda

empiezan a afirmar valores comunes, a diferenciar los papeles y a fijarse metas, se transforman paulatinamente en un grupo primario. Las *agrupaciones* en cambio se distinguen en que las personas se reúnen, ya sea en un número pequeño, medio o elevado y con una frecuencia de reuniones. Los fines de la agrupación responden a un interés común a sus miembros. Cada grupo ha su propia identidad y la identidad de un grupo no significa que todos los miembros posean necesariamente un mismo rasgo. Lo que la identidad grupal requiere es que exista una totalidad, una unidad de conjunto, y que esa totalidad tenga una peculiaridad que permita diferenciarla de otras totalidades (Arredondo, 2009). La identidad del grupo está íntimamente ligada a la memoria, es decir a la historia de los grupos. El sociólogo Halbwachs (1925), hace referencia a que el grupo constituye la condición de la memoria: sin grupos, la memoria no sería posible. Sin embargo, sostiene también que la memoria es una condición indispensable para la existencia del grupo. No existe recuerdo sin vida social, así como tampoco hay vida social sin recuerdo. Los recuerdos o fragmentos de recuerdos que parecen pertenecernos únicamente a cada uno de nosotros sólo pueden garantizar su permanencia no inalterable, sino mutable en la medida en que se vinculan a entornos sociales definidos y definitorios de grupos a los que pertenecemos. Sin esta vinculación, la memoria sería inteligible. La conciencia que tienen los miembros de un grupo de compartir su pasado es lo que contribuye a crear la identidad de grupo. Es decir, los diferentes avatares por los que el grupo ha ido pasando permiten a sus miembros reconstruir un pasado común y, de este modo, ir forjando la idea de un nosotros.

El sociólogo estadounidense Cooley (1909) hace una clara distinción entre dos tipos de grupos; grupo primario donde la existencia de relaciones afectivas es intensa, cara a cara; con un alto grado de cohesión interna y, evidentemente, un alto grado de intimidad entre sus miembros. Ejemplos de ello son las parejas, las familias y en donde el carácter afectivo tiene gran importancia. Los grupos secundarios se caracterizan las relaciones interpersonales que se basan en criterios institucionales que suelen ser independientes de las personas. En este tipo de grupo son las posiciones que ocupan las personas lo que importa y no tanto las personas mismas. Existen tres aspectos para la conformación de un grupo; la formalización organizativa, son las condiciones para pertenecer a él, es decir, se refiere a las normas de pertenencia formales-informales, rígidas-flexibles, estables-pasajeras, pero, independientemente de la forma que adquieran, pueden determinar en cada momento quiénes pueden ser parte del grupo y quién no. Las

relaciones con otros grupos que pueden ser positivas o negativas, de competencia, o formales o informales. En definitiva, es imprescindible la existencia de los demás para ir conformando la propia identidad, la de los grupos y la de las personas. Por último, la conciencia de sus miembros de pertenencia al grupo. Para hablar de una tipología de grupos podríamos centrarnos en muchas de las variables que presentan y que perfectamente podrían ser el criterio a partir del cual se puede proponer una tipología diferente. También podríamos decir que hay grupos que son de ayuda o terapéuticos, para la formación o para fines académicos. La formación de distintos grupos está determinada por distintos factores, es así como hay grupos creados por formación deliberada, los cuales tienen objetivos y tareas específicos, los grupos por surgimiento espontáneo y los grupos por formación inducida o forzada (Cartwright y Zander, 1971). Dentro de cada grupo la estructura del grupo también se encuentran las normas. Todo grupo tiene un marco de referencia común, los miembros comparten ideas sobre lo que se debe y lo que no se debe hacer. Las normas regulan las actitudes y los comportamientos de los miembros del grupo (Sherif, 1936). Las normas descriptivas corresponden con lo que los miembros hacen en una situación específica. En estas ocasiones donde los miembros no saben cómo comportarse, lo que hagan los miembros de más estatus o la mayoría se va a convertir en la norma dominante. Por otra parte, las normas prescriptivas indican lo que puede hacerse y lo que no. Son normas morales que indican a los miembros del grupo lo que está bien y lo que está mal. Estas normas premian la conducta mediante premios y castigos. Premian a los que se portan bien y castigan a los que no cumplen las normas. Algunos autores como (Benne y Sheats, 1948) destacan algunos roles clásicos dentro de los cuales se encuentra los de locomoción, mantenimiento y disfuncionales. Dentro de la teoría sionómica de Jacob Levy Moreno (1966) los roles cumplen un factor fundamental para la comprensión de los grupos. El rol es un elemento que permite la organización de todos los elementos que conforman la personalidad en un momento/espacio determinado, lo que quiere decir que los roles no son una abstracción teórica ni se presentan en el vacío, sino que la persona siempre representará un rol en un contexto determinado. Esta se constituye como una forma operativa, porque permite la manifestación de esta organización por medio de comportamientos específicos, que son susceptibles de ser observados y medidos. Todo rol está cargado de significado dichos significados son atribuidos al rol en distintos niveles; el primero se refiere al que le atribuye la persona, y esto tiene que ver con los aprendizajes previos que la persona tiene, y lo que sabe que implica cierto rol y forma

de relación; el segundo es el significado social que le es atribuido a partir de los patrones culturales y sociales donde cada persona se desarrolla, y le imponen a ésta la carga de ciertos límites comportamentales específicos para cada rol; el tercero se refiere al significado contextual, que tiene relación directa con el momento y espacio específico en que se demanda el desempeño de un rol determinado.

De los grupos ya mencionados, el grupo terapéutico se puede definir como un sistema en el que confluyen operativamente los requerimientos de una multiplicidad de sistemas humanos con sus propias experiencias, valores, creencias y particular manera de significar el mundo (Serebrensky, 2012). Estos grupos se constituyen por la cualidad de que todos los participantes tienen un objetivo en común, el grupo constituido como tal, tiene una finalidad es decir un objetivo. Este objetivo es diferente pues depende el motivo por el cual se constituyó, aliviar un padecer, cambiar una conducta o aprender nuevas formas de relacionarse (Klein, 2017). El psicólogo alemán K. Lewin define a los grupos como un todo dinámico el cual se encuentra sometido a la influencia de diversas fuerzas, producto de la relación de los deseos y defensas de sus miembros. Estos a su vez están en continuo cambio, siendo el cambio y la resistencia un aspecto esencial en la vida de estos. El cambio y la resistencia son los dos conceptos centrales, dado que todo grupo al constituirse presentará resistencia al cambio, Klein (2017) señala que cuando el grupo se constituye aparecen la ansiedad paranoide y la ansiedad depresiva, el miedo a lo nuevo y el miedo a perder lo que ya se tiene. De forma tal que el trabajo dentro del grupo es poder superar estas barreras que se hacen manifiestas algunas veces y otras no, pero que son un obstáculo para el grupo en la consecución de sus objetivos. Cómo señala el autor Pichon Riviere (1970), todo grupo que se constituye tiene una *tarea*, esta es entendida como el camino que ha de transitar todo grupo para poder arribar a su objetivo que es por el cual fue constituido el grupo, la cual será explícita o implícita. Ahora bien, es importante destacar que dentro del grupo existen diferencias en cuanto a la individualidad de cada sujeto que lo compone, es decir entre las necesidades y las satisfacciones que logra cada uno dentro del mismo, pues al haber un objetivo de grupo cada uno satisface sus necesidades. Para poder abordar la dinámica de los grupos y comprender la forma en que estos funcionan es importante tener presente el de *telé* enunciado por Moreno (1966) donde señala que se constituye como una relación elemental que puede existir entre individuos y que el ser humano va a ir desarrollándolo paulatinamente desde su nacimiento como un sentido para las relaciones

interhumanas. Se le puede considerar como el fundamento de todas las relaciones sanas; y consiste en el sentimiento y conocimiento de la situación real de las otras personas. La *telé* existe normalmente desde el primer encuentro y crece de un encuentro a otro. Es decir que, dentro del grupo la relación y la predisposición para la interacción que emerge dentro del mismo van a estar determinadas por la sensibilidad emocional por parte de los sujetos que lo compongan para lograr arribar a la tarea. Cuando se trabaja con grupos terapéuticos los aportes de Pichon Riviere sobre roles y dinámica de grupo son esenciales para su comprensión. Encontramos así, tanto roles formales o prescriptos, que serán aquellos que están determinados por la posición que ocupa un sujeto en una institución; y roles informales cuando los sujetos juegan un papel dependiendo de la red de interacción grupal. Por lo tanto, en el interjuego de roles se destacan como prototipos los roles del portavoz, el chivo emisario, el líder o el saboteador. Cada uno cumple una función importante dentro del grupo y determinara la dinámica e interacción grupal.

Esta sensibilidad es la que permite que haya una conexión entre los sujetos para poder llevar adelante el trabajo.

Por lo tanto, para constituir un grupo, debe diseñarse dentro de un marco, es decir, determinar la cantidad de integrantes que formarán el grupo, la duración de la sesión y los temas que se abordarán dentro del mismo. Es parte del grupo poder constituirse como tal, es la tarea implícita que todo grupo afronta a la hora de conformarse.

3.8 Vínculos entre pares

Por iguales se entiende a aquellos niños o adolescentes que tienen aproximadamente la misma edad o nivel madurativo. La interacción entre iguales, especialmente en las primeras etapas evolutivas, consiste principalmente en el juego, y permite a los niños ampliar las habilidades sociales y cognitivas (De la corte, 2017). El desarrollo óptimo de un ser humano depende en gran medida de las interacciones que se forjen en sus etapas más tempranas del ciclo vital, y en las relaciones entre el individuo y el contexto social donde se desenvuelva (Betancourt et al, 2014). Es decir que la experiencia que un individuo tenga con sus pares constituye un importante contexto para el desarrollo socioemocional en la infancia. En el marco de este contexto los niños y niñas van adquiriendo habilidades, comportamientos, actitudes, valores y experiencias que inciden y promueven su funcionamiento afectivo, social y cognitivo a lo largo de la vida (Greco,

2017). Es importante señalar que desde la infancia y en la escuela los niños irán adquiriendo competencias sociales a raíz de las interacciones con sus compañeros, lo cual va a ser una variable fundamental en la posteridad. Parte de estas competencias sociales están relacionadas en la manera en que el niño inicia las relaciones con sus pares y resuelve conflictos. La carencia en habilidades sociales favorece la aparición de comportamientos disfuncionales tanto en el ámbito familiar como en el escolar, lo que dificultaría el desarrollo de interacciones sociales sanas (Gálvez, 2014). Las relaciones interpersonales entre pares pueden teñirse de matices positivos y negativos. La manera de relacionarse de las personas está marcada por el tipo de apego que estas hayan desarrollado durante el periodo de su infancia (Ainsworth & Bell, 1970). Las evidencias muestran que, un tipo de apego seguro desplegará características positivas en el sujeto a diferencia de aquel que haya experimentado un tipo de apego desorganizado. El tipo de conductas desplegadas y el tipo de emociones que sienten son muy diversas, es así como un tipo de apego seguro no estará pendiente de ser abandonado, sabrá disfrutar de la intimidad y permitirá otorgarle el espacio necesario al otro. Un tipo de apego desorganizado es aquel en el que se tiende a desarrollar relaciones conflictivas y dramáticas, lo que sienten y dicen no va en concordancia y viven intensamente la posibilidad de ser abandonados. Se debe tener presente la forma que se van integrando las distintas experiencias y en su posterior evolución. La persona en la medida que va creciendo se insertará en una sociedad que le demandará y el tipo de desarrollo junto con las habilidades adquiridas jugarán un papel central en su desenvolvimiento (Carlos, 2014).

Considerando que la mayoría de los adictos comienzan su consumo en la adolescencia, un período evolutivo que se sabe que está marcado por una profunda crisis de identidad (Erikson, 1968, 1969). La etapa más compleja y vulnerable luego de la niñez es la adolescencia que es aquel período de transición que se da entre la niñez y la adultez. Su inicio es perceptible debido a que se producen cambios a niveles fisiológicos, psicológicos y socioculturales. La forma personal en que cada sujeto asimile dichos cambios determinará el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía. El joven, empieza a necesitar mayores espacios de libertad, es un periodo que está caracterizado por empezar a cuestionarse los valores adquiridos en este seno y pretende encontrar un sentido de vida propio basado en el conocimiento de sí mismo, de sus gustos, actitudes, limitaciones y preferencias (Laespada, 2004). El grupo proporciona al

sujeto un modelo, unas claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo, moldeando actitudes, adoptando hábitos, definiéndose por gustos. Por otra parte, la aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad prioritaria que condiciona las relaciones del joven con los demás, así como su comportamiento (Betancourt et al, 2014). El grupo proporciona sensación de pertenencia, comprensión y reconocimiento. Por lo que se constituye como un foco de grandes influencias. Así autores como Espada (2008) señalan que los amigos brindan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar.

Los amigos son elementos importantes a la hora de obtener compañía, de generar situaciones de diversión, son fuente de intimidad, de afecto y de seguridad emocional en situaciones novedosas o de estrés, Peñafel (2009). Los iguales contribuyen al conocimiento y validación del yo, facilitando la reflexión sobre uno mismo. La relación entre iguales cumple funciones muy significativas en el desarrollo y muy distintas aquellas que se obtienen de las relaciones de parentesco (De la corte, 2017). Esta autora define a la amistad como una relación subjetiva y de carácter recíproco, donde su elección es libre e igualitaria y los aspectos afectivos prevalecen sobre los instrumentales. Como se viene señalando, el grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece al grupo debe adoptarlas para ser valorado. En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta. Es de gran importancia poder generar una red de amigos que no consuman, para poder brindar la contención y el apoyo suficiente a la persona cuando esta tenga que reinsertarse en la sociedad, dado que uno de los factores que podría estar relacionado con la no reincidencia del consumo es el apoyo social (Gonzalves, 2016). Este es definido como un proceso interactivo, gracias al cual, el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto. Así como señala Espada (2008) la probabilidad de iniciar con un consumo está determinada si el mejor amigo también consume. Tener amigos consumidores de drogas y no consumidores es un aspecto importante; en tal sentido se observa que la red de amigos de los adolescentes experimentales está formada por pares que, en su mayoría o totalidad, han consumido recientemente (Calafat, Fernández, Juan, Becoña & Gil, 2004).

Conocido el enorme poder de los iguales, puede ser tomado dicho capital social como referente educativo a emplearse en la prevención y en la lucha contra el abuso de drogas; porque si los iguales aparecen como la piedra de tropiezo, también pueden convertirse en un apoyo que aporte elementos de protección, la estabilidad emocional, en suma, madurez personal y social, etc. (Brediñana, 2008). Cada vez hay más investigaciones sobre los efectos positivos de los amigos, apoya esta propuesta como las experiencias efectivas realizadas por Lavallee, Bierman y Nix (2005) que emplearon el grupo de iguales en programas para reducir problemas de conducta. Además, como señala Nieva (2003) el trabajo socioeducativo realizado con adolescentes en situación de riesgo o con conductas problemáticas realizado en el propio medio y la realización de determinadas actividades con los mismos, se han mostrado como estrategias útiles a la hora de producir cambios significativos en la vida de los/las adolescentes, permitiéndoles defenderse frente a la presión para el consumo de drogas y facilitando su integración social. Se trata, no obstante, de un trabajo a medio y largo plazo, en el que juega un papel muy importante la consolidación de los vínculos afectivos que se crean en el seno de los propios grupos y entre éstos y los técnicos que realizan la intervención.

3.8.1 Factores de protección y factores de riesgo

Al hablar de factores de riesgo y de protección es necesario explicitar en qué consiste cada uno de ellos, así es que un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición a que se produzca un determinado fenómeno (Laespada, 2004). Es decir que su presencia hará que aumenten o se desarrollen conductas que dañen la salud de las personas. Como se viene señalando anteriormente, hay muchos factores que son predisponentes para el abuso de drogas, los factores de riesgo aumentan las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante señalar que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (NIDA, 2004).

La importancia de restablecer los vínculos es primordial dentro del tratamiento, puesto que se le asigna el factor de protección y de contención para el paciente cuando finalice el tratamiento. Según Donas Burak (2001) los factores de protección de amplio

espectro están ligados a la familia, cumpliendo la función contenedora, de buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Por este motivo es que se trabaja para restablecer los vínculos con sus familias. Vínculos que como se viene mencionando si fueron deficientes en la niñez es pertinente tener que restablecerlo para que se constituyan como red de contención.

Se considera de suma importancia el trabajo con el grupo de amigos, es por eso por lo que hay un grupo designado dentro del tratamiento para la re-vinculación con sus pares que no hayan consumido o generar una nueva red de amigos para el futuro. Como señala Carballo (2006) el grupo de amigos se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas, hasta tal punto que, para algunos autores, el consumo depende enteramente de la naturaleza social del grupo de amigos del sujeto, es decir, cuando los compañeros de un adolescente consumen drogas, incluso si no hay otros factores de riesgo, es probable que el adolescente consuma drogas. Otros factores de riesgo son aquellos que están relacionados con las conductas delictivas, malos rendimientos académicos, rechazo por parte de los iguales y desorganización comunitaria (Iglesias, 2010). A la hora de comprender los factores de riesgo se debe hacer mención aquellos que son de carácter individual y aquellos relacionales, siendo los primeros aquellos de mayor importancia para el posterior desarrollo. Autores como Laespada (2004) señalan que las actitudes, creencias y valores son importantes dado que lo que el joven piense sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimente con ellas, arroje un balance subjetivo positivo o negativo determinará la ocurrencia o no del consumo. Siguiendo esta línea, Yuste (2003) señala en relación con el consumo de drogas y el grupo de amigos, que cuando consumir sustancias es un valor predominante en un grupo, existe una presión grupal explícita o implícita para que todos los miembros consuman como muestra de pertenencia grupal.

Se ha comprobado que las creencias y actitudes positivas hacia las drogas se relacionan fuertemente con el consumo, de la misma forma que éste se correlaciona con un menor aprecio por valores ligados a la socialización convencional. En la misma línea de pensamiento del autor hay otros factores que son predictores de riesgo para conductas que dañen la salud de la persona, la falta de recursos sociales y habilidades, el

autoconcepto y la autoestima, el autocontrol y la experimentación. La importancia de tener un autoconcepto positivo y una autoestima alta son esenciales para el óptimo desempeño de las personas y están íntimamente relacionados con el bienestar y el ajuste psicológico del sujeto. En este sentido, un buen nivel de autocontrol permitirá al sujeto rechazar comportamientos que a pesar de permitirle obtener consecuencias positivas inmediatas repercuten negativamente a largo plazo; también le permitirá planificar objetivos, ejecutarlos con estrategias adecuadas y obtener con ello recompensas personales

La experimentación y la sensación de afrontamiento de forma *eficaz* es una variable predictiva que, de ser experimentada de forma positiva, es decir si el sujeto evalúa que el consumo de sustancias le permite afrontar situaciones de manera menos estresantes, la probabilidad de que el consumo se repita en un futuro es alta. Esta condición ilusoria es una característica de las adicciones y se produce un autoengaño en el cual el sujeto no puede diferenciar entre lo real y lo fantasioso (Laespada, 2004). Es por lo que se señala que se debe enfocar en poder desarrollar habilidades sociales que le permitan afrontar de forma eficaz la realidad, sin tener que hacer uso de ninguna sustancia.

Como menciona la autora Greco (2017), el núcleo familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona, desde que nace hasta que en la adolescencia irá tomando como referencia a su grupo de iguales. La escuela se constituye como un agente educativo y de socialización prioritario. El contexto escolar es el lugar donde, entre otros objetivos, se prosigue el cultivo y la promoción de aquellas dimensiones que más se relacionan con la aparición o la ausencia de los factores que están a la base de las conductas marginales. Así es que el grupo de amigos es un punto clave para la comprensión de la adicción, es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes, ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses (Carlos, 2014). Dado que la pubertad es una época en la que el sujeto trata de encontrar una identidad, el grupo proporciona al sujeto un modelo, algunas claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse, formar actitudes, adoptar hábitos. y definirte según tu gusto. Por otro lado, la aceptación por parte del grupo se convierte en una necesidad primordial que determina las relaciones del joven con los demás y su comportamiento.

Trabajar con el grupo de amigos forma parte para la comprensión de las recaídas dentro de un proceso terapéutico, ya que el sujeto *adicto en recuperación* es aislado y reconducido a un nuevo ambiente con nuevas normas y reglas, para luego, una vez terminado el proceso, ser reconducido a la vida social en otro estado: *recuperado*. Así autores como Fernandez (2011), toma la teoría de los ritos de los pasajes de Arnold van Gennep para la comprensión de estos pasajes, que se transitan con complicaciones y obstáculos; la recaída no es sino un intento de retornar a su antiguo grupo de pertenencia. En este sentido, un ritual de aflicción, cuya figura es el deseo por parte del paciente de no consumir, se complementa con uno de pasaje (o crisis vital) en donde el protagonista es resocializado para ser, en última instancia, insertado en la vida económica. De cualquier modo, los pasos que debe completar un adicto para pasar de un grupo a otro se dan con un grado elevado de incertidumbre, ansiedad, angustia y soledad. Es decir, el individuo ha dejado, además de las drogas, a su antigua red de amigos; pero por el sólo hecho de dar este paso, no se inserta inmediatamente en otro grupo, sino que permanece en una zona liminar, de pasaje o intermedia en donde se encuentra sólo con su grupo terapéutico. Al grupo terapéutico también deberá abandonar, para poder identificarse con un grupo externo y nuevo. Teniendo presente esta situación vivencial que atraviesan los recuperados, es que cobra valor el grupo de amigos para la reinscripción dentro de la sociedad. Desde la comunidad se trabajará con el objetivo de crear una nueva red que le permita al recuperado encontrar sostén emocional y afectivo dentro del grupo social en el que se va a sumergir, considerándolo como un determinante interpersonal positivo dentro del modelo de prevención de recaídas de (Marlatt y Gordon,1993).

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

- Descriptivo

4.2 Participantes

Para esta investigación se contó con la colaboración de dos participantes que están realizando un tratamiento bajo la modalidad de internación, con quienes se estuvo en contacto todos los días, de lunes a viernes, a lo largo de la práctica de Habilitación Profesional. Los sujetos han sido admitidos dentro del programa debido a que presentan un consumo problemático con las drogas.

Para resguardar las identidades de los sujetos, serán referidos de la siguiente manera; Federico de 24 años, ingresó al tratamiento por voluntad propia y el tiempo de tratamiento es de dos meses y medio. La etapa en la que se encuentra dentro del programa es Reflexión A. El segundo participante es Manuel de 18 años, ingresó por voluntad propia al programa y el tiempo de tratamiento es de 3 meses. La etapa en la que se encuentra es Reflexión B.

El profesional con el que se realizaron las entrevistas y la participación dentro del grupo fue con el psicólogo que trabaja en el programa desde hace 4 años y es el coordinador de los grupos de amigos, hermanos y socios. También se ocupa de los pacientes de forma individual. Su orientación es cognitivo-conductual.

4.3 Instrumentos

- Observación participante: Se presenciaron los encuentros del grupo de amigos.
- Entrevistas semidirigidas: Se realizaron a los pacientes y al psicólogo a cargo de la coordinación del grupo. Con los pacientes se indagaron cuestiones sobre: la sustancia de consumo habitual, tiempo en la comunidad, etapa del tratamiento, su opinión sobre el grupo de amigos, cual es la concepción que ellos tienen sobre los amigos y si el inicio de su consumo estuvo influenciado por su grupo de red. Asimismo, se investigó la importancia para ellos que tiene el grupo dentro del tratamiento.
- Con la terapeuta: Su función dentro de la comunidad, la finalidad del dispositivo y su importancia en el tratamiento. Además, hace cuánto tiempo comenzó el grupo de amigos dentro de la comunidad.

4.4 Procedimiento

Las observaciones se llevaron a cabo durante la duración de las pasantías. Se presenciaron 6 encuentros del grupo. Las entrevistas se realizaron durante el periodo antes mencionado, la duración de cada entrevista fue de aproximadamente de 20 minutos en el caso de los pacientes y de 25 minutos en el caso del profesional. Las entrevistas se realizaron dentro de la comunidad, en un espacio pautado de antemano. Toda la información recogida se registró en un cuaderno personal.

5. Desarrollo

5.1 Importancia del grupo de amigos desde la perspectiva del profesional

De las entrevistas con la profesional a cargo de la coordinación del grupo se pudo constatar la importancia que tiene este espacio dentro del programa, dado que se articula con una fase del tratamiento. La misma resalta la función que cumplen los pares en esta fase, en especial dado que, *los amigos son una red de contención para los pacientes que están realizando una rehabilitación por adicciones* y estos son considerados un grupo primario, es decir son un grupo que implica conocimiento mutuo e intimidad como señala Cooley (1990). Autores como Brediñana (2008) destacan, que los amigos son un factor crucial en el desarrollo de la personalidad de los sujetos, teniendo una fuerte incidencia sobre las conductas dentro del grupo, los cuales otorgan una sensación de pertenencia y de reconocimiento. Diversos estudios han demostrado la importancia y la incidencia que tienen los pares en el desarrollo del inicio de consumo, considerándose como un factor clave para su comprensión como han postulado autores como Calafat, Fernández, Juan, Becoña y Gil (2004).

La mayoría de los pacientes señalan que tienen pocas relaciones en el exterior que sean no consumidores, esto limita a muchos para convocar amigos ya que es el único requisito que exige la comunidad para quienes quieran acompañar en el tratamiento e interiorizarse al respecto de lo que sus amigos están realizando dentro del programa. A través de las observaciones dentro de la comunidad, se notó que los pacientes en el día a día no trabajan de forma particular la relación con los amigos, ya que el foco está puesto principalmente en mejorar las relaciones con sus familias o parejas. Es por este motivo

que la directora pensó este espacio, ya que el grupo es relativamente nuevo, hace cuatro años se comenzó a coordinar con el fin de poder ofrecer un lugar donde puedan asistir los amigos. Es un lugar de encuentro y reencuentro con los vínculos que fueron dejados de lado a raíz del consumo. Según su perspectiva para el abordaje de las adicciones, señala que para poder rehabilitar en esta problemática es necesario realizar un trabajo global en el sujeto y una parte fundamental está en la vinculación con aquellas personas que conforman el núcleo primario, es decir familiares y amigos. De la información obtenida por la psicóloga, la importancia de este grupo como se mencionó anteriormente se basa en que se articula con la fase del tratamiento llamada *reflexión*. En esta etapa del tratamiento los residentes deben o se espera que logren, profundizar más en sus temas personales, llevar a cabo una actividad y poder generar una red de contención en el afuera. Las actividades que deben o pueden llevar a cabo, las eligen ellos y pueden ser; actividades deportivas, académicas, laborales, etc.... que deben ser previamente presentadas en sus grupos estáticos, donde son evaluadas por el grupo y el coordinador. Realizar una actividad es parte de la organización semanal que se promueve que logren, es decir, poder estructurar sus días con actividades mientras realizan su tratamiento. Los objetivos que busca el programa con las actividades, es que puedan sostenerlas en el tiempo mientras van avanzando en su tratamiento, habiéndose armado un cronograma de actividades y responsabilidades para la vida diaria una vez finalizado. Además de que puedan conocer gente a raíz de estas actividades y puedan desarrollar una red de amigos. A lo largo de la pasantía, se pudo observar dentro de los grupos y en conversaciones con los residentes, que se les dificulta cuando comienzan a conocer a alguien y quieren establecer un vínculo, es que ellos deben informar que realizan un tratamiento por adicciones. Esto es interpretado como un impedimento por parte de ellos para poder conocer gente, el que estén realizando un tratamiento, ya que lo vivencian como un estigma, donde se escuchan frases como; *me da vergüenza decir que estoy en un tratamiento, van a pensar que soy cualquiera y no van a querer venir*, pero que es parte de la realidad que están viviendo. A raíz de esto, es que el grupo de amigos funciona brindando un espacio de encuentro, sirve tanto para quienes ya tienen amigos como para quienes necesitan crear una nueva red. Quienes asisten a los grupos, se interiorizan sobre el tratamiento, conocen lo que hacen en el día a día los residentes, cuáles son los objetivos del programa, de qué manera se trabaja con ellos y se les brindará información adicional sobre las adicciones. Se pudo constatar tanto con la profesional y con los residentes en las entrevistas que, al ser consultados por su inicio

de consumo, dieron cuenta que comenzó en la adolescencia y que la mayoría comenzó con su grupo de amigos, así es el caso de Manuel quien relató que *mi inicio de consumo fue a los doce años con thc, que me convidó un amigo*, al igual que Facundo quien comenzó a los catorce años con la misma droga y quien le convidó fue un amigo de la infancia. Una investigación llevada a cabo por SEDRONAR en el año 2017 puso en evidencia que la adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad para iniciar a consumir drogas y que la gran mayoría inicia con su grupo de pares. Es necesario tener presente que la adolescencia es un periodo que está caracterizado por una profunda crisis de identidad como señala Erik Erikson (1968), donde el adolescente se apoyará principalmente en su grupo de pares, para poder conformar una identidad. Es a través de este grupo en donde obtendrán reconocimiento, validación, formas de pensar, actitudes y pautas de relación con el resto (Betancourt et al, 2004). Teniendo presente la influencia que ejercen los pares, es desde donde el programa trabaja para la formación de una nueva red de contención, que les permitan a los residentes poder establecer nuevas pautas de relación y adquirir nuevos hábitos de vida. La importancia que dejó entrever la psicóloga respecto a los amigos; *es que en algún momento van a necesitar de un grupo de pares, ya que, en cierta medida, todos tenemos una necesidad de compartir con un otro igual a nosotros y esos son los amigos, no tener amigos es preocupante. Los amigos son aquellas personas con las cuales nos permitimos desconectarnos de alguna manera de nuestra realidad cotidiana.* Los amigos juegan un rol importante en la vida de las personas, en cuanto a la función que cumplen, autores como Peñafel (2009) resaltan la importancia de los amigos a la hora de obtener compañía, de generar situaciones de diversión, son fuente de intimidad, de afecto y de seguridad emocional en situaciones novedosas o de estrés. Es por este motivo que se trabaja con los amigos dentro del tratamiento, debido a que los pacientes tenían amigos afuera y su red estaba constituida de forma tal que resultaba perjudicial y como mencionan ellos, su consumo era con su grupo de pares. Desde la comunidad se promueve que generen vínculos con personas que no consuman, por lo que tener que desarrollar un nuevo grupo de relaciones es uno de los objetivos que deben llevar a cabo. Se sabe que el apoyo social, es decir de pares es una variable predictiva para no reincidir en el consumo (Gonzalves, 2016), por esta razón la comunidad tiene como objetivo construir una nueva red de amigos. Si los amigos en un momento fueron un obstáculo, hoy se transforman en un elemento de protección, estabilidad emocional y un grupo donde puedan madurar personal y socialmente (Brediñana, 2008).

5.2 Funcionamiento e intervenciones dentro del grupo

La psicóloga realiza un trabajo que no resulta sencillo dado que la asistencia y el compromiso son dos características que cuesta que se sostengan en el tiempo como se ha podido observar en las participaciones del grupo. Se pudo ver en las observaciones dentro del grupo que muchos participantes tienen dificultades para participar en las reuniones debido al horario ya que han manifestado que por superponerse con sus trabajos no pueden asistir y que la zona donde se encuentra el programa es lo que más dificulta el poder acercarse hasta la institución. Esta dificultad pone en evidencia la imposibilidad de poder conformar muchas veces un *grupo* desde la concepción de Anzieu (2004) el fenómeno de grupo comienza a constituirse a partir de los cuatro integrantes y donde en varias ocasiones han recurrido solo dos participantes siendo una totalidad de 3 en el grupo junto con el coordinador.

El trabajo del grupo se realiza solo con los participantes, en este encuentro no están presentes los residentes y se lleva a cabo en una de las salas de la comunidad. El grupo está conceptualizado desde la visión de Pichón Riviére (1981) y los grupos operativos. Es decir, se plantean cuáles son sus objetivos, los días en que se realizan y quienes participan. Se trabaja junto con la idea de que el grupo mismo, sea una red donde los participantes puedan conocerse y compartir sus experiencias. Es poder generar la dialéctica de la enseñanza y el aprendizaje orientada a la problemática de las adicciones. La dificultad para poder trabajar con un mismo grupo, es decir los mismos participantes durante un tiempo prolongado se debe a los motivos anteriormente mencionados y que dificultan la *tarea*, por la cual se piensa/construye este espacio. El grupo se lleva a cabo semana por medio en la institución, es un grupo constituido por formación deliberada (Cartwright y Zander, 1971), el cual tiene como objetivo la resolución de un problema orientado a la rehabilitación de su amigo, la disposición del grupo es en forma *redonda* (Anzieu, 2004), con lo cual se favorece la comunicación verbal y no verbal, generando el sentimiento de unidad y un ambiente de confianza. Dentro de esta sala se pueden observar varias láminas colgadas, una tiene representada el proceso de recaída, en otra se encuentra la *filosofía de la casa*, que los residentes la recitan en voz alta todas las mañanas antes de iniciar sus actividades. Su propósito es permitir que los residentes la interioricen y comprendan para que puedan enfrentarlo como se describe en su primer párrafo;

- Estamos aquí, porque no hay ningún lugar donde escondernos de nosotros mismos. Cuando una persona no se confronte a sí mismo, en los ojos y en el corazón de los demás, escapa. Cuando no le permita a los demás compartir sus secretos, éstos, no le darán descanso.

Durante la presencia de los encuentros, se pudo observar diversas posiciones por parte de los participantes sobre la problemática de las adicciones, en donde algunos están más informados y otros no. Los que informaron tener conocimiento sobre el problema, como en el caso de tres participantes, dos de ellos mencionaron que tenían otros amigos que habían realizado un tratamiento y donde los habían acompañado asistiendo a los grupos del programa. Otro de los participantes, mencionó que era el segundo tratamiento que acompañaba al mismo amigo. En uno de los encuentros llevados a cabo, se abordaron cuestiones que fueron surgiendo a raíz de preguntas realizadas por las participantes relacionadas al acompañamiento de los pacientes, la implicancia de tener un amigo que consume, cuáles son las dificultades que se pueden presentar en una salida y cuál es el compromiso que implica el asistir a los grupos en relación con su amigo. Sobre las implicancias de tener un amigo que presenta un consumo problemático, la psicóloga remarcó que en un tratamiento, *es común que después que un paciente entra en un centro de rehabilitación y es visitado por su familia y amigos, mencione frases como: “Me tratan mal”, “No me dan comida”, “Me piden hacer aseo y cocinar”, “Me roban las cosas”, “Esto no es para mí”, “Yo no estoy tan enfermo como para quedarme”, “Ya es suficiente, aprendí la lección”, “Pierdo el tiempo”,* son algunas de las tantas frases que los residentes pueden decir. Se hace hincapié que son personas que intentan manipular la situación para ponerse en víctimas, buscando generar sentimientos de culpa con el fin de lograr diferentes cometidos, obtener el apoyo para abandonar el tratamiento. Mencionando esto, el concepto que sale a luz en el grupo es el de *codependencia*, el cual contribuye a seguir perpetuando la manera de comportarse del adicto y donde los amigos o familiares no se pueden distanciar emocionalmente lo cual les impide poder establecer límites sanos con claridad y firmeza. A raíz de esto se refiere que son personas con las cuales comunicarse para brindarles ayuda es muy difícil y por eso se fracasa cuando quieren ayudarlos sin la asistencia de profesionales. Uno de los participantes mencionó que su amigo cuando estaba afuera era una persona totalmente diferente a la que es hoy, que lleva 5 meses de tratamiento, *dónde puntualizó que; - hoy me puedo sentar con él y hablar de cosas que antes era imposible, vivía en su*

mundo, era una persona totalmente dejada con sí mismo, literalmente perdido y ahora cuando puedo verlo, me cuenta lo que quiere hacer en su futuro, tiene una idea de qué quiere para su vida y eso me llena de alegría. Los participantes notan los cambios en sus amigos y eso también es una motivación para seguir participando dentro del programa. Sobre las salidas, la profesional advierte que los residentes llevan consigo un informe de salida que deben respetar sin realizar ninguna modificación sin ser previamente consultada con la institución y que es obligatorio que los acompañantes le soliciten el informe y que lo guarden ellos durante la salida. Este informe de salida es aprobado por su grupo y los coordinadores. Cualquier modificación del informe debe comunicarse a la comunidad, y la comunidad evaluará su gravedad y tomará las medidas necesarias. Las sanciones disciplinarias, pueden ser, perder sus salidas, suspensión de sus actividades y seminarios dentro del programa, este mecanismo constituye la principal forma por el cual la comunidad, a través de sus profesionales expresa aprobación y desaprobación sobre los comportamientos, y refuerzan un sistema de educación conductual (De León, 2004).

Algunas de las intervenciones del grupo, estuvieron orientadas a la psicoeducación, la cual sirve como estrategia de abordaje en adicciones, investigaciones llevadas a cabo como la de Martínez (2012), constataron que brindar información en relación con la problemática, es decir, intentar dar cuenta de la naturaleza, etiología, curso y consecuencias eventuales de los trastornos por abuso de sustancias a familiares y amigos, contribuye en un mejor desenvolvimiento frente a la no información. Mediante la psicoeducación, se intenta educar a los amigos en torno a la clínica de las adicciones, remarcar cuáles son factores que pueden aliviar o exacerban los síntomas o la gravedad, cuál es su evolución esperada y enseñar habilidades de afrontamiento de situaciones. Se enfoca en poder ofrecer un contexto para resolver problemas. Se abordaron preguntas relacionadas sobre qué son las actitudes, como influyen los pensamientos y las emociones en esta patología. Sobre esto, la psicóloga se valió de diapositivas para su explicación, donde remarcó que las actitudes son una disposición por parte de las personas para enfrentar diferentes situaciones y que, con otras influencias como los pensamientos que implican las experiencias junto con las expectativas y las emociones que tiñen de afecto a los pensamientos y que están íntimamente relacionadas, contribuyen para determinar una variedad de comportamientos en relación con diferentes clase de objetos y que implica acciones de acercamiento o alejamiento. La

profesional puso a modo de ejemplo que las actitudes en las personas que consumen tienen la característica, *que se manifiestan de forma de atracción hacia el consumo y en donde los pensamientos y emociones, se encuentran comprometidos por las sustancias*. La psicoeducación tiene por objeto orientar, ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida (Bulacio, Vieyra, Alvarez & Benatuil, 2004). Algunos de los encuentros estuvieron destinados a la enseñanza del proceso de la recaída, por lo cual la psicóloga se valió de la lámina que se encuentra dentro de la sala, señalando y explicando cada paso hasta la consumación, es un proceso que consta de 9 etapas bien definidas. Esta es una enseñanza muy importante que aporta el grupo, porque permite anticipar o identificar si los amigos se encuentran dentro de alguna de estas fases y poder pedir ayuda a tiempo. Se resaltó la importancia de que no se intente querer ayudarlos de forma individual, que la importancia de contar con el programa es imperativa, dado que sucede que los amigos o cercanos creen que van a poder ayudarlos solos y es una creencia errónea que se escucha con frecuencia. Si la persona asume la responsabilidad por cuenta propia y no logra tomar distancia del adicto, puede terminar generando una relación de codependencia, lo cual no sería beneficioso para ninguna de las dos partes.

Algunos encuentros, están orientados a la explicación de los procesos por los cuales se atraviesa hasta la consolidación de la adicción, pasando por las etapas de experimentación, uso, abuso y la adicción propiamente dicha. La importancia de poder brindar información es categórica para esta problemática, profundizar permite tener una mirada más enriquecedora y otorga herramientas para poder enfrentar los problemas. La psicóloga toma conceptos desde el psicoanálisis y el modelo cognitivo conductual para explicar la adicción desde modelos centrados en la mente. Esta integración de ambos campos de estudio de las adicciones resulta útil ya que es un movimiento *ecleptico* de carácter teórico, por el cual se toman aportes de diferentes escuelas de pensamiento, valiéndose de los conceptos quizás más importantes de una teoría para la combinación de ambos con el objetivo de profundizar en la explicación de un fenómeno en particular, como es en este caso la adicción y que permite tener una mirada más amplia sobre esta problemática. Desde el campo del psicoanálisis, se centra en los aspectos comunicacionales, es decir, trabajar sobre aquello que siente el paciente, realizando una elaboración reflexiva sobre qué, cómo y de qué manera pueden expresarse, la

importancia que tiene el recordar, repetir y resolver los conflictos o traumas que tuvieron lugar en eventos pasados, resaltando la importancia de este concepto psicoanalítico de *la cura por la palabra* y donde, el poder comunicar permitirá reducir el malestar. Como señala el psicoanalista Alquicira (2012), la *a-dicción* se comprende como la falta de un decir, es una imposibilidad de poner en palabras aquello que uno siente o le aflige, en palabras del autor, la adicción, es un padecimiento silencioso. El poder comunicar/verbalizar es lo que cotidianamente se trabaja dentro del tratamiento, es uno de los objetivos centrales del programa y es que apunta a poder desarrollar una comunicación eficaz. El programa hace mayor énfasis en este aspecto, interesado en que expresen sus sentimientos de forma correcta, ya que presentan dificultades para poder identificar sus propias emociones. Sobre la comunicación y los sentimientos, se trabaja durante la semana con un grupo específicamente para la expresión de los sentimientos, que es llevado a cabo dos veces por semana. Desde la perspectiva del cognitivismo se toman los aportes que hacen énfasis en cómo se constituye la personalidad y como está influenciada por los esquemas de pensamientos (Beck, 1963). Esquemas y pensamientos automáticos que se vuelven disfuncionales y rígidos en la adicción. Se trabaja sobre como pueden ser identificados estos esquemas, que suelen ser la *catastrofización*; que se manifiesta en forma de asignarle una categoría de catástrofe aún al más leve inconveniente de la vida personal, la *negación* que aparece como mecanismo para separar las consecuencias negativas que tiene el consumo en su vida, la *mortificación* que es el tipo de pensamiento que genera una preocupación constante ante cualquier problema, generando en la vida de la persona un constante estado de ansiedad y sufrimiento, usándose como justificación para continuar en la adicción., pensamiento blanco y negro, etc..., aportando información de la manera en que se expresan por parte de sus pares para que puedan ser detectados en las salidas y poder trabajarlos en el grupo. Aquí la importancia de trabajar con el grupo está centrada en identificar estos pensamientos y poder confrontarlos con sus amigos en la medida que se manifiestan, para que puedan de esta manera estimularlos para que alteren los esquemas distorsionados para que se vean así mismos y al mundo de forma más realista y adaptativa. Desde este lugar, de abordaje, es que la información que traigan de sus salidas con sus amigos es un aporte muy valioso tanto para el grupo, como para el programa. La psicóloga ha señalado en reiteradas veces que, *los residentes mienten u ocultan, esta es una característica marcada en la adicción y hay cosas que no cuentan de sus salidas, por lo cual la mayoría de las veces la información que obtenemos es*

dada por los amigos. El aporte que brindan los pares respecto de las salidas, de lo que pueden ver o escuchar en ese transcurso puede ser muy influyente en el tratamiento. Es sobre este aporte del grupo donde cobra también importancia el espacio y el grupo. La información de la cual se vale el programa por parte de los pares contribuye a la elaboración de un mapa informativo amplio que permite comprender un poco más lo que le sucede al residente y permite poder tomar distintas medidas como se ha mencionado anteriormente, con el fin de generar cambios dependiendo el caso.

El grupo se enfoca, en poder brindar conocimientos relativos al abordaje de la patología de la adicción y como ayudar de forma correcta a los pares. Toda la información brindada dentro del grupo está orientada a que los participantes aprendan a poder ayudar a su amigo, conocer las normas de la institución que les permite saber qué pueden hacer y qué no. Al igual que estar informado sobre los objetivos que tienen sus amigos y poder ser útiles en el proceso de recuperación. En reiteradas oportunidades los participantes han manifestado la inquietud de no saber cómo ayudarlos, por ende, las indicaciones de la psicóloga siempre han sido orientadas hacia la escucha, el no desvalorizar aquello que el otro siente o piensa y siempre intentar reflexionar sobre lo que sucede.

5.3 La importancia de los amigos dentro del tratamiento

Se analizó la importancia que tienen los amigos para los residentes dentro del programa, se intentará dar cuenta de su influencia en el tratamiento de los pacientes y que beneficios podría traer aparejado tener una red de pares una vez finalizado el programa.

De las entrevistas y de los espacios compartidos con los residentes, se extrajo que los amigos para ellos son un factor importante, tanto dentro del programa como por fuera. Hay una característica que se destaca en el vínculo con los amigos y es que con ellos fueron con quienes comenzaron a consumir. Esto es mencionado con frecuencia por parte de los residentes al momento de su presentación, donde cuentan su historia de vida al ingresar al grupo de *reflexión*. En las entrevistas con Manuel y Federico, cuando se les preguntó quién es un amigo para ellos, ambos coincidieron al señalar que *es alguien con quien se puede confiar y que ante la necesidad o dificultad siempre va a estar presente*. En cuanto a la confianza y a la comunicación con los pares, se preguntó sobre qué temas ellos conversaban con sus amigos, así que se consultó si de los problemas

que ellos tenían y de sus emociones podían hablar con su grupo. Frente a esto ambos respondieron de manera negativa, señalando que siempre hablaban de cosas que no eran importantes y que al hablar de emociones se sentían incómodos o que algunas veces fueron ridiculizados y no lo hicieron más. Se pudo inferir a raíz de los dichos de ambos y de sus experiencias, que los amigos afuera jugaban un rol importante, pues eran con quienes pasaban la mayor parte del tiempo incluso más que con sus familias, ya que preferían estar con los pares que pasar tiempo en sus casas. Al indagar sobre este motivo de preferencia de los pares sobre el resto, Manuel señaló que en su casa la ausencia por parte de su familia era algo normal, *mis padres trabajan todo el día por lo tanto siempre estoy solo*. Esto permitiría pensar que ante la falta de una persona de autoridad también hay una falta de límites importante, ya que es un adolescente que se tiene que organizar por sí mismo y además de la posible desorganización intrafamiliar que genera esta ausencia. En el caso de Federico relató que en su casa abundaba los abusos físicos y psicológicos por parte del padre, que en reiteradas ocasiones se iba de la casa y no volvía por varios días. Frente a esta problemática, la imposibilidad de encontrar apoyo de ambos en sus familias y no poder resolver los conflictos en buenos términos, el irse con sus amigos era una vía de escape. Por estas razones es que el grupo de amigos comienza por convertirse en un lugar de contención. Teniendo presente que eran con quienes pasaban la mayor parte de su tiempo, y entendiendo como señala Espada (2008) que los amigos brindan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, si el grupo de amigos consumía la probabilidad de consumir también era alta. Si no hay una figura de autoridad, que pueda dar cuenta de lo que está bien o mal, la persona imita al grupo de referencia quien le otorga reconocimiento e identidad. Al ser consultados sobre el motivo por el cual comenzaron a consumir, Federico manifestó, que fue *por necesidad de pertenecer y no ser menos con los demás, si no lo hacía pensaba que iba a ser el diferente*, el grupo ejerce una presión tanto explícita como implícita con sus integrantes en relación con los valores predominantes y cuándo consumir drogas predomina también hacerlo es demostrar pertenecer (Yuste, 2003). Dentro de la problemática de las adicciones un factor de riesgo para el consumo de drogas está relacionado como señala Iglesias (2010) con factores familiares, en donde la baja supervisión familiar y los abusos físicos son indicadores que están presentes en las adicciones.

Para los residentes que han logrado convocar pares, el grupo dentro del programa es importante, algunos que han estado en otros tratamientos señalaron que este tipo de grupo no existía, esto demuestra el aspecto integrativo que tiene el programa donde parejas, padres, hermanos y responsables tienen sus propios encuentros. Desde el programa se prohíbe la vinculación entre los residentes una vez finalizado el tratamiento, ya que ambos siguen realizando una rehabilitación y puede ser perjudicial, es por esto por lo que se incentiva a que desarrollen esta red de amigos ajena al tratamiento. Como se mencionó anteriormente, este grupo de amigos son aquellos que no consumen, los residentes hacen mención que afuera no era el grupo de amigos con los cuales compartían tiempo y actividades. Ahora que han tenido que convocarlos, en las entrevistas con ellos se pudo entrever una revalorización afectiva de los vínculos, donde algunos han mencionado; *“estos son los verdaderos amigos, que están presentes cuando estas mal y que afuera intentaban ayudarte, pero uno no podía entenderlo”* y *“amigos son los que te quieren ver bien”*, relatan algunos de los pacientes que llevan varios meses en la comunidad. Al consultar a los residentes sobre qué piensan de la participación de los pares que logran asistir al programa, algunos señalaron que les parece muy bueno que asistan y también les genera motivación. Para quienes convocan a un nuevo amigo a raíz de una actividad, los estimula a seguir realizando la actividad, al mismo tiempo los incentiva a seguir con el tratamiento manifestando que se sienten más acompañados y sienten que hay personas para las cuales ellos son importantes. Para quienes convocan a sus amigos, como es en con Federico, él particularmente se siente agradecido y con culpa, ya que, a este amigo nunca lo llamaba para juntarse ni organizar salidas. Él se siente en deuda, sabe el esfuerzo que hace para poder acompañarlo a través de los grupos y eso también lo incentiva a querer continuar con su tratamiento. Para Manuel quien también convocó una amiga, a ella la conoce hace años, pero nunca habían tenido una fuerte relación de amistad, hoy él puede valorar la presencia de ella y es alguien con la que puede contar para poder hablar de sus problemas. Este aspecto es importante resaltarlo, ya que es parte del tratamiento comenzar a comunicar qué les sucede y como se mencionó anteriormente, con el grupo de referencia que tenían afuera no hablaban de emociones o problemas. Poder tener con quien comenzar a confiar para poder transmitir sus problemas o dificultades y encontrar apoyo emocional es muy positivo. Además, para ellos, poder contar con un amigo dentro del programa les posibilita tener con quien realizar salidas los fines de semana o llevar a cabo actividades juntos. Las salidas están pautadas por la institución de forma gradual, primero por la

zona para luego pasar a zonas más alejadas. Esto para Manuel es algo muy valioso según ha mencionado a través de las entrevistas y varios de los residentes en sus grupos estáticos también lo han puesto de manifiesto, en donde se abordan cuestiones en relación con sus salidas. Pues resulta que, para la mayoría luego de un tiempo, las salidas resultan siempre iguales y con las mismas personas que son familiares o parejas. El poder salir con un par es un cambio importante y que les permite relacionarse desde otro lugar y construir un tipo de vínculo diferente. Por último, un factor interesante para destacar del grupo de amigos es que brindan la posibilidad a través de ellos que asisten al grupo, que los residentes puedan vincularse/conocer nuevas personas, es decir, los amigos son un puente para poder generar una red más amplia de relaciones. El poder crear un nuevo grupo de referencia dentro del tratamiento permite al individuo como se ha señalado, sortear lo que se denomina los ritos de los pasajes de Fernandez (2011), donde el haber renunciado a su grupo principal debido a sus intenciones de iniciar un tratamiento, para dar lugar a una identificación con su grupo terapéutico y tener que abandonarlo por un nuevo grupo constituido por esta red, permitiría tolerar la angustia y la soledad una vez finalizado su tratamiento y evitando el impulso de volver al grupo primordial que implicaría una recaída. Esto también permitiría que la reinserción social se dé por la vía de los amigos, uno de los objetivos más importantes del tratamiento por no decir el principal.

6. Conclusiones

Como conclusión quiero destacar que me ha resultado muy interesante poder realizar este tipo de trabajo, ya que previamente no había elaborado ninguno de este tipo y menos de un tema que me interesara para posteriormente realizar un análisis de la información recogida. La experiencia en la Comunidad me permitió verificar que el trabajo realizado con los residentes y en especial con el grupo de amigos es sin duda, muy complejo, pero al mismo tiempo muy gratificante. Como quedó expuesto a lo largo de este trabajo en relación con el objetivo número uno, se pudo constatar la importancia que tiene el grupo para el profesional, ya que se articula con la fase *reflexión* donde se deben alcanzar determinados objetivos; el más importante es generar una red de contención. En cuanto al segundo objetivo, se determinó que las intervenciones realizadas por el profesional están orientadas a la psicoeducación, los procesos de recaídas y de qué manera se abordan las formas comunicacionales tanto desde la

perspectiva psicoanalítica al igual que la influencia de los pensamientos automáticos del modelo cognitivo conductual en las adicciones. El espacio funciona como un punto de encuentro para la enseñanza/aprendizaje en relación con las adicciones, donde se invita a acompañar y ayudar a los amigos que están realizando un tratamiento. Al igual que brinda información para concientizar sobre la problemática de las drogas. En cuanto al último objetivo de esta investigación, se pudo concluir que para los residentes la importancia del grupo de amigos dentro del tratamiento está en que puedan tener a alguien que los acompañe durante su internación, poder realizar salidas los fines de semanas y poder llevar a cabo actividades en conjunto. El factor motivacional es el que mayor fuerza tiene para ellos, entendiendo que realizar un tratamiento es difícil, por todo lo que conlleva tanto en voluntad como en tiempo. Que un amigo esté presente en todo el proceso o en parte, estimula para no abandonar el programa. Los pares ocupan un lugar de fuerte incidencia en la vida de las personas y están íntimamente relacionadas de forma tal que influyen en la personalidad como en las creencias y los valores de los individuos. El tipo de relación es particular y se diferencia del resto, como pueden ser familiares o parejas.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, la falta de bibliografía sobre grupos de amigos dentro de un dispositivo para la rehabilitación por adicciones ha sido un condicionante a la hora de indagar sobre otras perspectivas. Si bien abundan investigaciones sobre amigos y adicciones, hay una falta considerable de información relacionada sobre la función y/o beneficios que puede aportar un grupo de amigos dentro de una comunidad terapéutica.

Con respecto al grupo, cabe señalar que el horario en el cual están definidos los encuentros genera dificultad para poder asistir por parte de los participantes, ya que es un horario en el cual coincide con las jornadas laborales y lo cual es una limitación importante para la participación. Si desde el programa consideran que el grupo es importante y cumple una función específica quizás una sugerencia sería el revertir el horario para poder generar una mayor convocatoria, sabiendo que el grupo puede traer aportes interesantes para el tratamiento y beneficios para los residentes. En relación con el programa, se ha podido observar que, en cuanto al trabajo de los vínculos, está centrado en trabajar principalmente con los familiares y las parejas. Estos tienen además de sus grupos, espacios definidos y con diferentes objetivos. Los amigos no participan de ningún otro espacio dentro del programa, más que el asignado, una sugerencia podría

ser convocarlos con mayor frecuencia para la participación de espacios individuales, con el objetivo de fortalecer el vínculo ya que ellos cumplen una función importante y son parte del programa en la etapa de reflexión. Al igual que incorporar nuevas tecnologías como pueden ser las plataformas de Skype o Zoom para la realización de los grupos, lo cual quizás permitirá una mayor presencia.

Me permito señalar como un factor a rever dentro del programa, la prohibición de que los residentes tengan contacto por fuera del programa una vez finalizado. Es sabido que los pacientes una vez terminado el tratamiento entran en contacto entre sí. Creo que podría ser muy positivo e incluso estimulante para ellos poder mantener el contacto e incluso trabajarlo desde dentro de la comunidad para un futuro. Que desde la comunidad se haga énfasis en esto es ir en detrimento de algo que para ellos puede ser un apoyo de mucha importancia, teniendo presente que comparten veinticuatro horas los siete días de la semana durante varios meses y llegando a conocer íntimamente. Quienes mejor que ellos mismos que han aprendido herramientas y se conocen pueden ayudarse mutuamente.

Lineas de investigaciones futuras podrían estar centradas en el análisis desde la perspectiva de los participantes, que implica tener un amigo con consumo problemático y elaborar herramientas de abordaje acorde al vínculo. En una misma línea analizar la influencia que pueden tener los amigos en la prevención de recaídas, si un grupo aporta contención y apoyo, estudiar si quienes recaen habían generado una red o no. Esto permitiría corroborar la importancia del grupo, ya que como se ha mencionado pueden ser un obstáculo como una ayuda (Gonzalves, 2016). Sería importante estudiar el factor motivacional que genera un amigo en la asistencia dentro del tratamiento, analizando que influencia tiene en el mismo y si puede ser considerada un factor clave para el inicio, mantenimiento y finalización de este.

Una pregunta que surge es cómo los amigos pueden colaborar junto con los circuitos de recompensas para la generación de experiencias placenteras, ya que, si en la adicción la droga consigue que el sujeto aprenda y tienda a realizar conductas de consumo a través de dicho circuito, cómo a mantener en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo como señala Iglesias (2010), de qué forma o cómo se podría utilizar la importancia de este circuito para aprender conductas que puedan beneficiar en la fase de mantenimiento a quienes se están rehabilitando.

7.Referencias

Ambrosio, E. (2003). *Vulnerabilidad a la adicción: Adicciones*, 15(3), 55-61.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Press.

Anzieu, Didier. (2004): El concepto de grupo. La dinámica de los grupos pequeños. Madrid, Biblioteca Nueva, 2004, Cap 1.

Alquiciría, M, D. (2012). El adicto tiene la palabra. *El fundamento metapsicológico de las adicciones*. Buenos Aires, Argentina: Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Añaños Bedriñana, Fanny T., & Bedmar Moreno, Matías (2008). *Los amigos: Espacio educativo, implicaciones y poder*. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa>

Arbeláez Naranjo, L. P. (2017). *El síntoma como metáfora co-creada en el sistema familiar*. *Revista Poiésis*, (32), 158-168

Arredondo J, R. (2009). *Dinámica de grupos*. Recuperado de:
https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/DINA_MICA-DE-GRUPOS.pdf

Ayesta, F. J. (2002). *Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol*. *Adicciones*, 14, 63-78.

- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2002, 02 de febrero). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4(2). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud>
- Benne, D., & Sheats (1948). *Functional Roles of Group Members*. *Journal of Social Issues*, 4, 41-49.
- Betancourt, et al., (2014). *Vínculo afectivo en pares y cognición social en la infancia intermedia*. *Revista internacional de psicología*. 7(2): 51-56.
- Bezanilla, J. M., & Miranda, M. A. (2012). *La socionomía y el pensamiento de Jacobo Levy Moreno: Una revisión teórica*. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 148 - 180.
- Borelli, Andrea, & Pinto, Bismarck. (2006). *Modelo sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia*. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545473002.pdf>
- Carlos, G. O. (2014). *Interacción entre pares*. Recuperado de:
https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001189.pdf
- Cartwright, D. y Zander, A. (1971). *Dinámica de Grupos. Investigación y Teoría*. México: Trillas. (Edic. original, 1968)
- Centro Desintoxicación Adicciones. (2001). *Tipos de adicciones*. Madrid, ES. Recuperado de:
<https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/tipos-de-adiccion/>
- Comisión nacional contra las adicciones. (2008). *Conceptos básicos sobre adicciones*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf

- Corrêa de Carvalho J, T. (2007) *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*.
Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/00- Generalidades/200712-123355956848.html>
- Cooley, C, H. (1909). *Organización social: Un estudio de la mente más grande*.
- De la Corte,C,M.,(2017). *Relación entre iguales, personalidad y problemas de ajuste en escolares en primaria de Huelva*. Universidad de Huelva, España. Recuperado de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15020/Relacion_entre_iguales.pdf?sequence=2
- De León, G., (2004). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones*, Ed. Desclee de Brouwer - Bilbao, España.
- Alberto, D. (2013). *Maurice Halbwachs y Los marcos sociales de la memoria. Defensa y actualización del legado durkheimniano: de la memoria bergsoniana a la memoria colectiva*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Escohato, A. (2009). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona, Anagrama, 4ª ed., pp. 9-14, citado de un artículo.
- Espada, Jose & Pereira, Juan & Fernández, José. (2008). *Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes*. *Psicothema*, 20, (4). 531-537.
- Peñafel, E, P. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. Universidad de Alcalá, España. Recuperado de: <file:///C:/Users/Demian/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577.pdf>

- Fernandez, A, J, M., (2011). *El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales*. Revista Adicción y Ciencia, 1 (4).
- Fossier., R, (2007). *Gente de la Edad Media*. México D.F., Taurus, pp. 30-32.
- Grandich, G, k. (S.f). *El grupo en el contexto de la comunidad terapéutica para adictos*. (tesis de grado). Universidad de Palermo, Argentina.
- Gonzalves, M, T. Espada, J, P, Riquelme, G, A, Secades, R, Orgiles, M, (2016). *Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles*. Adicciones.28(02). 3-5.
- Goti, E. (2000): *La Comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Nueva Visión, B. A.
- Greco, Carolina & Korzeniowski, Celina. (2017). *Relaciones entre pares: aceptación, rechazo, victimización, agresión. Su importancia para el diseño de intervenciones en salud mental en educación primaria*. Revista Argentina de clínica psicológica. XXVII. DOI 10.24205/03276716.2017.1037.
- Iglesia, A, E, V. (2018). *Drogas: Un problema de salud mundial*. Revista Universidad Médica Pinareña, 14(2): 168-183.
- Iglesias, et al., (2010) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Universidad de Compostela: Socidrogalcohol Editorial.
- Klein, R. (2017). *Grupo operativo: clínica y formación*. (1ª). Ciudad autónoma de buenos aires: Lugar Editorial.
- Laespada, T, Iraurgi, I, Arostegi, E, (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes*

de la CAPV. Recuperado de:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>

Maria, Angeles, P. (2010) *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión*, Universidad del Aconcagua, Argentina. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art09.pdf>

Castilla, P. (2016). *La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social*. Trabajo Social Hoy, 77, 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006

Martínez, G. J. M., Albein-Urios, N., Munera, P., y Verdejo-García, A., (2012). *La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad*. International Journal of Psychological Research, 5(1), 18-24.

Monzon, N, M, A., (2014). *Análisis histórico de la palabra adicción*. Universidad autónoma de México. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/sandravenneno/anlisis-histrico-de-adiccioin-1710>

National on Institute Drugs Abuse. (2009). *Enfoques para el tratamiento de la drogadicción*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf>

NIDA. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas-en-los-ninos-y-los-adolescentes-segunda-edicion> en 2020.

Nizama V., M. (2015). *Innovación conceptual en adicciones: Primera parte*. Revista Neuropsiquiatra, Lima, v. 78, n. 1, p. 22-29. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000100004&lng=es&nrm=iso.

Laespada, T. Iraugi, L.& Arostegui, E. (2004) *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes*

de la CAPV. Universidad de Deusto, España. Recuperado de:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>

Landa, & Fernández-Montalvo, Javier & Tirapu. (2004). *Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas*. Adicciones. 16. 41-51.

Lewin, K. (1973). *Dinámica de la Personalidad*. Ed. Morata.

Lewin, K. (1936). *Principles of topological and vectorial psychology*.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor

Palacios,H,J,. (2013). *Comunidad terapéutica: Un modelo operativo*. Recuperado de:

http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/palacios_juan.pdf

Roa, Miguel. (2019). *Como afectan las conductas adictivas en el entorno familiar y como prevenirlas*. Escuela de formación 68. Madrid: Ceapa.

Serebrinsky, H. (2012). *Psicoterapia de grupo*.vol.10, n.2. pp. 132-155. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2077-2161.

Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. New York: Harper & Brothers.

Yuste, N, H. (2003). *Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas*. Estudios de Juventud.62(3),89-90.

Universidad Saludable, *Adicciones ¿Que es una adicción?* Recuperado de:

http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf

Ustárrroz, Javier & Lorea, Inaki & Landa, Natalia. (2003). *Conductas adictivas: de la neurobiología al evolucionismo. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, ISSN 0214-4840, Vol. 15, N° 3, 2003, pags. 255-272.*