

Proyecto de plan de TFI



Tutora: Gabriela Ramos Mejía

“Distintas intervenciones entre psicólogos y operadores de la Comunidad
Terapéutica del Programa Andrés”

Autor: María Belén Mayca

INDICE

1.	INTRODUCCION.....	3
2.	OBJETIVOS.....	3
	2.1. Objetivo general.....	3
	2.2. Objetivos específicos.....	4
3.	MARCO TEORICO.....	4
	3.1 Definición de Adicción.....	4
	3.2 Comunidad Terapéutica.....	6
	3.3 Enfoques Terapéuticos.....	9
	3.3.1 Operadores Terapéuticos.....	9
	3.3.2 Psicólogo Cognitivo.....	12
	3.3.3 Funcionamiento de los grupos de apertura y cierre.....	14
4.	METODOLOGIA.....	17
	4.1 Tipo de estudio:.....	17
	4.2. Participantes y muestra:.....	17
	4.3. Instrumentos.....	18
5.	PROCEDIMIENTO.....	18
6.	DESARROLLO.....	19
	6.1 Tareas de los operadores y psicólogos en la comunidad terapéutica....	19
	6.2 Tipos de intervención que realizan los psicólogos y operadores en los grupos de apertura y cierra en la comunidad terapéutica.....	21
	6.3 Comparación de las intervenciones de los psicólogos y operadores....	24
7.	CONCLUSIONES.....	27
8.	BIBLIOGRAFIA.....	31

1. INTRODUCCION

La presente práctica profesional se realizó en una Comunidad Terapéutica, más adelante referida como CT. que tiene como objetivo la promoción de salud y la rehabilitación de personas con adicciones, ofreciéndoles a ellos y a sus familiares ayuda terapéutica.

Consta de tres tipos de tratamiento: Internación en la Comunidad Terapéutica (CT), Tratamiento Ambulatorio (terapia individual o grupal) y Hospital de Día. La Internación en la Comunidad Terapéutica tiene como tratamiento distintos grupos; están los grupos de apertura y de cierre los cuales son dirigidos por los operadores y psicólogos, grupo de sentimiento y los grupos estáticos que son llevados a cabo por Psicólogos. También se hacen terapias individuales. Todos tienen como objetivo que los pacientes puedan tener conciencia de su enfermedad, puedan recuperar la confianza en sí mismos y puedan de un modo más sano resolver sus conflictos y perturbaciones.

A partir de la concurrencia y observación de los distintos grupos surgió el interés de diferenciar las distintas estrategias llevadas a cabo por los operadores y los psicólogos en los grupos de apertura y cierre que se realizan durante el día. Con el fin de conocer los distintos modos de abordaje en una problemática como ésta y justamente hacer hincapié en aquellas diferencias entre los profesionales.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir y comparar los tipos de intervenciones que realizan los psicólogos y operadores en los grupos de apertura y cierre de la Comunidad Terapéutica .

2.2. Objetivos específicos

- Describir las tareas de los operadores y psicólogos en la comunidad terapéutica.
- Describir los tipos de intervención que realizan los psicólogos y operadores en los grupos de apertura y cierre en la Comunidad Terapéutica.
- Comparar los tipos de intervención que realizan los psicólogos y operadores en los grupos de apertura y cierre en la Comunidad Terapéutica.

3. MARCO TEORICO

3.1 Definición de Adicción

Las adicciones o conductas adictivas están basadas en el concepto de dependencia (física y psíquica), inicialmente a sustancias psicoactivas ingeridas por el individuo que tienen la potencialidad de producir dependencia, sin embargo; se observó que también existían conductas que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia (Becoña, 2002). En esta línea para el DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), la adicción es un Trastorno Relacionado con Sustancias, dentro del grupo Trastorno por consumo de sustancias. La dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo que conlleva a un deterioro cognoscitivo, comportamental y fisiológico.

Los criterios son:

- A. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente creciente de la sustancia para conseguir la intoxicación y el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.
- B. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- C. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o en un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- D. Existe un deseo insistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- E. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- F. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- G. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Según Bucchbinder (1998), la adicción no es sólo a la droga sino también a la conducta y la estructura social que se genera alrededor de ella. Es en esta estructura social que se genera el síndrome de aislamiento social, el cual implica una ruptura o debilitamiento de vínculos personales y su expresión en conductas de retracción y/o depresión que con frecuencia anteceden a la aparición de cuadros de abuso de drogas, que parecen intentos compensatorios de ese aislamiento (Grimson, 1999).

Camino a la adicción, el sujeto habrá pasado de la abstinencia al uso, de allí al abuso y luego a la dependencia física. Siguiendo estas líneas la (C.I.E.- 10) Clasificación Internacional de Enfermedad y Problemas Relacionados con la Salud, también realiza una definición de la dependencia la cual se define por la presencia de los últimos 12 meses previos o de un modo continuo han estado presente 3 o más de los siguientes criterios:

- a. Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir.
- b. Disminución de la capacidad para controlar el comienzo o la finalización del consumo
- c. Abstinencia
- d. Tolerancia
- e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer y aumento del tiempo para obtener, ingerir sustancias o recuperarse del consumo.

- f. Consumo a pesar de presentar consecuencias perjudiciales médicas o psicopatológicas (intoxicación, sobredosis, síndrome de abstinencia).

Cuando las dificultades que provocan el aislamiento establecen barreras cada vez más difíciles de atravesar, el abuso es el intento ilusorio de superarlas. La ilusión disfraza la dificultad, pero a poco de andar exigirá un aumento de la poción mágica (Grimson, 1999).

Según Kalina (2000), la estructura de la familia de un adicto es altamente conservadora y autoritaria, pues establecen quien será “el elegido”, por lo que el adicto garantiza, sosteniendo su lugar de “enfermo”, la “salud” del resto del grupo familiar. Como también menciona Pichon-Riviere (1988), es el portavoz de las ansiedades del grupo, es decir, desempeña un rol de depositario de las tensiones y conflictos grupales, el cual se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación.

3.2 Comunidad Terapéutica

Hoy en día hay distintas modalidades de tratamiento para este tipo de trastorno que dependerá de la persona y del momento en el que se encuentre con el consumo. En el Programa Andrés existen 3 modalidades: Internación en la Comunidad Terapéutica, Tratamiento Ambulatorio (terapia individual o grupal) y Hospital de Día.

También existen diferentes tipos de CT: La pública y privada basada en cuál es el ente propietario de la institución; rurales y urbanas según la ubicación; de profesionales ya que es operada solo por profesionales de la salud; de exadictos y por último, las CT mixtas, esta conjuga la experiencia del exadicto con la capacitación académica del profesional (Goti, 1990), con este modelo trabaja el Programa Andrés.

En la CT se dan tres etapas: la admisión: es una pre- entrevista con los familiares y el paciente, con la finalidad de determinar si el sujeto lo hace por voluntad propia o no, ver si reúne el perfil requerido según los criterios de selección establecidos por el centro y hacer del conocimiento del paciente las reglas y normas de convivencia; el tratamiento: es la etapa de crecimiento y del cambio, en la cual el

paciente se enfrenta consigo mismo, en esta etapa se realizan los distintos grupos terapéuticos, el paciente ira formando el vínculo con la comunidad, gradualmente el contacto con el mundo exterior se ira intensificando según su avance en la comunidad; por último la etapa de reinserción social: es la etapa más difícil pues deben encarar el mundo exterior que ellos recuerdan como hostil e incoherente (Goti, 1990).

La Comunidad Terapéutica (CT) es una situación grupal de vivir aprendiendo, es decir, es un sistema social que debe facilitar un aprendizaje, mediatizado a través de las normas de convivencia y del encuadre de la tarea. Este sistema social tiene jerarquías internas que posibilitan la confrontación para el crecimiento de un adolescente (Yaria, 1988). Hay dos cosas fundamentales en una CT: un grupo de personas y un sistema de creencias. Este sistema de creencias se va creando entre los miembros y el staff, donde se reflejan los valores, ideales, y leyes que definirán y diferenciarán a cada CT, tanto el staff y miembros tendrán que seguir y cumplir estas pautas. Mediante estas pautas se dará un proceso de adiestramiento donde se le brindara una estructura, es muy importante en este proceso la participación del residente (Yaria, 1988). Tiene como método fundamental "La Comunidad" para poder lograr el objetivo de transformar estilos de vida e identidades personales, es aquí donde se ve el punto de inflexión con otros tratamientos y comunidades. Su estructura (organización social), su componente humano (miembros del personal y residentes), y su régimen diario de actividades facilitan la curación, el aprendizaje y la modificación en el individuo (De León, 2004). La interacción grupal permite aumentar la autoconciencia del individuo de sus rasgos de personalidad negativos y fomenta la honestidad personal absoluta, la auto-apertura y el compromiso con la auto-modificación (De Leon, 2004); como también menciona Grimson (2007), la concepción de la comunidad es la de un multigrupo en actividad. Desarrolla un proceso que va progresando por etapas, permitiendo la distribución de roles y funciones y promueve un comportamiento sinérgico en que se unen los esfuerzos de los encargados de cada área.

Según Longgi (2010), el concepto de CT busca una reinterpretación de sentido de lo terapéutico, y hacia que va dirigido, en cuanto a re-definir aquello que necesita ser organizado para luego ser tratado y obtener la curación, por lo que cada CT define sus metas y sus fines desde las circunstancias que motivaron su creación, y con esto sus principios ideológicos que la caracterizarán. Es decir, son las necesidades las “creadoras” de los métodos que se instituyen para la búsqueda y hallazgo de las soluciones a estas necesidades. La necesidad genera la función.

Toda CT cumple una función preventiva, ya que no solo se enfoca en la problemática de la adicción, sino también en su entorno, en el hueco social que se va generando y en la disfunción del sistema familiar. Es por esto que el Programa Andrés cumple tres etapas de la prevención; prevención primaria: tiene como objetivo mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de protección mediante la promoción de salud incluyendo factores biológicos, ambientales y nivel de vida, busca limitar el número de personas que se inician en el uso de drogas y circunscribe como campo preventivo una población (Miguez, 1998); prevención secundaria: consiste en el diagnóstico temprano de la enfermedad, en el caso de adicciones, tiene como propósito reducir el número de personas en la población que tiene un consumo perjudicial de la droga (Miguez, 1998); por último la prevención terciaria: implica el desarrollo de estrategias vinculadas a evitar la invalidez o la muerte ocasionada por el uso de drogas mediante la rehabilitación del individuo para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente, esta etapa también incluye la reinserción social (Miguez, 1998).

3.3 Enfoques Terapéuticos

Las intervenciones suponen un proceso mediante el que se acompaña al individuo durante su desarrollo, con la finalidad de lograr una readaptación al medio y el máximo crecimiento de sus potencialidades. (Rodríguez Espinar, 2002). La finalidad de estas deben ser triple: terapéutica (intervención en las dificultades en la relación interpersonal y

social, desde una perspectiva remedial o correctiva), preventiva (intervención con objeto de evitar problemas futuros) y de desarrollo (intervención para optimizar el crecimiento personal en todos los aspectos), (Bisquerra, 1998).

3.3.1 Operadores Terapéuticos

El staff profesional está conformado por psicólogos, psiquiatras y operadores socioterapéuticos, también llamados coordinadores. Los operadores son personas capacitadas en el manejo de técnicas grupales y específicamente formados en la Historia de las Comunidades en el mundo y su desarrollo en Argentina, conceptos básicos de Psicología Dinámica, Psicología de los Grupos, del abordaje en los Grupos Familiares, de la prevención en el campo educativo y en la comunidad, aspectos legales, prevención del VIH, de los tipos de drogas y su toxicología y de los diversos tipos de tratamiento (internación, ambulatorio, hospital de día), el tiempo de estudio es de 2 años y al finalizar se les brinda el Diploma de OST (Operador socioterapéutico), (Grimson, 2007). Desde el inicio de las comunidades terapéuticas se trabaja con operadores que cumplieron con el recorrido del tratamiento de rehabilitación.

Tienen como papel fundamental el facilitar la comunicación y el aprendizaje participando activamente con el grupo en la construcción de nuevos conocimientos. Este hace lectura de los “emergentes grupales”: es un acontecimiento nuevo, sintético y creador que modificará los acontecimientos ulteriores, es a través del operador que adquieren significación grupal, qué se dice, cómo son las relaciones, qué es lo que no se dice ni se hace. Tienen una función muy activa, ya que se ocupan de ver la dinámica grupal, señalar al grupo lo que está ocurriendo, promueven y previenen la salud de los integrantes sin hacer ninguna interpretación fuera de encuadre (García, 2001). Según Schvarstein (s/f), el emergente es un signo, un hecho producido en el grupo, es decir un significativo que se asocia a un significado. El objetivo del operador es el de guiar a los individuos a través de un proceso de auto-descubrimiento y cambio, asegurándose de que reciben las experiencias de crecimiento

necesarias para aprender e incorporar los principios y valores de la vida correcta, los guías conocen el proceso de modificación desde el punto de vista de sus propias experiencias de recuperación, y de su experiencia en la observación del proceso de modificación en muchas otras personas (De Leon, 2004). Siguiendo estas líneas, según la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (2000), todo operador debe tener la posibilidad de trabajar en el contexto de una institución de control social, como también en el contexto de la calle, ya que este será un gestor de integración social. Es el operador que mantiene contacto constante con los pacientes interviniendo mediante acciones dirigidas, en función de metas y objetivos. Debe conjugar en su intervención el rigor técnico y el aporte vivencial, lo ya aprendido y lo que surge de su creatividad. Se involucra, interviene y pone el cuerpo para convertirse en estímulo del cambio del otro.

Según Grimson (1999), el coordinador co-ordena el funcionamiento grupal, lo guía estableciendo parámetros, tonos, indica ritmos, presta atención a los dicho y a los silencios. Siempre está diagnosticando, es decir, describiendo lo que ve en forma sistemática. Los primeros momentos de cada reunión requerirán del coordinador un adiestramiento que le permita no desconectarse frente a la presentación en un grupo en situación regresiva, el grupo testea al coordinador, invoca su capacidad de tolerar situaciones que generan ansiedad.

Al momento del encuentro grupal se requiere del coordinador un alto desarrollo de actitud psicológica, lo que implica, la capacidad de continencia del otro y de sí mismo; el desarrollo de la distancia optima; estructura de demora y posibilidad de formular hipótesis. También hay tres elementos que forman parte de la unidad de trabajo del coordinador estos son: el **existente grupal**, es lo dado, lo que se dice, es aportado por los portavoces y constituyen los primeros emergentes que deberán ser descifrados. El existente grupal es devuelto al grupo en la **intervención** del coordinador, que tiene carácter de hipótesis y su finalidad es hacer explícito lo implícito y la eficacia de la intervención se medirá por su operatividad, por aquello que produce. Por último; el circuito espiralado se completa con el **emergente**, como ya se mencionó

anteriormente es un acontecimiento nuevo, sintético y creador que modificará los acontecimientos ulteriores y es a través del coordinador que adquieren significación grupal. Respecto a las intervenciones del operador son: **Interrogación**, consiste en la formulación de preguntas que orienta al grupo hacia el tratamiento pertinente de la temática, está vinculado con el proceso de “dar a luz” las ideas, por lo general se utilizan preguntas abiertas. **Suministro de información** permite aclarar errores conceptuales. **Señalamiento**, establece relaciones entre hechos que el grupo no pudo relacionar a lo largo del discurso grupal, se realiza a través de afirmaciones o sugerencias. Se trata de marcaciones de lo que se presenta como más significativo y puede incluir las intervenciones verbales, así como los silencios, las actitudes corporales y gestuales. La **interpretación**, lectura de los aspectos latentes de una situación grupal, debe ser al servicio del crecimiento y aprendizaje. Los **silencios** utilizados ante una situación de bloqueo o para vencer mecanismos defensivos, puesto que suelen producir una intensa movilización. Todas estas técnicas de intervención deben promover la participación, la reflexión y el intercambio, más no, actuar como un obstáculo o freno que dificulte el trabajo grupal (García, 2008).

3.3.2 Psicólogo Cognitivo

Las intervenciones psicológicas se explicarán desde un enfoque cognitivo, el cual intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo y defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones. Tiene como idea básica ayudar al paciente en dos formas:

- Reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de creencias subyacentes.
- Enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. (Beck, 1999).

El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de una droga, es decir, explorar las creencias básicas acerca del valor que tiene la droga, al mismo tiempo

se entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Como muchos pacientes tienen poca tolerancia ante la frustración se les hace ver cómo sus actitudes contraproducentes, acerca de sí mismo y de sus capacidades, les lleva a reaccionar de forma desmedida y se les muestra cómo considerar estos obstáculos como problemas que deben ser resueltos, antes que verlos como barreras para sus metas (Beck, 1999). Para lograr comprender las creencias básicas de los pacientes y poder tratar el problema con las drogas, hay dos conceptos básicos; el craving por consumir drogas, se refiere al deseo irrefrenable o ansia a la droga, es decir, está asociado al querer, mientras que el impulso se aplica a la presión interna o movilización para actuar por el craving, es decir, está asociado al hacer. Los impulsos pueden ser considerados como compulsiones cuando el individuo se siente incapaz de resistirse a ellos. El tiempo que transcurre entre la experiencia del craving y la aplicación del impulso proporciona un intervalo para la intervención terapéutica, para la aplicación técnica de control. Otro concepto que juega un rol importante para la generación de impulsos son las creencias disfuncionales. Las creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos (Beck, 1999).

Se sabe que para obtener éxito en la terapia tiene que existir una relación de colaboración por ambas partes (terapeuta – paciente). En el caso de los pacientes con problemas de adicción se da en un principio una relación de adversarios entre terapeuta y paciente debido a ciertos factores:

- No acceden a un tratamiento voluntariamente.
- Suelen mantener presuposiciones muy desadaptativas acerca de la terapia.
- Los pacientes no suelen ser muy abiertos o sinceros al principio de la terapia.
- Los pacientes pueden estar involucrados en actividades delictivas y pueden presentar problemas de confidencialidad.
- Piensan que el terapeuta es parte del sistema y no un aliado.
- Los terapeutas pueden tener presuposiciones negativas acerca de los pacientes.

Muchas veces el paciente quiere curarse sin cambiar de vida y sin tener que hacerse cargo de las consecuencias, es decir sin aceptar limitaciones que lo remitan a esas insoportables vivencias de vacío, fallas en el proceso de personificación, depresiones, etc. Para ellos resulta difícil aceptar que existe lo bueno y que ellos no lo tienen, lo cual se convierte en el motor de las severas actuaciones destructivas que suelen presentar en el tratamiento (Kalina, 2000).

Es por esto que es importante que el terapeuta se comunique sin emitir prejuicios, sino más bien, que escuche, reflexione y demuestre autenticidad y consideración positiva, o sea, que pueda establecer un rapport.

En la terapia se puede conseguir una mejor interacción mediante el método socrático. Mediante este método los pacientes son guiados a través de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados. Si se realiza adecuadamente debería de reducir la angustia subjetiva, también proporciona un insight y toma de decisiones racional haciendo que el paciente esté atento a la información importante. Este proceso configura el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva, en otras palabras, enseña al paciente a pensar de forma independiente (Beck, 1999).

3.3.3 Funcionamiento de los grupos de apertura y cierre

Todos los días se llevan a cabo los grupos de apertura y cierre. Los grupos de apertura se dan a primera hora en la mañana, en este espacio se refuerzan las metas y objetivos de cada paciente que deberá cumplir en el día; El grupo de cierre se realiza todas las noches para cerrar el día y saber si cada paciente cumplió con los objetivos propuestos, si hubo algún cambio o mejora durante el día, etc. Son espacios grupales en los que se busca lograr ubicar al paciente frente al otro social, y se encuentre con la norma, el límite, otro social que lo sostiene, al tiempo que le marca la diferencia, y lo coloca en el plano del hacer, de la creación, del objeto personal, proyectándolo hacia el afuera.

Es importante definir el término “grupo” ya que es la unidad de trabajo en una Comunidad Terapéutica. Por grupos entendemos: Unidad colectiva que encara una obra común, se expresa por actitudes y comportamientos comunes y tiende hacia un cierto equilibrio en el que las fuerzas centrípetas superan a las fuerzas centrifugas (Maisonneuve, 1991), dicho de otro modo, la persona está en constante interacción entre las condiciones del entorno y las tendencias naturales del individuo, entonces cada individuo se comporta en función tanto de sus tendencias naturales como las del entorno determinando así la dinámica grupal. Siguiendo también la definición por Pichón-Riviere (1988), los grupos operativos o comunidades del mismo tipo tienen su actividad centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación provocadas por la ansiedad que despierta todo cambio.

La pertenencia a los grupos cumple una función determinante en los individuos, ya que a través de estos el individuo se constituye formado por la sociedad en la que vive, es el grupo el que mediatiza el proceso de socialización. En el plano individual, se realiza según un doble movimiento: la personalización: proceso en el cual un individuo se convierte en una persona como los demás, entre los demás, parecido a ellos sin ser ellos; la individuación: proceso por el cual la persona se singulariza entre los demás, este doble movimiento de socialización es continuo (Blanchet & Trognon, 1994). Una variable determinante es la cohesión del grupo, es decir, el mantenimiento en cuanto a unidad, su estabilidad que le permita resistir a la desintegración, esta se traduce en la atracción que se ejerce entre los miembros del grupo y hacia el grupo en cuanto totalidad. El entorno del grupo juega pues una función primordial en su cohesión (Blanchet & Trognon, 1994).

A continuación siguiendo a Rogers (1970), se describirán las etapas del proceso de los grupos:

- a) Etapa de rodeos: es cuando el grupo gozará de un grado de libertad en donde el coordinador no asumirá la responsabilidad de dirección, produciendo un periodo de confusión, frustración, silencios vergonzosos, probablemente algún miembro revele

- actitudes personales lo que tiende a provocar reacciones ambivalentes en los demás miembros.
- b) Etapa de resistencia a la expresión o exploración personal: en esta etapa los pacientes suelen mostrar el yo público y solo de modo gradual, con temor y ambivalencia se disponen a revelar el yo privado.
 - c) Etapa de descripción de sentimiento del pasado: a pesar de la ambivalencia, la expresión de sentimientos es cada vez mayor en las conversaciones.
 - d) Etapa de expresión de sentimientos negativos: las primeras expresiones de un sentimiento que surgen aquí y ahora, tienden a manifestarse en actitudes negativas hacia otros miembros o hacia el coordinador de grupo.
 - e) Etapa de expresión y exploración de material personalmente significativo: después de experiencias negativas tales como la confusión inicial, la resistencia a la expresión personal, es muy probable que un miembro se revele ante el grupo en forma significativa ya que este miembro comprendió que este es su grupo.
 - f) Etapa de expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo: entra en proceso la manifestación explícita de los sentimientos inmediatos que un miembro experimenta hacia otro.
 - g) Etapa de desarrollo en el grupo de la capacidad de aliviar el dolor: se observa en algunos miembros una aptitud natural y espontánea para encarar en forma útil, facilitadora, y terapéutica el dolor y sufrimiento de otros.
 - h) Etapa de aceptación de sí mismo y comienzo del cambio: se van experimentando sensaciones de mayor realidad y autenticidad.
 - i) Etapa de resquebrajamiento de las fachadas: conforme van pasando las distintas etapas al grupo le resulta intolerable que algún miembro viva detrás de una máscara o apariencia.
 - j) Etapa en la que el individuo recibe realimentación: en el proceso de esta interacción el individuo recibe gran cantidad de datos acerca de la forma en que aparece ante los demás.
 - k) Etapa de enfrentamiento: va surgiendo conforme se va dando la retroalimentación a los individuos.

- l) Etapa de relación asistencial fuera de las sesiones del grupo: los miembros del grupo se asisten entre sí, fuera del contexto grupal, en algún problema personal o si descubrió algo doloroso respecto de sí mismo.
- m) Etapa del encuentro básico: los miembros entre si establecen un contacto íntimo y directo en la vida corriente, parece ser un aspecto central, intenso, y generadores de cambio.
- n) Etapa de expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo: conforme va pasando el tiempo de las sesiones y los sentimientos se van expresando va tomando cuerpo una creciente sensación de confianza, cordialidad y también un espíritu de grupo.
- o) Etapa de cambios de conducta en el grupo: los miembros manifiestan una capacidad para brindarse mutua solicitud y asistencia.

Según García, (2008), la comunicación humana, como proceso permanente de codificación y decodificación de las experiencias de los propios participantes, será el medio que dará cuenta de la dinámica grupal. En este proceso de comunicación se desarrolla paralelamente el proceso de aprendizaje.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo

4.2. Participantes y muestra: Como muestra se tomará al Staff de la institución, está compuesta por 2 psicólogos y 4 operadores, a continuación se detallará la muestra:

- Lic. J, trabaja en la institución desde hace 5 años, ella tiene a su cargo un grupo estático, grupo de esposas de los pacientes de la comunidad terapéutica y coordinadora del grupo de familia.
- Lic. F, trabaja en la institución desde hace 3 años, el está encargado del grupo de sentimiento, grupo estático y coordinador del grupo de familia.
- Operador D, el trabaja como operador desde hace 10 años en la institución, el se encarga de los grupos de apertura, grupo de sentimiento, grupo de familia y de los ingresos.

- Operador A, trabaja en la institución desde hace 3 años, el se encarga de las guardias nocturnas y de los grupos de cierre en la comunidad terapéutica.
- Operador A2, trabaja en la institución desde hace 1 año, se encarga de las de guardias y de los grupos de cierre de la comunidad terapéutica.
- Operador J, forma parte de la institución desde hace 20 años, se encarga de las guardias nocturnas y de los grupos de cierre en la comunidad terapéutica.

La edad promedio tanto de los operadores como de los psicólogos esta entre los 25-50 años.

4.3. Instrumentos: Los datos serán obtenidos de los siguientes instrumentos:

- Observaciones de los grupos llevados a cabo por el operador y por el psicólogo.
- Historias Clínicas.
- Registro de las observaciones.

5. PROCEDIMIENTO

Los datos se recopilarán observando los grupos de apertura (se realizan en la mañana) y cierre (se realizan en la noche) que son coordinados por el operador, estos grupos se hacen todos los días.

Por otro lado, se observará el grupo de sentimiento llevado a cabo por un psicólogo, este se realiza una vez a la semana.

También se presenciaron los grupos estáticos los cuales son coordinados por el psicólogo.

Por último se observarán los grupos familiares que son coordinados por ambos, tanto operadores como psicólogos.

Mediante estas observaciones, el registro de éstas, y las historias clínicas se finalizara realizando la comparación necesaria.

6. DESARROLLO

A continuación se desarrollarán los objetivos propuestos en un inicio.

6.1 Tareas de los operadores y psicólogos en la comunidad terapéutica

- Operadores: dentro de la comunidad terapéutica ellos son responsables de los grupos de apertura y de cierre que se realizan todos los días, en los cuales los pacientes transmiten como se sienten, si tuvieron algún sueño, si se quedaron con algún pensamiento del día anterior o al finalizar el día si cumplieron con los objetivos propuestos, etc. Permitir a los pacientes que desahoguen sus sentimientos negativos o ansiedades a primera hora de la mañana puede reforzar su baja tolerancia a cualquier forma de incomodidad o molestia; también los instruye en torno a la moderación de la estimulación excesiva, con el objetivo de desarrollar un nivel de coherencia en la conducta responsable (De Leon, 2004). El rol del operador también implica trabajar “junto” al grupo y no “para” ni “por” el grupo, sino, ser capaz de leer los procesos intersubjetivos, detecta los obstáculos que limitan la producción grupal, alienta y estimula la capacidad creativa de sus miembros. Es al operador a quien le corresponde mantener las condiciones del encuadre dentro del grupo (García, 2008).

A su vez, tienen como tarea ser encargados de la comunidad sobre todo cuando realizan guardias nocturnas, es decir, supervisan todas las actividades en la residencia; sus funciones y responsabilidades incluyen el mantenimiento de las actividades físicas, la supervisión de los programas clínicos, y la organización del régimen diario de las actividades educativas, terapéuticas y laborales. Deben mantener todos los sistemas generales de información y comunicación, con el objetivo de mantener la integridad de la jerarquía y proteger la cadena de comunicación (De Leon, 2004).

- Psicólogos: participan en conjunto con los operadores en los grupos de apertura y cierre. Realizan terapias individuales y familiares, los grupos familiares se realizan una vez a la semana, es un espacio donde la familia comienza a pensar en una problemática compartida y no solo de un miembro que designen como problemático, favoreciendo un mejor vínculo (Subsecretaría de Atención a las Adicciones, 2000). Además se observó que todo cambio subjetivo, individual, produce inestabilidad en el entorno del paciente, ya que muchas veces la mejoría de él, conlleva a una patología latente en otro miembro de la familia, que resistirá al cambio y puede poner en peligro el tratamiento mismo del paciente, (Subsecretaría de Atención a las Adicciones, 2000). Según la corriente sistémica, la familia, como sistema, se expresa gracias al síntoma de uno de sus miembros, por eso la acción terapéutica debe centrarse en el sistema y no en el síntoma del sujeto, (Subsecretaría de Atención a las Adicciones, 2000). Para Pichon – Riviere, (1988), la familia es el modelo natural de la interacción grupal en la enfermedad del paciente se percibe un “rol” dentro de la situación grupal, teniendo en cuenta que la familia es una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados.

Como otra tarea, también realizan los ingresos de los nuevos pacientes. Etapa fundamental ya que se debe analizar si el paciente puede ser un riesgo para la comunidad o no, es por esto, que la entrevista la debe realizar un profesional; se obtiene una historia médica completa y exámenes físicos. Los pacientes en proceso de admisión se encuentran en una etapa de pre-residencial, es el primer contacto con la institución, es una etapa de motivación para la iniciación del proceso de modificación, a su vez, se le proporciona información acerca de la política y la metodología del programa, (De Leon, 2004). En esta etapa se analiza el perfil del paciente y la red familiar y social; por último, están a cargo de los grupos de sentimiento, en este grupo los pacientes escriben sentimientos que fueron identificando en la semana y los expresan dirigiéndose a la persona que le provocó ese sentimiento, con el objetivo de

enseñarles a comunicar aquellos sentimientos que en una situación de calle les podría llevar al consumo, se les enseña a tener control de sus propios impulsos, como menciona De Leon (2004), instruye a los pacientes a esperar el momento y el lugar correcto para expresar sus sentimientos y solucionar sus problemas, aumenta la tolerancia y mantiene su estabilidad y su atención en la rutina diaria.

Así como todas las reuniones están centradas en el paciente y en su evolución del tratamiento, el personal administrativo (conocido como STAFF en Programa Andrés) de la CT, mantienen reuniones semanales en las cuales incluye una revisión de las condiciones en las que se encuentra la comunidad, las admisiones, los abandonos de pacientes, los cambios en el programa, ajuste de planilla, se tratan de manera específica las cuestiones clínicas y de gestión acerca de pacientes específicos, con la finalidad de identificar los logros y cambios obtenidos, como también los errores cometidos, (De Leon, 2004).

6.2 Tipos de intervención que realizan los psicólogos y operadores en los grupos de apertura y cierre en la comunidad terapéutica

La finalidad de las intervenciones psicológicas debe ser triple: terapéutica (intervención en las dificultades en la relación interpersonal y social, desde una perspectiva remedial o correctiva), preventiva (intervención con objeto de evitar problemas futuros) y de desarrollo (intervención para optimizar el crecimiento personal en todos los aspectos), (Bisquerra, 1998).

Las intervenciones del operador mencionadas anteriormente están relacionadas con la interrogación, la cual consiste en la formulación de preguntas que orientan al grupo hacia el tratamiento pertinente de la temática, está vinculado con el proceso de “dar a luz” las ideas, por lo general se utilizan preguntas abiertas. En este proceso se puede dar el primer momento del grupo que es la apertura, hay tres tipos de apertura en la actividad grupal: *Apertura cerrada*, suelen ser aperturas en las que se proponen juegos de integración u otros, centrándose en priorizar la acción; *Apertura abierta*, aquellas que el coordinador se permite ser

“pasivo”, sin impulsar activamente al grupo a ninguna acción, deja venir el material, observando y detectando los signos que caracterizan a la apertura para luego intervenir; *Aperturas semiabiertas*, integra elementos de las aperturas cerradas y abiertas, según las necesidades y características propias de cada grupo. Así también como técnica de intervención grupal es la observación, el objetivo es mantener registro de todo lo relevante, en el que se cuenta con un cuaderno de registro en el cual se toma nota de todo lo que el paciente manifiesta, como así también las actividades que se realizan en el día. Este cuaderno de registro permite que en las reuniones de staff todos estén enterados de lo manifiesto por los pacientes y generar como equipo terapéutico planes de acción para los mismos. Esta técnica permitirá establecer hipótesis acerca del desarrollo del grupo, de la relación con los objetivos, las dificultades que surgen en la tarea, resolución de las dificultades, etc.

En estas observaciones también se toman en cuenta las conductas manifiestas de los pacientes, por ejemplo: quien llega primero al grupo, donde se ubica, quien arma el espacio grupal, la distribución grupal, con el objetivo de construir hipótesis sobre la dinámica interpersonal que se produce en el grupo, para una mejor observación se toma en cuenta lo transcurrido del día anterior. En la comunidad terapéutica estas observaciones son indicadores sobre los pacientes que siguen motivados en el tratamiento, o que están muy ansiosos por manifestar algún acontecimiento, etc. Otro factor que se debe observar es el silencio, es decir, la carencia de palabras, es muy enriquecedor para el operador escuchar el silencio que antecede a un tema, a la actitud del grupo o de un miembro, por ejemplo; hay silencios con ruidos (se mueven o hablan objetos por los miembros); silencios con murmullos o mascullos; silencios abruptos. Esto puede generar la reflexión, la huida, la risa o el boicot.

Estas técnicas de intervención deben promover la participación, la reflexión y el intercambio, más no, actuar como un obstáculo o freno que dificulte el trabajo grupal (García, 2008).

Respecto a las intervenciones del psicólogo, están orientadas a ayudar al paciente en la identificación y modificación de creencias que exacerbaban el deseo irrefrenable de consumir, la mejoría de los estados

de afecto negativo que normalmente disparan el consumo de la droga, enseñan al paciente a aplicar habilidades y técnicas cognitivas y ayudar al paciente que pueda realizar cambios positivos e importantes en la forma que se perciban a sí mismos, su vida y su futuro (Beck, 1999). Se ayuda a los pacientes a identificar y modificar las creencias asociadas con la droga, ya que los pacientes no están atentos a las creencias que tienen asociadas y contemplan casi siempre ese abuso como función de factores extrínsecos (Beck, 1999). Esta técnica de intervención se utiliza sobre todo en los grupos de apertura y cierre. Una vez que saben controlar sistemáticamente sus creencias y pensamientos automáticos saben comprender y explicar mejor por qué utilizar drogas y por qué es mejor no utilizarlas. También mediante la técnica de reatribución de responsabilidad, se les ayuda a reatribuir la responsabilidad de uso de drogas de forma que puedan tomar iniciativas para modificar sus conductas de abuso. Esta técnica requiere la aplicación del método socrático, de forma que los pacientes no sientan que sus terapeutas los están juzgando (Beck, 1999). Según De Leon (2004), los pacientes muestran un pobre sentido de responsabilidad, normalmente inventan o son incapaces de proporcionar un registro honesto o coherente de sus actividades, responsabilidades u obligaciones. Al adherirse a los procedimientos e informar de los detalles acerca de sus actividades, aprenden a proporcionar una relación honesta y explícita de sus acciones. A su vez se realiza una programación y control de actividades como estrategia para comprender y controlar las conductas asociadas al consumo y para incrementar las conductas productivas. Cuando los pacientes son capaces de planificar y conseguir hacer las actividades no relacionadas con la droga se sienten más satisfechos y aumenta su autoeficacia, con más capacidad de autocontrol y con menor dependencia de la “dosis” química (Beck, 1999). Esta técnica es claro ejemplo de la etapa de reinserción social de los pacientes, en esta etapa ellos deberán buscar actividades que potencien sus habilidades, que les resulte interesante y que les permita sociabilizar con personas no consumidoras. Esta programación o “régimen diario” que deben cumplir

todos los residentes de la CT les proporciona un entorno ordenado para muchos individuos que estaban acostumbrados a vivir en entornos caóticos o destructivos (De Leon, 2004).

Por otro lado, los psicólogos deben tener en cuenta que los pacientes que muestran impulsividad tienden a solucionar mal sus problemas, ya sea ignorándolos (negación, evitación) o anestesiándolos con las drogas. Por lo que se les debe enseñar los principios de resolución de problemas (Beck, 1999). Este punto se observa frecuentemente en los pacientes que recién ingresan a la CT, que vienen con problemas legales, matrimoniales, de familia, que no lograron solucionarlos ya que optaron por recurrir a la droga, también se observa en la etapa de reinserción social, debido a que se vuelven a conectar con la calle, el estrés de buscar trabajo, o alguna actividad y la frustración de no obtener los resultados previstos, estos dos momentos se trabajan mucho en los grupos estáticos, ya que es un espacio habilitado a desmenuzar y profundizar cada situación problemática.

6.3 Comparación de las intervenciones de los psicólogos y operadores

Los psicólogos y operadores cumplen una función preventiva respecto al tratamiento de las adicciones, tienen como objetivo que el paciente logre atravesar todo el proceso terapéutico que implica la CT. Si bien ambos profesionales trabajan en conjunto en algunos espacios terapéuticos, cada uno mantendrá su metodología de trabajo.

Los operadores son agentes de prevención, que analizan la estratificación social, con su consecuente exclusión, (Grimson, 1999). Intervienen mediante acciones dirigidas, en función de metas y objetivos, donde conjugan el rigor técnico y el aporte vivencial, lo ya aprendido y lo que surge de su creatividad (Subsecretaría de Atención de las Adicciones, 2000). Los psicólogos, tienen sus intervenciones centradas en reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo y defectuoso y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones (Beck, 1999). El operador tiene como unidad de trabajo “el

grupo” facilitando la comunicación y el aprendizaje, haciendo lectura de los emergentes grupales (García, 2001). Tienen como principales técnicas de intervención, la interrogación, el suministro de información, el señalamiento, la interpretación y por último, los silencios, (García, 2001).

Los psicólogos en cambio no solo trabajan con grupos terapéuticos, sino también, realizan terapia individual y trabajan con el sistema familiar del paciente. Ellos tienen técnicas de intervención centradas en la reducción de los impulsos por consumir droga y se les enseña a los pacientes a que ellos mismo aprendan a controlar estos impulsos mediante técnicas (Beck, 1999). El operador es un guía para los pacientes, ellos a partir de su experiencia con el consumo de drogas tienen mayor comprensión sobre el proceso que atraviesa cada paciente. Es por esto, que los operadores deben desarrollar actitudes psicológicas, lo que implica la capacidad de continencia del otro y de sí mismo.

Tanto los operadores como psicólogos tienen como técnicas de intervención la generación de hipótesis, la distancia óptima, y sobre todo la transferencia o el rapport que se obtiene con el paciente. Ambos con su metodología de trabajo se complementan ya que los psicólogos cuentan con la parte más técnica y los operadores con la parte más vivencial, es por esto, que en una CT es fundamental la presencia de ambos, sin dejar de lado los demás profesionales.

CUADRO N° 1**Cuadro comparativo entre psicólogos y operadores**

	Ps	
Formación	Psicología	

7. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se realizó la descripción de las tareas e intervenciones de los psicólogos y operadores, y la comparación de las intervenciones de los mismos en la Comunidad Terapéutica elegida.

Todo profesional que aporte en una Comunidad Terapéutica, cumple una función preventiva, en la cual se trata de reducir la aparición de nuevos casos o disminuir el consumo por parte de la población, también cumplen un rol de facilitadores sociales que les permita a los pacientes rehabilitados reinsertarse en la sociedad ya sea en las áreas laborales, sociales y familiares, es decir, como menciona Grimson (1999), se trata de que todos tengan la oportunidad de convivir en la comunidad en que se originan y a la que pertenecen. Es por esto que la eficacia de cualquier tratamiento de adicciones debe ser medida en términos de la posibilidad que da al sujeto de acceder a la reinserción social.

Es así que las comunidades terapéuticas surgieron como respuesta a una problemática social grave: la marginación de los afectados por las políticas de salud. Ante esta falta se intentó brindar un rudimento de residencia a quienes optaban por emprender el camino de la recuperación, emergiendo en un contexto de responsabilidad y reconstrucción social (Grimson, 1999). Es por esto que la comunidad terapéutica tiene como objetivo específico el tratar el trastorno individual, pero su objetivo más amplio es el de transformar estilos de vida e identidades personales. Para lograr esto se utiliza la comunidad como método para ayudar a los individuos. Su estructura (organización social), su componente humano (miembros del personal y residentes), y su régimen diario de actividades (grupos, reuniones, trabajo, recreo) están diseñados para facilitar la curación, el aprendizaje y la modificación en el individuo. El aprendizaje o re-aprendizaje de los valores requiere de su práctica en una comunidad que refuerce de manera explícita el modo en que los individuos pueden vivir correctamente consigo mismos, con los

demás y con la sociedad (De Leon, 2004). Es por esto que el tipo de transferencia que se genera entre el paciente y la comunidad terapéutica, determinará la calidad de tratamiento que realizará el paciente, el tiempo de estadía en la comunidad, el nivel de compromiso con el tratamiento, con los compañeros, con el cuidado de las instalaciones y el cumplir con normas de convivencia.

Por esto, los operadores son capacitados en el manejo de técnicas grupales. Tienen como papel fundamental el facilitar la comunicación y el aprendizaje, tiene una función muy activa, ya que se ocupa de ver la dinámica grupal, señalar al grupo lo que está ocurriendo, promover y prevenir la salud de los integrantes (García, 2001).

Siguiendo las observaciones realizadas en la comunidad, el vínculo que se genera con los pacientes y el operador es mucho más accesible y sencillo, desde el inicio del tratamiento hay una demanda y necesidad constante de estar en contacto con el operador, con aquella persona que comprende desde la vivencia lo que representa ser un adicto, de hecho en situaciones de mucha ansiedad donde los pensamientos comienzan a gobernar su actitudes recurren al operador, buscando ese apoyo de alguien que lo comprenda.

A propósito de los grupos, como menciona Pichon – Rievere (1988), la actividad de los grupos operativos está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al monto de ansiedad que despierta todo cambio, en el cual se va observando una modificación progresiva en la medida en que aumenta la homogeneidad en la tarea.

Entonces la función principal del operador es explicitar el carácter de estos miedos para que los sujetos que componen lo comunitario puedan enfrentarlos y resolverlos (Tabares, 2007).

Los psicólogos orientan su trabajo e intervenciones en ayudar al paciente en la identificación y modificación de creencias que exacerbaban el deseo irrefrenable de consumir. Se les enseña técnicas en las cuales puedan darse cuenta de los pensamientos por los que están siendo

gobernados al momento de querer consumir, con el objetivo de que los pacientes sean responsables sobre su consumo y no caigan en la victimización. Estas técnicas también ayudan a controlar sus impulsos e ir obteniendo resultados positivos que permitan al paciente sentirse satisfecho con los logros alcanzados. Siguiendo a Beck (1999), la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Estas interpretaciones de la persona se modelan de distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones. Algunas creencias específicas constituyen una vulnerabilidad al abuso de sustancias, por ejemplo; cuando están en la etapa de abstinencia la ansiedad, la incertidumbre de no saber cómo llevar a cabo su vida sin las drogas, los lleva a creer que son seres inútiles, que solo traen problemas, y que han dejado muchos problemas en su familia sin resolver y estando en tratamiento no van a poder resolverlos. Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el impulso.

En relación al trabajo realizado, para complementar la información brindada y las observaciones realizadas, hubiera sido de mayor aporte generar una encuesta o escala que indique la eficacia de las técnicas de intervención de los psicólogos y operadores.

Se observó que los psicólogos no tienen los estudios adecuados para el tema de adicciones, sino, la experiencia de haber trabajado en una comunidad terapéutica por lo que cada uno seguía su propia metodología, tampoco tenían la cantidad suficiente de profesionales. En relación a las instalaciones del programa eran muy escasas y antiguas, por ejemplo; en ocasiones no contaban con la ventilación adecuada, en épocas de lluvia en varias áreas de la institución se filtraba el agua, los dormitorios también, teniendo en cuenta que la infraestructura muchas veces es un factor motivacional para el paciente que recién se está integrando. Por otro lado, no se realizaba la prevención y promoción adecuada sobre el consumo de drogas, por ejemplo; no se realizaban talleres educativos sobre las adicciones con los familiares o con el público en general, al menos no había una programación.

Para terminar, y como última reflexión que surge en el autor, sería interesante generar talleres para las familias de los pacientes , con la finalidad de brindarles información respecto a las adicciones, herramientas para que trabajen con el paciente, y también como modo de prevención. Con los pacientes sería interesante realizar talleres motivacionales, con el objetivo de fortalecer y potenciar los aspectos positivos, realizando un trabajo enfocado en el cuerpo, en la expresión del cuerpo, para generar la integración mente y cuerpo, generando un espacio en el que las palabras se trasladan al cuerpo.

8. BIBLIOGRAFIA

- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta Edición. Washington, DC: Asociación Psiquiátrica Americana.
- Beck, A. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencia*. Barcelona: Paidós
- Bisquerra, R. (1998). *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica*. Barcelona: Praxis
- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2002). Adicciones y Salud [versión electrónica]. *Revista Psicología Científica*
- Bucchinder, M. (1998). *Adicción y grupo en Temas de Psicología Social*. Año19. N°17. Buenos Aires: Cinco
- Clasificación Internacional de Enfermedad y Problemas Relacionados con la Salud (1994). Madrid: Meditor
- Blanchet , A. & Trognon, A. (1994). *La Psicología de los Grupos*. París: Nathan
- De Leon, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones*. España: Desclée de Brouwer
- García, D. (2001). *El Grupo: Métodos y Técnicas Participativas*. Buenos Aires: Espacio
- García, D. (2008). *El trabajo con grupos: Aportes teóricos e instrumentales*. Buenos Aires: Espacio
- Grimson, W. R. (1999). *Sociedad de Adictos*. Buenos Aires: Planeta
- Grimson, W. R. (2007). *Drogas Hoy: problemas y prevenciones*. Buenos Aires: Eudeba
- Kalina, E. (20002). *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Paidós

- Longgi, R. A. (2010). Comunidad Terapéutica como ideología y cambio [versión electrónica], *Revista Ania*, 75, 1-84.
- Maisonnueve, J. (1991). *Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós
- Miguez, H. A. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Paidós
- Schvarstein, L. (s/f). *Relaciones entre lo manifiesto y lo latente en grupos operativos*. Buenos Aires: Cinco
- SubSecretaría de Atención de las Adicciones (2000). *Operador Comunitario socioterapéutico y de calle*. Buenos Aires
- Tabares. H. (2007). *Consumidores y Drogas: Aportes a la Prevención y a la Clínica desde un Enfoque Comunitario y Psicosocial*. Buenos Aires: Gabas
- Pichon – Riviere, E. (1988). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Edición
- Rodríguez Espinar, S. (2002). *La orientación y la función tutorial, factores de la calidad de la educación. Ponencia presentada en el Seminario: Los educadores en la sociedad del siglo XXI*, organizado por el Consejo General del Estado, Madrid, España.
- Yaria, J. A. (1988). *Los Adictos, Las Comunidades y sus Familias*. Buenos Aires: Trieb