



Trabajo Final de Integración:

“Tratamiento de rehabilitación a las adicciones a las drogas en un hombre de 25 años”.

Título: Licenciatura en Psicología.

Autor: Julieta Laura Masi.

TUTOR: Prof. Gabriela Ramos Mejía.

Índice:

1. Introducción	3
2. Objetivos	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. Modelos Teóricos y definiciones de Adicción	6
4. Historia de las Comunidades Terapéuticas	15
4.1. Comunidad Terapéutica.....	16
4.1.1. Fases en el tratamiento.....	18
4.1.2. Los diferentes dispositivos terapéuticos.....	21
5. Estadios en el modelo de cambio	22
6. Modalidades de funcionamiento familiar	23
6.1. Patrones de comunicación disfuncionales.....	25
6.1.1. Violencia familiar.....	27
6.1.2. Abuso sexual.....	27
7. Factores psicológicos, fisiológicos y conductuales relacionados en la dependencia de sustancias	29
7.1. Terapia cognitiva-conductual.....	30
8. Factores a tener en cuenta para prevenir la recaída	31
9. Metodología	34
10. Desarrollo	36
10.1. El tratamiento que realizó el paciente.....	36
10.1.1. El cuadro que presenta el paciente al inicio del tratamiento.....	36
10.1.2. Los cambios producidos por el paciente a lo largo del tratamiento.....	37
10.2. Abandono del tratamiento en Fase C.....	48
10.3. El tratamiento familiar y el rol de la familia en el mismo.....	50
11. Conclusión	53
12. Referencias	61
13. Anexo: Historia Clínica	65

Tratamiento de rehabilitación a las adicciones a las drogas en un hombre de 25 años.

1. Introducción:

El presente trabajo final de integración se basa en las trescientas veinte horas realizadas en un centro de Rehabilitación para las Adicciones. Se ha elegido esta Institución, abordando una problemática que se acentúa cada vez más en la actualidad social en que estamos inmersos. Partiendo de edades muy tempranas y no distinguiendo las diferentes clases sociales de quien pueda ser afectado.

Esta comunidad es una Asociación Civil sin fines de lucro. Se trabaja con tratamientos de rehabilitación con la modalidad de internación en Comunidad Terapéutica, hospital de día, hospital de noche y ambulatorio grupal e individual. Estas modalidades, se adaptan a cada caso en particular. Todos los tratamientos se realizan sin prescribir el uso de fármacos, excepto que la patología del paciente lo requiera. En todos los casos se promueve la participación del núcleo familiar del adicto y su red social de contención. La población que se atiende es de ambos sexos. El tratamiento con internación en Comunidad Terapéutica es exclusivamente para el sexo masculino. La modalidad de hospital de día y ambulatorio grupal e individual es para ambos sexos y la edad de la población oscila entre los 15 y los 55 años.

Tiene por objetivo la promoción de la salud y la rehabilitación de personas con adicciones, ofreciéndole a éstas y a sus familiares ayuda terapéutica. Los tratamientos que ofrecen tienen como meta que las personas logren recuperar la confianza en sí mismas para vivir lejos de la adicción. La adicción es el síntoma de un problema personal que hay que trabajar desde una acción educativa y terapéutica. Desde esta perspectiva, se apunta al desarrollo integral de la persona en todos los ámbitos de su vida (laboral, familiar, social e individual). Los dispositivos de trabajo son: espacios terapéuticos con trabajo grupal, individual, familiar y de reflexión; y espacios de lazo social, que posibilitan la inserción social, a través de la capacitación laboral, ofreciendo diversos talleres .

Durante la práctica pre-profesional se pudo observar como es el tratamiento que recibe el drogadependiente, como trabajan conjuntamente y multidisciplinariamente los diferentes profesionales de la salud (médicos psiquiatras, infectólogos, psicólogos, operadores

terapéuticos) con esta problemática tan compleja en si misma (múltiples factores que pueden llevar a la adicción tanto personales y familiares como sociales), el rol que cumple el psicólogo, y como convive cada uno de los diferentes especialistas con la perspectiva del otro.

Algunas de las actividades en las que se participó durante la practica pre-profesional fueron: cambio de guardia, grupo apertura o matutino, grupo de cierre, grupo de inducción o preestático, grupo de sentimiento, grupo estático, Fase A, reunión de equipo, asambleas o grupo comunitario, entrevistas de admisión, grupo de padres, grupo de red, pasaje de fase, actividades deportivas (fútbol y natación), taller de periodismo, día de intercomunidades y graduaciones.

A partir de la experiencia realizada se ha elegido el tema: “Tratamiento de rehabilitación a las adicciones a las drogas en un hombre de 25 años”.

Mediante este trabajo se intentara conocer y describir, el caso de un paciente en el ingreso y transcurso del tratamiento; como también conocer el abordaje realizado en su entorno familiar cercano y más significativo.

Se ha elegido este caso por presentar ciertas características particulares (inhibición social, conductas fóbicas a nivel social, abuso sexual, abandono del padre, madre sobreprotectora, entorno social poco favorecedor), las cuales son representativas en esta problemática.

2. Objetivos:

2.1. Objetivo General:

- Describir a partir de un caso de un paciente internado por uso indebido de drogas la problemática, sintomatología y abordaje terapéutico del paciente y su familia.

2.2. Objetivos específicos:

- _____ Describir el cuadro que presenta el paciente.
- Describir el tratamiento que realizó el paciente.
- Describir la situación familiar del paciente al inicio del tratamiento.
- Describir el tratamiento familiar y el rol de la familia en el mismo.
- Describir los cambios producidos por el paciente a lo largo del tratamiento.

3. Modelos Teóricos y definiciones de Adicción:

Según Becoña Iglesias (2002) surge la necesidad de partir de algunos modelos teóricos para comprender el problema del consumo de drogas y de cómo enmarcar la prevención en la misma. Realizar la prevención basada en una adecuada teoría o modelo nos permite poder manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo y potenciar los que facilitan el no consumo, es lo que se conoce como factores de riesgo y protección.

A continuación se expondrá las teorías y modelos que se consideran hoy como más relevantes, de entre las existentes, y útiles para a la prevención, que así también explican la naturaleza y los determinantes de la adicción a las drogas., de las que es necesario conocer. Las teorías y modelos seleccionados se caracterizan, además, por su actualidad, relevancia y apoyo empírico (Becoña Iglesias, 2002)

Existe un gran número de ellos, entre los más importantes a lo largo de los años se encuentran:

- Modelo Moral
- Modelo Biológico
- Hipótesis de la automedicación
- Teorías del aprendizaje:
 - Social
 - Condicionamiento Clásico
 - Condicionamiento Operante
- Modelo Cognitivo Conductual
- Modelo Biopsicosocial

Hasta la década del ochenta, la explicación de las conductas adictivas se fundamentaba en el modelo moral y el modelo biológico.

- Modelo Moral: basado en la moralidad cristiana, el adicto no es capaz de resistir la tentación por su debilidad. No aceptan que exista una base biológica para la adicción.

La sanación está relacionada con la fuerza moral y la voluntad (Alvarado Santis & Lobato, 2011).

- Modelo Biológico: la persona como víctima de una enfermedad y como objeto, es decir, que la voluntad personal y la capacidad de elección del sujeto no cuentan con relación a sus pautas de comportamiento, debido a factores determinantes de base con predisposición biológica y/o genética, ya que determina la pérdida de control (modelo de enfermedad de la adicción). Sobre las drogas se fundamentan, bien, en la concepción de que la sustancia hace al drogodependiente, o bien, arguyendo que el consumo es efecto de una patología previa. Su objetivo es curar y aislar a los sujetos de la circulación social y evitar contagios (físicos y morales), cual otra infección (Alvarado Santis & Lobato, 2011).
- Hipótesis de la automedicación: en el campo de las drogadependencias ha cobrado relevancia en los últimos años este modelo, que sostiene que los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas, una gran parte lo hace porque sufre trastornos endógenos con sustrato biológico que, directa o indirectamente, le aboca al consumo de sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento (Alvarado Santis & Lobato, 2011).
- Teorías del aprendizaje: explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

- Social

Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. La conducta de consumo se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios, experiencia directa (refuerzo o castigo) y dependencia física y ambientales. Este modelo permite explicar tanto el inicio, como el mantenimiento y abandono del consumo de drogas. Las relaciones familiares, el fracaso escolar, la presión social por parte de un grupo, las habilidades de competencia social, la disponibilidad de la droga, etc., inciden de modo importante para el inicio del consumo de esta. Teniendo en cuenta el papel de las adicciones en nuestro medio de vida, sosteniendo que no es la sustancia ni la conducta que produce la adicción, sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y al

verse a sí mismo influye de manera clave en la experiencia adictiva (Alvarado Santis & Lobato, 2011).

- Condicionamiento Clásico

El condicionamiento clásico es un procedimiento que consiste en establecer ciertas condiciones de control de estímulos. En este sentido, significa la asociación de patrones bastante específicos de comportamiento en presencia de estímulos bien definidos. En el cual un estímulo que no producía una respuesta es asociado con un estímulo que ya producía tal respuesta (el estímulo incondicionado) hasta que el primer estímulo también pasa a producir la respuesta. Se presenta en aquellos individuos que han sido adictos o que a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia - meses más tarde de haberse administrado la última dosis, es decir que en periodos de abstinencia (respuesta incondicionada) se habrían controlado con estímulos ambientales (estímulos condicionados), lo que implica que la presencia de estos estímulos y el hecho de pensar en ellos puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Alvarado Santis & Lobato, 2011).

- Condicionamiento Operante

Esto permite explicar la conducta y especialmente la autoadministración de drogas, este condicionamiento ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. Cualquier evento estimulante que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. La droga es un potente reforzador, por ejemplo la morfina es un reforzador positivo y de modo negativo cuando se relaciona con la náusea, lo cual se transforma en un opiáceo al funcionar como una conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga aliviar un estado de aversividad o de abstinencia. El uso de drogas puede verse como una conducta que se refuerza por sus consecuencias (Alvarado Santis & Lobato, 2011).

- Modelo Cognitivo Conductual: Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales en esquemas cognitivos. Los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la

organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo. Son conductas adictivas y no procesos de una enfermedad progresiva e incurable. Por lo tanto, se afirma que estas conductas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de hábitos de conducta maladaptativos. Hábitos que apuntan a la gratificación inmediata y que conllevan consecuencias negativas a largo plazo. La gratificación se destaca por sobre las consecuencias negativas percibidas. La persona es sujeto activo en control de conductas. El sujeto tiene que deshacer la conexión de buscar el placer y/o aliviar el dolor mediante el consumo de drogas. Como construir un nuevo repertorio de conductas de afrontamiento y que aprenda a percibir el comportamiento adictivo como un problema respecto al cual puede hacer algo (rol activo), y no como una indicación de lo que él/ella es (Alvarado Santis & Lobato, 2011).

- Modelo Biopsicosocial: definen el problema como el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales. Causalidad Multifactorial Individuo como ser holístico que debe estudiarse desde todos los ángulos del Ser. El factor genético o biológico, se trata de comprender las alteraciones que el cerebro sufre durante el trastorno adictivo, determina la pérdida de control (modelo de enfermedad de la adicción). El factor psicológico: se evalúan los procesos conductuales y cognitivos implicados en la adicción, consumir para evitar sentimientos desagradables (hipótesis de la automedicación). El factor socio-cultural: se estudia el ambiente que contextualiza las conductas de consumo, disponibilidad de la sustancia por demarcación cultural, o su accesibilidad por vigencia social en función de cada segmento demográfico (Alvarado Santis & Lobato, 2011).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (1995), se establecen los siguientes criterios para el diagnóstico en relación a la dependencia de sustancia, los cuales deben estar presentes por un periodo de tres meses o más de un período continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por:
 - a) Una necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Con su consumo continuado, con las mismas cantidades de sustancia, disminuye considerablemente el efecto de las mismas.
2. Abstinencia, definida por:

- a) Un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre de una sustancia disminuye.
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar, eliminar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos.

Según Climent y Caravajal de Guerrero (1995) el uso de las drogas puede estimular o deprimir el sistema nervioso central, la humanidad las ha utilizado con el fin de experimentar sensaciones placenteras, calmar el dolor e inclusive animar las festividades sociales y religiosas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) argumenta como definición de droga a toda sustancia, que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones (1992).

Para la OMS, la adicción alcanza el estatuto de un estado de intoxicación periódico o crónico nocivo para el individuo y la sociedad, provocado por el consumo repetido de una sustancia.

Según Brostow (2002), la drogadependencia es producto de un sistema en crisis, nuestra sociedad está asentada sobre fuertes pautas de consumo compulsivo y el contexto marca el hiperconsumismo, el vacío y la ausencia de proyectos sociales.

Climent y Carabajal de Guerrero (1995) dicen que, las personas tienen que ser capaces de resistir a las influencias negativas del medio e incluso de ejercer una influencia positiva en él, para evitar caer en las drogas.

3.1. *Proceso de adicción:*

Según Grimson (1999) el proceso de adicción es gradual y progresivo llevando al usuario desde el consumo ocasional hasta la dependencia absoluta. Atravesando diferentes etapas como ser: la experimentación, uso, abuso y dependencia o adicción.

Se define la experimentación como el coqueteo con la sustancia, generalmente está relacionada con la presión o pertenencia social, la investigación o el averiguar de qué se trata. Teniendo aún la capacidad de elección. Se consume por motivos diferenciables no habiendo necesidad física para hacerlo sino necesidad psicológica, careciendo de fortaleza para decidir o existiendo deficiencias en algunos recursos sociales. Según la sustancia, lo social y el sujeto, se puede convertir en uso.

Brostow (2002) dice que, la adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad, es donde más ha impactado el problema en los últimos años. Los adolescentes son personas que experimentan, que están en la búsqueda de definir su personalidad, necesitan probar, correr riesgos, romper reglas, desafiar algún límite. La presión social que existe es muy fuerte y entrar en el mundo adulto requiere una fortaleza en la personalidad que la mayoría de los adolescentes aún no han adquirido. En general cuando deciden probar drogas no consideran esto como algo malo sino como una diversión de la que podrán salir fácilmente. Están probando ser otros, se sienten confundidos sobre cuál es su lugar y en donde encajan, así ingresan en el mundo de la droga y lo único que logran es crearse más dudas aún. La situación que agrava este hecho es que carecen de conciencia ante la gravedad de la situación.

La siguiente fase o período, sería el uso de drogas, como el contacto esporádico con la droga, el sujeto está en condiciones de abandonarla cuando lo desee. La característica es que hay una elección de consumo para un fin determinado. Es la utilización de una misma droga frente a un mismo estímulo, pero sin regularidad en el tiempo. Tanto la libertad de acción como de elección estarán condicionadas por el tipo de drogas y por la personalidad del sujeto. Las malas influencias del medio y la vulnerabilidad del sujeto pueden convertir al uso en la primera fase de la drogadicción (Grimson, 1999).

Cuando el fin desaparece y el consumo es condición indispensable, es aquí donde se ingresa en el abuso de la sustancia. Convirtiéndose en una rutina, empezando a ser un hábito con mayor frecuencia, invadiendo distintos ámbitos de la vida personal (Grimson, 1999).

Por último, cuando ya no hay elección es allí donde se localiza la dependencia. Se necesita de la sustancia para conducirse en la vida cotidiana. El adicto vive para la droga, es un estado de subordinación compulsiva, psicológica o física a ella. En esa fase a medida que avanza ese cuadro adictivo, hay menos posibilidad de elección y menos placer en los actos, con un altísimo grado de padecimiento. Está básicamente sostenido en ese cuadro con la falta de palabra, la persona que sufre de esto tiene muy pocas posibilidades de hablar de esto, se siente encerrado en sí mismo y tiene un desconocimiento de por qué lo hace. El tratamiento consiste en poner en palabras estos actos sin sentido. La dependencia fisiológica consiste en que el organismo necesita el ingrediente activo de la droga para funcionar normalmente y, cuando le falta, el adicto presenta síntomas físicos, llamados síntomas de retiramiento, como temblor, insomnio, sudoración, taquicardia, dolores de cabeza, delirio y hasta convulsiones (Grimson, 1999).

Adicción proviene del no-decir, y sobre todo del no poder decir no; de la ausencia de ese límite que falta en el interior de uno (Fortuna, 2002).

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento en relación al proceso de consumo, no necesariamente existe un tiempo cronológico, ni tiene porque una persona pasar por todas las fases del mismo. Va a depender de la interrelación de distintos factores como ser la personalidad, la sustancia, la sociedad y el entorno familiar para determinar el desarrollo de dicho proceso (Grimson, 1999).

3.2. Descripción de algunas sustancias de consumo y las alteraciones que producen:

3.2.1. Marihuana:

Según Musacchio de Zan y Ortiz Fragola (1996), altera el Sistema Nervioso Central. Las características de la intoxicación aguda son: la taquicardia inicial unida a la desconfianza y el temor persecutorio que puede llegar al pánico en los primeros 20-30 minutos. Luego, la ansiedad, la euforia, la placidez, la intensificación subjetiva de las percepciones, distorsiones sensorio-perceptivas, pérdida del autocontrol, la sensación interna de la lentitud del tiempo en las dos horas siguientes. En ese período es frecuente la irrupción de alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas, súbitamente aparece una alegría inefable, traducida en risa incoercible y explosiva. Después, el sujeto no puede organizar su pensamiento, los momentos de lucidez son cada vez más cortos. Objetivamente, el sujeto impresiona como plácido, despreocupado, sonriente, somnoliento o apático. No existe poder afrodisíaco, sino más bien una valoración de los estímulos eróticos que no pueden ser atraídos por la acción, y que naufragan en el repliegue de la fantasía. Al sujeto le parece ser más ingenioso, más desinhibido, todo el trastorno no dura más de 6 a 7 horas. Finaliza con un estado oniroide, somnolencia y depresión consecutiva. Entre los adictos es común el llamado síndrome amotivacional caracterizado por apatía, abulia e indiferencia.

Provoca daños irreversibles en las células del cerebro, afecta a los órganos sexuales y a las funciones reproductoras, perturba el aprendizaje, dificulta la comprensión de la lectura y entorpece la expresión verbal, también afecta a la memoria de eventos recientes y reduce la habilidad para realizar actividades que requieran coordinación y concentración.

3.2.2. Cocaína:

Según Musacchio de Zan y Ortiz Fragola (1996), se trata de un excitante del sistema nervioso central. Los efectos inmediatos se producen al cabo de 15 o 20 minutos, sobre el SNC, produce euforia, júbilo, mayor lucidez intelectual y el deseo sexual está exaltado. La excitación psicomotriz puede producir respuestas y acciones violentas. Dicho estado inicial, que dura una hora más o menos, rápidamente vira al polo de la angustia, del ánimo displacentero, de la irritabilidad e irascibilidad, acompañados por una cierta desorganización del pensamiento. Las distorsiones perceptuales que se pueden presentar son en especial, las alucinaciones combinadas táctiles, visuales y cenestésicas. También hay alucinaciones auditivas: zumbidos, resonancia de frases ininteligibles, ruidos molestos y la audición de interjecciones acusatorias y difamatorias de tipo referencial sensitivo-paranoide, especialmente de orden celotípico. Los síntomas concomitantes del abuso crónico generan

gran apatía, desgano, desinterés, hipoabulia, pesimismo, depresión sistemática asociada a una imagen devaluada y desjerarquizada de sí mismo. La cocaína produce dependencia psicológica y física. En el síndrome de abstinencia se destacan apatía, largos períodos de sueño, depresión e irritabilidad.

3.2.3. Pasta Base de Cocaína:

Climent y Caravajal de Guerrero (1995), expresan que cuando se la fuma, su efecto es muy rápido e intenso, se necesitan entre 5 a 20 segundos para que el efecto aparezca, durando solo unos pocos minutos. Su ingrediente activo penetra con gran rapidez al cerebro y a los pulmones, por eso el adicto percibe los efectos casi al instante. Sin embargo, su proceso de adicción es mucho más rápido y agresivo porque, pasado el efecto placentero y la sensación inicial de excitación y bienestar, que es muy breve, la persona se ve sumida rápidamente por un gran bajón, en un estado de angustia y desesperación del que solamente puede salir con otras dosis y caen en la dependencia esclavizante en el término de pocos días.

Hay cuatro estados por los cuales pasa el consumidor: el primero es la euforia, que se caracteriza por brevísimas experiencias de placer y bienestar; en el segundo, le sigue el de la disforia, en el que siente un intenso sentimiento de angustia, depresión, inseguridad, tristeza y desesperación; el tercero, si la persona continúa fumando, viene el estado de alucinosis, en el que experimenta alucinaciones terroríficas, para pasar finalmente al cuarto estado, el de la psicosis o pérdida del contacto con la realidad. Se sienten agitados, paranoicos y agresivos, irritables y ansiosos, con un deseo intenso de volver a consumir.

En líneas generales, se manifiesta aumento de energía y del estado de alerta, disminución del sueño, disfunciones sexuales graves y del apetito, aumento de la presión arterial, del ritmo cardíaco, respiratorio, ardor en los ojos, desecamiento de la garganta, palpitaciones, sudoración, mareos y dolor de cabeza. Los adictos padecen, además, un deterioro progresivo de la salud. En el plano psicológico y social, provoca un deterioro crónico tanto en la dimensión física como psíquica a corto plazo, hay pérdida de las motivaciones, apatía, irresponsabilidad, aislamiento, incapacidad para interactuar con los demás, abandono en la presentación personal. Afecta también a las facultades mentales, pierde la memoria y la capacidad de concentrarse. Esta produce tanto dependencia psicológica como fisiológica.

3.2.4. Alcohol:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (1995), el alcohol es un depresor del sistema nervioso central. Las consecuencias físicas y psicológicas que produce su consumo diario: depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas. Produce un cambio psicológico o un comportamiento desadaptativo (comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio de realidad y deterioro de la actividad laboral o social), como así también sexualidad inapropiada. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. La abstinencia produce ciertos síntomas, como ser, la hiperactividad, sudoración o altas pulsaciones, aumento del temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, agitación psicomotora, ansiedad, temblores y delirium.

4. Historia de las Comunidades Terapéuticas:

En los años 1950 los Alcohólicos Anónimos era un movimiento de autoayuda, una red de apoyo informal, que pasó a ser reconocido como un programa para el tratamiento de rehabilitación de alcohólicos. En el campo de las adicciones todas las comunidades terapéuticas son descendientes lineales del programa Synanon. Todo comenzó en California, cuando Charles Dederich, un alcohólico rehabilitado de Alcohólicos Anónimos, recibía en el garage de su casa a un grupo de alcohólicos al que se fueron sumando heroinómanos. Inicialmente, aplica el modelo de Alcohólicos Anónimos. En 1958, Synanon fundó la primera comunidad terapéutica para la rehabilitación de drogadictos. Egresados de Synanon fundaron Daytop en 1963, en la ciudad de Nueva York, incluyendo profesionales entre sus operadores, pacientes recuperados. Los diferentes profesionales de la salud se integraron a estas comunidades para poder realizar sus aportes, adaptando sus técnicas a ellas, así como también aprendieron sobre la autoayuda. A partir de Daytop se ha abierto en Italia, Proyecto Hombre como comunidad terapéutica. El Proyecto Hombre tomo elementos básicos de Daytop pero incluyo nuevos instrumentos más acordes a la realidad cultural y familiar europea y latina. Las experiencias iniciales en nuestro país en los años 70', respondieron a la desprotección de los sistemas de salud, así como también el momento socioeconómico y político por el cual atravesaba, dejando de lado a las personas afectadas por el abuso de drogas. Durante esta época, la salud mental estaba atravesada por la psiquiatría, por tal motivo el único recurso que se utilizaba, era encerrarlos en hospitales psiquiátricos. En el

año 1973, Carlos Novelli, un ex adicto recuperado, comienza recibiendo a los adictos en el garage de su casa. Luego, se traslada a una granja. Así de esta manera, funda la primer comunidad terapéutica de nuestro país, denominada Programa Andrés. En los comienzos, el tratamiento estaba muy ligado a lo religioso. Luego, viaja a los Estados Unidos para capacitarse y así poder traer el tratamiento y adaptarlo a nuestra cultura, ya que Daytop era lo que se estaba utilizando en esa época, el cual tenía un enfoque mayormente conductual. Después viaja a Italia y allí, conoce el Proyecto Hombre. Lo Europeo tenía mucho más que ver con nuestra idiosincrasia. Tenía que ver mucho más con lo familiar. Entonces también trae de Europa este modelo, el cual adopta también. En la actualidad, trabajan en conjunto los profesionales de la salud, los operadores terapéuticos y los ex adictos recuperados (Goti, 2000).

4.1. Comunidad Terapéutica:

La comunidad terapéutica utiliza el modelo integrativo de la comprensión de las adicciones, el cual intenta abarcar toda la complejidad biopsicosocial del paciente y su entorno, tanto familiar como su red de contención (Goti, 2000).

Para Grimson (1999) la comprensión de las adicciones se las debe entender y trabajar desde un modelo integrativo, que otorgue un peso relativo a factores biológicos, psicológicos y sociales. La naturaleza plural del problema, el concepto de la multicausalidad del origen de las adicciones.

La comunidad terapéutica es una realidad viviente similar a la vida misma. Es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de drogadictos. Debe reproducir la sociedad de la cual vienen sus pacientes, porque si no sería imposible reinsertar posteriormente el residente a la comunidad. Funciona como una microsociedad, cerrada parcialmente en sí misma y protegida del mundo exterior. Este aislamiento es importante para intensificar el efecto de otros factores. Muchos de los varios procesos que tienen lugar dentro de la comunidad son más efectivos cuando están aislados de los estímulos externos. Este aislamiento debe ser graduado según el momento terapéutico de cada residente, y debe ir desde un aislamiento total al inicio del tratamiento, que permita el corte con la fuerte presión del grupo de la calle y de su cultura, hasta la reinsertación total final. Tienen lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que

el residente “actúe” su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo de la consecuencia social de sus actos. Esta situación es tolerada voluntariamente por el adicto quien se ve inmediatamente contenido en un clima de alta tensión afectiva. La organización dentro de la comunidad es similar a la organización familiar. Los roles y funciones son asimilables a los existentes dentro de una familia. El paciente tendrá una nueva visión de lo que puede acontecer dentro de su familia y del lugar que él puede ocupar en ella. La familia es incluida en el tratamiento donde se le ayudara en un proceso de reeducación para que pueda operar de una manera más sana. A través de dicha participación se intentará que introduzca ciertas variaciones en su funcionamiento. Ofrece al residente y a la familia la posibilidad de recomponer sus vínculos. Consiste en una forma de aprendizaje social que lleva al adicto a madurar y a convertirse en un miembro activo, útil y productivo de una microsociedad de forma tal que, más adelante, traslade lo aprendido a la sociedad exterior (Goti, 2000).

Según Grimson (1999) la internación corta con la cotidianidad y sus aspectos patológicos, saca del mundo de la droga que cada usuario ha forjado.

La droga como estilo de vida es parte de una cultura propia, entendida como un conjunto de costumbres, valores, creencias y lenguaje con características particulares. Por lo tanto, el paciente debe realizar un reaprendizaje social de costumbres, valores, actitudes y conductas, por creencias de vida sana y saludable. Por tal motivo, sus hábitos y patrones de conducta disfuncionales, tienen que modificarse y generar una vinculación diferente a lo que estaban habituados. Estos nuevos valores, como el amor responsable, honestidad, solidaridad, responsabilidad, compromiso, confianza, respeto y orden, adoptan en la comunidad terapéutica la forma de herramientas terapéuticas.

Las razones por las que se utiliza la internación de un paciente se relacionan con los criterios de dependencia de sustancia, ya que el mismo tiene la imposibilidad de abstenerse, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

Según lo que expresan los profesionales del “Programa Andrés”, en general cuando se evalúa a alguien para un tratamiento de rehabilitación para estar internado, esa persona, si tiene que estar internada es porque ha perdido un poco todo, ha perdido en general su trabajo, sus vínculos sociales y/o familiares.

4.1.1. Fases en el tratamiento:

Según los profesionales que trabajan en el “Programa Andrés”, el tratamiento para la rehabilitación a las adicciones está dividido en varias fases, que se describirán a continuación. Según expresan, cada etapa contiene objetivos particulares armados por ellos para cada paciente en particular y como así también espacios terapéuticos específicos. A medida que el paciente pueda ir modificando su forma de desenvolverse para resolver los problemas que se le presenten de una manera más saludable y sin tener que recurrir al consumo de drogas, este va a estar preparado para poder pasar a la siguiente fase del tratamiento, según la indicación de los profesionales.

1. Admisión:

Entrevista de admisión:

Los primeros 30 días de tratamiento son de diagnóstico y evaluación.

En la entrevista de admisión se le indaga por:

- Datos personales (como por ejemplo su estado civil, como está compuesta su familia más significativa, su nivel escolar, su edad, su domicilio actual, con quién convive, ocupación actual).
- Motivo de la consulta.
- Cómo llegó a la institución (por iniciativa propia, por recomendación, si fue derivado por algún profesional o institución).
- Tratamientos anteriores (el motivo, el tipo de tratamiento que recibió, fecha aproximada, su duración, si recibió medicación y si lo completo o no).
- Si toma actualmente medicación por prescripción médica y para qué.
- Si es alérgico a algún medicamento.
- Historia de consumo (edad de inicio, droga de inicio, droga secundaria y a qué edad, droga terciaria y a qué edad, vía/s de administración de cada una, frecuencia de consumo y cantidad de consumo).
- Consumo de alcohol (bebida, cantidad, frecuencia y si hay combinación con otra sustancia y cual).
- Sobredosis (edad y sustancia/s).
- Intentos de suicidio (edad y motivo).

- Accidentes y/o traumatismos (edad y situación).
- Enfermedades.
- Antecedentes familiares (Si falleció algún miembro de la familia, quién, edad, cuándo y cómo, y si alguno de ellos también consume y qué).

Mediante la o las entrevista/s de admisión, que son evaluativas, donde se tiene el primer contacto con el paciente y su familia, se analiza la voluntad, la motivación, demanda hacia el tratamiento, conciencia de enfermedad, abstinencia, posibilidades personales y sociales para llevar adelante el tratamiento, nivel de compromiso y diagnóstico de personalidad.

A partir de todo esto en las entrevistas y las observaciones se realiza un diagnóstico presuntivo al paciente y se evalúa la estrategia terapéutica a seguir, el plan, el programa terapéutico y su modalidad, tales como, internación en comunidad terapéutica, hospital de día, hospital de noche o ambulatorio grupal e individual.

2. Internación:

2.1. Fase de inducción o preestático: es un espacio en donde se pasa todo el período de abstinencia y donde el objetivo es quedarse y aprender las reglas de funcionamiento de la casa. Este grupo está conformado por los pacientes que recién ingresan a internación, se les enseña a utilizar las herramientas comunitarias para que se puedan desenvolver correctamente dentro de la comunidad. Se les enseña como primera instancia estas herramientas porque luego éstas les servirán en un futuro para que puedan afrontar y resolver correctamente y en forma saludable los problemas o situaciones que se le presenten en la vida de cada uno.

2.2. Fase o grupo estático: el objetivo es construir herramientas para el funcionamiento social. Aprender a hablar, aprender a respetar valores, normas, interiorizar algunas conductas de cuidado y de resguardo personales y hacia el otro. Se trabaja el abandono del consumo y de los vínculos relacionados con la droga. Toma de conciencia de enfermedad. Se trabaja la motivación y aceptación de la problemática.

2.3. Fase reinserción residencial: se trabaja en la formación de nuevos hábitos: reorganización de horarios, cumplimiento de responsabilidades, realización de alguna actividad (laboral o educativa), organización del tiempo libre. Volver a vivir a su casa, es una especie de período de readaptación entre la internación y el afuera que propone el ambulatorio. Esta fase es bastante complicada, porque es donde se confronta todo,

la realidad social con la verdadera construcción interior que hizo el paciente. Se trabaja la problemática familiar y vincular, se establecen también nuevos vínculos saludables fuera del círculo familiar.

3. Ambulatorio:

3.1. Fase A: es una fase ambulatoria, no vive más en la comunidad pero asiste dos veces por semana a tratamiento, se trabaja la reinserción en su casa, la reorganización de los horarios, cumplimiento de responsabilidades, organización del tiempo libre, mantener la actividad laboral y/o educativa, mantener el cambio conseguido y la consolidación de redes positivas. Se trabaja en mantener y sostener las herramientas que fueron adquiriendo en comunidad para un mejor desenvolvimiento en su vida.

Fase Inicial: El paciente puede también comenzar su tratamiento desde esta etapa sin pasar previamente por la internación, ya que él puede y logra mantener y realizar sus actividades cotidianas sin tener que recurrir al consumo de sustancias. El objetivo principal de esta fase, se lo orienta y se le hace un seguimiento para que reestructure y refuerce su vida y logre en poder adquirir los recursos necesarios para afrontar cualquier situación que se le presente sin tener que recurrir al consumo y así poder mantener la abstinencia. Asiste tres veces por semana a tratamiento.

3.2. Fase B, se profundiza los motivos por los cuales se drogaron, se profundiza en la historia del sujeto, el modo de resolver histórico que tiene el sujeto, lo que necesita para transformar para no volver a repetir ese período de consumo. El paciente ya está mucho más independizado, existe un proceso donde las decisiones que ellos toman cada vez dependen más de ellos.

3.3. Fase C, se trabaja el despegue institucional porque para los pacientes de alguna manera el programa pasa a ser su punto de sostén, de apoyo, se necesita ayudarlos a que tampoco dependan de ella. Es importante que termine el proceso que pueda desprenderse gradualmente y que lo haga de una forma positiva; así también se trabaja el mantenimiento de las normas.

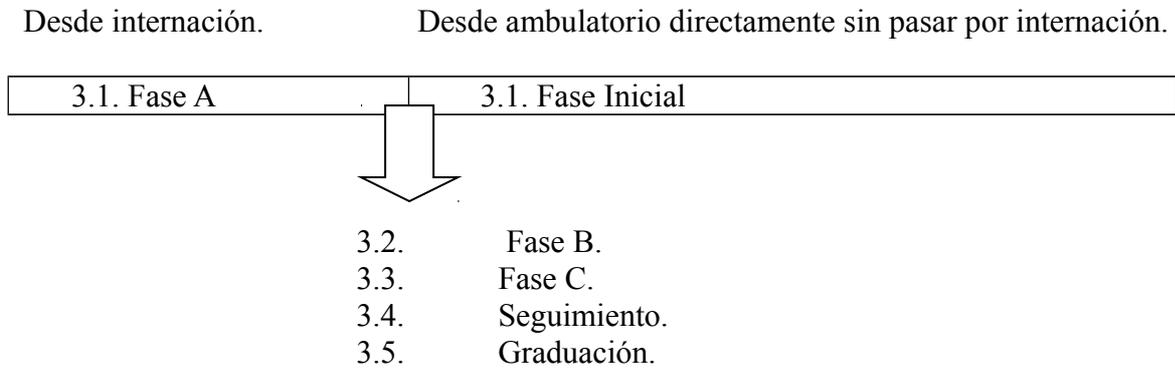
3.4. Fase de Mantenimiento o seguimiento, es un grupo mensual que sirve tanto a la institución como al paciente, sirve para hacer una especie de balance mensual para ver cómo se desarrolla en su vida y de cómo utilizó e interiorizó las herramientas que aprendió en todo este recorrido.

3.5. La graduación es el alta.

Fases en el tratamiento:

1. Admisión: 30 días de diagnóstico y evaluación.

2. Internación:
 - 2.1. Inducción o preestático.
 - 2.2. Estático.
 - 2.3. Residencial.
3. Ambulatorio:



A continuación se describen y explican los grupos terapéuticos que realiza el paciente, la familia y su entorno social durante el tratamiento de rehabilitación a las adicciones en la Comunidad Terapéutica .los cuales les brindan las herramientas o recursos necesarios para que el paciente pueda desenvolverse y afrontar correctamente cualquier situación que se le presente desde un ambiente favorable y saludable, manteniendo así su abstinencia de consumo con la ayuda de ellos.

4.1.2. Los diferentes dispositivos terapéuticos:

El grupo de sentimiento, trata sobre lo que el paciente siente sobre él y los demás, es una forma para que se expresen y puedan conectarse con aquello que les pasa. Es una forma para que ellos pongan en palabras lo que antes no pudieron o no se lo permitió la droga.

Grupo de padres, se trabaja con los padres de los pacientes, se les enseña a desarrollar la capacidad de poner límites y pautas, que puedan actuar como red de contención emocional de sus hijos, se trabaja la modalidad de comunicación, los roles, hasta lograr un patrón familiar que permita el crecimiento y el desarrollo de sus integrantes de forma sana y saludable.

El grupo de novias y esposas, tiene por objetivos, contener a las parejas de los pacientes en tratamiento, se abordan cuestiones particulares del vínculo, se trata de encauzar la

ambigüedad de los sentimientos que mantienen, se trabaja sobre el vínculo de co-adicción; y se abordan y exploran tensiones, conflictos propios de este vínculo particular.

El grupo red, está dirigido a amistades positivas, familia ampliada, va a ser su contención, se les provee de herramientas para la formación de un adecuado vínculo y a manejarse correctamente ante situaciones de riesgo que se les pueden presentar estando con el paciente.

Taller de periodismo y computación, como tareas recreativas y educativas, brindando un espacio para la capacitación laboral.

Mediante la o las entrevista/s de admisión, se analiza la voluntad, la motivación, demanda hacia el tratamiento, conciencia de enfermedad, abstinencia, posibilidades personales y sociales para llevar adelante el tratamiento, nivel de compromiso y diagnóstico de personalidad. A partir de todo esto, se realiza un diagnóstico presuntivo al paciente y se evalúa la estrategia terapéutica a seguir. Por tal motivo, el modelo que se presenta a continuación, ayuda al profesional a ver en qué estadio del proceso de cambio se encuentra el paciente y cuál es su motivación para cambiar y si está predispuesto a hacerlo o no. Todo esto permitirá al profesional planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional.

5. Estadios en el modelo de cambio:

Prochaska, Di Clement y Norcross (1994), proponen un modelo de seis etapas que nos explica cómo la motivación cambia a lo largo del tiempo y como esto es importante para evaluar la disposición para el cambio. El modelo está fundamentado en la premisa básica que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio.

En el primer estadio, el de precontemplación, no se da cuenta de que tiene un problema, no escucha cuestiones relacionadas con el tema y no piensa cambiar la conducta, o está desmoralizada por fracasos anteriores, raramente concurre por sí mismas, puede acudir a tratamiento bajo coacción por tal motivo se muestra defensiva. Estas personas no están realmente listas para entrar en programas de rehabilitación. En la segunda fase, de

contemplación, les gustaría considerar sus problemas, pero todavía es poco probable que lo dejen por sí mismos. Están conscientes y comienzan a considerar los pros de cambiar pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido ya que el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande. Los individuos que están en el tercer estadio de preparación intentan tomar medidas para dejar la droga o la bebida, pero no están seguros de ser capaces de seguir así, están más motivados para el cambio, los beneficios son más claros. En la cuarta etapa, la de acción, los pacientes demuestran conductualmente una disminución en sus conductas de utilización de drogas y una modificación terapéutica en sus creencias acerca de tomar drogas. Aquellos que son capaces de llegar con éxito al estadio quinto y sexto, de mantenimiento y finalización, ya han hecho grandes progresos para poder estar libres de la droga y el alcohol, y están trabajando activamente, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída.

Miller y Rollnick (1999), expresan que la confrontación tiene por objetivo y como intervención, hacer ver y aceptar al paciente el grado de realidad suficiente a fin de que admita en su momento la necesidad que tiene de ayuda, para que pueda cambiar de la manera adecuada. Aumenta la toma de conciencia, es verse a uno mismo y a la situación por la que atraviesa de una forma clara, este es el primer paso para el cambio. La confrontación forma parte del proceso de cambio y por lo tanto es parte del proceso de ayuda.

6. Modalidades de funcionamiento familiar:

Según Zingman de Galperin (1996), en las familias disfuncionales o muy perturbadas el poder oscila entre lo permisivo y lo rígido, autoritario e inflexible. Con frecuencia, los padres no tienen autoridad sobre los hijos y es evidente la falta de límites. Están borradas las fronteras entre los sistemas y por eso predomina la incongruencia jerárquica. Son padres con dobles mensajes, o mensajes contradictorios.

El clima afectivo-emocional de la familia es un clima muy negativo, sofocante e intolerable, hay poco respeto por el otro, hostilidad entre sus miembros, actitudes despectivas, cónicas, es un clima depresivo y desesperanzado.

El miembro que tiene el poder es reconocido y aceptado como dominante. En este tipo de familias, en general el poder o la ilusión de poder lo tiene la madre y el padre aparece como ausente, excluido, débil o desdibujado. La madre monopoliza el vínculo con el hijo. Por lo

general se muestra con actitudes contradictorias, a veces controladora, otras sobreprotectora, apegada y permisible. Tienen una relación estrecha y dependiente.

Son familias endogámicas, cohesivas o simbióticas, que constituyen sistemas muy cerrados, con muy escaso intercambio con otros sistemas del exterior como amigos, compañeros, instituciones recreativas, red social. La posibilidad y el grado de autonomía de sus miembros es muy precaria, no hay discriminación, ni individuación, ni protección de cada subsistema. En estas familias se genera una sobrecarga de las relaciones internas entre sus miembros, y esta sobrecarga se vuelve en contra de ellos, si no hay un adecuado intercambio renovador y reenergizador con el afuera. Se impide, dificulta y retiene a los hijos la relación con el afuera, con los amigos, y se plantea todo lo exogámico como peligroso y que hay que evitarlo, pero con toda la dificultad, limitación y sufrimiento que esto también implica. Sus miembros tienen mucha dificultad en la socialización porque les cuesta desprenderse e integrarse al mundo exterior de acuerdo con el modelo familiar.

Son familias que suelen tener un pasado con situaciones ocultas, secretos familiares, pasados difíciles, que viven como vergonzosos, con contradicciones y mentiras.

Según Stanton, Todd y Cols (1999), la mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares, aunque no vivan con los padres, tal vez residan en las cercanías, su frecuencia de contacto es mucho más elevada que en las personas normales.

Stanton et al.(1999) sostienen que, la cronicidad de la drogadicción se puede explicar desde el punto de vista de los sistemas familiares. El ciclo adictivo forma parte de un patrón familiar que involucra un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación entrelazados que sirven para conservar la adicción y, en consecuencia, la estabilidad familiar. El patrón habitualmente involucra al menos a tres personas y sigue una secuencia en la cual, cuando el adicto mejora, las figuras parentales empiezan a separarse; cuando el drogadependiente se vuelve de nuevo problemático, las figuras parentales dejan de concentrarse en su propio conflicto para prestar atención al adicto.

Stanton et al. sostienen que, las técnicas terapéuticas estructurales sirven para:

1. La terapia se dirige a la reestructuración del sistema, estableciendo o desdibujando fronteras, diferenciando a miembros excesivamente apegados, e incrementando la participación de los miembros desapegados.
2. El cambio interaccional deseado debe producirse dentro de la sesión.

3. El terapeuta se conecta y adapta al sistema en una suerte de experiencia de fusión, pero conserva independencia suficiente como para resistir la atracción de la familia y desafiarla, reestructurarla en diversos puntos. Así se usa activamente a sí mismo como creador de fronteras, intensificador y agente general del cambio en la sesión.
4. La función de asignar tareas, están diseñadas para alterar el funcionamiento del sistema familiar y los deberes hogareños sirven habitualmente para consolidar cambios producidos durante las sesiones y extenderlos al mundo real.

Otras técnicas: el reencadre, la representación, la creación de límites y el desequilibrio. Estas técnicas producen cambios en los patrones familiares disfuncionales e introducen nuevas posibilidades de interacción entre ellos más eficaces. La familia o pareja puede cambiar, permitiendo el afloramiento de nuevas conductas, si se cambia el contexto general. Más aun, para que se produzcan cambios individuales, debe cambiar el sistema interpersonal.

Stanton et al. indican que el cambio terapéutico se produce mediante los procesos interaccionales desencadenados cuando un terapeuta interviene activa y orientadoramente en una familia o sistema conyugal. El terapeuta procura reemplazar los círculos viciosos de retroalimentación positiva ya existentes por nuevos patrones o secuencias conductistas. Su meta consiste en cambiar la secuencia disfuncional de conductas demostrada por la familia que se presenta al tratamiento.

6.1. Patrones de comunicación disfuncionales:

Stanton, Todd y Cols (1999) dicen que, si la pareja participa en la terapia, el terapeuta tiene la oportunidad de observar y de alterar los patrones de comunicación disfuncional. Las parejas que atraviesan una situación de crisis actúan con estilos de comunicación muy negativos, ricos en críticas, defensividad y búsqueda de faltas. La trampa de la culpabilización es un riesgo concreto cuando se trabaja en terapia con una pareja. Es importante durante las sesiones preservar a las parejas para que no entren en acusaciones y discusiones dolorosas. El profesional debe mantener el control de la sesión, realizar preguntas específicas pero abiertas, y centrar al paciente y a la pareja en el tema, incluir preguntas que con probabilidad provoquen comentarios positivos por parte de ambos miembros de la pareja, preguntarles sobre sus percepciones y sentimientos, y conseguir que quede claro que la pareja actúe como una persona que ayuda con una actitud de apoyo. Aunque a veces la pareja de un

paciente sea más entusiasta a la hora de cambiar que el paciente, a menudo la pareja también se muestra ambivalente, queriendo pero también no queriendo. Esta ambivalencia suele tener que ver con el problema del paciente, la relación, el tratamiento, la implicación personal, o incluso los problemas de la propia pareja. Hay que analizar la ambivalencia y construir la motivación para el cambio. La pareja puede proporcionar información valiosa a los profesionales sobre el paciente ya que es una de las personas que más lo conoce en sí, ya que éste puede no estar comunicando ciertos sucesos que le están pasando por no saber cómo expresarlo o porque no toma consciencia de lo que le sucede; sirve también muchas veces como testigo en cuanto a los compromisos que el paciente hace consigo mismo y con los demás.

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), si se examina la historia personal y familiar del paciente, se podrá averiguar si este sufrió abuso sexual, físico o psicológico durante su infancia y adolescencia, que haya podido influir significativamente en el desarrollo de su problema.

Esto es así por una serie de razones:

1. Las condiciones aversivas en el hogar pueden forzar a los pacientes a que pasen cada vez más tiempo en la calle y, por lo tanto, estén más expuestos a la cultura de la droga.
2. Los responsables de la violencia en la familia también podrían ser personas con abuso de sustancias.
3. La utilización de las drogas se puede considerar como la única forma de escapar de una situación insoportable en casa.
4. La pérdida de autoestima, en la que se incurre a lo largo de los años del abuso, crea una creciente vulnerabilidad a la adicción en las víctimas, ya que buscaran formas rápidas de tener sentimientos positivos y conseguir un grupo de compañeros que le autoafirmen en su comportamiento y actúen de igual manera.

6.1.1. Violencia familiar:

Según Mora Chamorro (2008) afirma que, la violencia doméstica o violencia intrafamiliar es un concepto utilizado para referirse a «la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra

alguno de los demás o contra todos ellos». Comprende todos aquellos actos [violentos](#), desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, [acoso](#) o la [intimidación](#), que incluye a las agresiones físicas, psicológicas o sexuales, como toda acción u omisión que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la [familia](#) contra algún otro familiar, que hacen vulnerable la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico, y que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad. Habitualmente este tipo de [violencia](#) no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza.

Para poder definir una situación familiar como un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica. Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, marcada disminución en el rendimiento laboral, como así también trastornos de conducta a nivel social.

La única forma de cortar el ciclo y la escalada de violencia es a través de la intervención externa, como familiares, amigos, vecinos, profesionales de la salud, educadores, abogados y/o la policía.

6.1.2. Abuso sexual:

Según Fuentes (2012), el abuso sexual infantil intrafamiliar, se trata del incesto, que corresponde a una forma del abuso sexual infantil, referido al contexto de la propia familia, sobre la cual pesa una interdicción legal y cultural para su realización, donde el abusador puede ser el padre, hermano, abuelo, tío, padrastro o algún familiar cercano allegado a la víctima. La problemática del abuso sexual infantil se torna aún más grave cuando el lazo que une al victimario y a la víctima es el vínculo familiar. Esto significa la ruptura de todo límite de intimidad y privacidad. La traición es lo principal en los casos de incesto, pues aquella figura que debiera significar protección, seguridad, afecto y contención, es de quien provienen los ataques, las amenazas, la degradación.

Las familias incestuosas suelen tener una estructura interna muy rígida, marcada por la dominación del más fuerte sobre el o el más débil. Pero se muestra hacia afuera con una apariencia “normal”, generalmente cerrada (hermética). Hay ausencia de lazos sociales

externos saludables, que serían los que posibilitarían la intervención en ella para cortar las relaciones abusivas. Sus integrantes naturalizan la sexualización de las relaciones, la intimidad personal ha sido rota y traspasada los límites de lo permitido.

Padilla (2002) dice que, el grupo familiar y la madre, hacen todo lo posible para no darse cuenta de lo que está pasando, las madres configuran un verdadero triángulo incestuoso, la reacción más frecuente de las madres frente al desvelamiento es el descreimiento y la negación protectora del status quo, aceptar el abuso acarrea el peligro de destrucción familiar y de una parte importante de su propia identidad, otra actitud de la madre es creer simultáneamente a ambas partes y desplazar la autoría del abuso a otra persona, cuando por medio de la denuncia toman conciencia de lo que ocurre tienden a ocultarlo (miedo a que se rompa la familia, a las consecuencias sociales o penales), en los niños se produce una hostilidad hacia miembros de la familia, especialmente hacia la madre, por no darse cuenta y evitar lo que está ocurriendo. La madre suele ser una persona que ha sufrido privaciones afectivas en su infancia que la han llevado a no poder expresar afecto hacia el marido y los hijos. Ha sido sexualmente abusada y se muestra hostil. Con una falla muy importante en su capacidad de cuidado y en poder actuar para frenar el abuso. Tiene actitudes castradoras y manejadoras con los hombres. Tomando una acción protectora solo después de que el incesto ha sido conocido en la comunidad.

Las familias donde se produce el incesto son sistemas disfuncionales donde los roles y las fronteras están confusos.

7. Factores psicológicos, fisiológicos y conductuales relacionados en la dependencia de sustancias:

Los craving y los impulsos:

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), hay que tener en cuenta dos factores relacionados a la dependencia de sustancias para la intervención terapéutica en el tratamiento: uno de ellos, es el craving, se lo define como el estado de ansia o deseo irrefrenable de usar droga, es una experiencia formada por componentes cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos; el otro es el impulso, es la consecuencia instrumental del craving, una persona desea experimentar placer o aliviar su malestar, y siente un impulso irrefrenable de actuar para obtener esta experiencia. 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 o para lo que se llama fuerza de la voluntad. La razón entre la fuerza del control y la fuerza del impulso influyen en si el individuo se abstendrá de consumir o no. La fuerza de la voluntad hace referencia a una decisión deliberada y consciente, conjuntamente con la motivación suficiente que permiten reforzarla, para detener o retrasar la realización de un impulso. En realidad, la mayoría de las personas que abusan de las drogas realmente ejercen control la mayor parte del tiempo y son capaces de abstenerse.

Las creencias:

Beck et al.(1999) sostienen que, las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas, es una idea establecida que se tiene acerca del estímulo o de cómo se debe responder a él. Las creencias disfuncionales, facilitadoras o adictivas, a su vez, activan una serie de pensamientos automáticos, que a su vez, disparan los impulsos y los craving. Están relacionadas con las drogas que dan permiso a los pacientes para utilizarlas, incrementan la probabilidad de que la persona adicta busque y eventualmente utilice las drogas. Contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo para la recaída. Deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape, se van desarrollando a lo largo del tiempo.

Los pensamientos:

Beck et al.(1999) sostienen que, los pacientes que abusan de las drogas no son conscientes del procesamiento cognitivo que precede a una emoción particular, como la ira, la ansiedad o la tristeza. Sin embargo, mediante la terapia, se puede enseñar a los pacientes a ser más conscientes de los procesos de pensamiento que están asociados a su vida emocional. Estos pensamientos automáticos frecuentemente potencian los impulsos de los pacientes y sus craving de tomar drogas y/o alcohol, y les proporcionan ímpetu para establecer planes y procurarse la droga, es un pensamiento espontáneo o una imagen en tu mente. Pueden relacionarse con el pasado, el presente o los acontecimientos futuros. Estos pensamientos parecen completamente creíbles cuando ocurren, por lo tanto se aceptan como hechos que no se cuestionan. Además, parecen tener sentido a pesar de que existan evidencias en su contra.

Beck et al. expresan que la importancia de los estímulos de alto riesgo, es que se pueden activar por medio de las creencias disfuncionales, facilitadoras o adictivas asociadas a las drogas que ha asimilado el paciente. A partir de estas creencias, los pensamientos automáticos pueden ser estimulados. Los pensamientos automáticos están asociados con los impulsos y los craving, y al igual que otros sentimientos, los impulsos y los craving pasan a ser estímulos de alto riesgo internos. Por tal motivo, hay que tener en cuenta en el tratamiento, estos factores que están relacionados con la dependencia de sustancias, para ayudar al paciente a detectarlos, así poder prevenir la recaída y que logre abstenerse.

7.1. Terapia cognitiva-conductual:

Para Beck, Wright, Newman y Liese (1999) la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta socavar y reducir los impulsos y la conducta contraproducente mediante la identificación, modificación, debilitación y eliminación de los pensamientos erróneos y las creencias adictivas o desadaptativas, que subyacen, potencian y fortalecen estas creencias relacionadas con las drogas, modificando, reforzando o reemplazando con creencias control que sean más adaptativas, funcionales y pertinentes al mismo tiempo, demostrar al paciente varias formas de controlar y modificar su conducta, por ejemplo, mediante el aprendizaje de técnicas de control.

Beck et al. (1999) sostienen que, las técnicas cognitivo-conductuales, ayudan a aprender nuevas habilidades tanto conductuales como cognitivas.

Estos autores expresan que, las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos y los craving, mientras que las técnicas conductuales se centran en las acciones que interactúan causalmente con los procesos cognitivos. Las técnicas conductuales ayudan al paciente a probar lo acertadas que son las creencias relacionadas con las drogas que disparan y perpetúan el uso de las mismas, y se utilizan también para enseñar a los pacientes habilidades, por ejemplo asertividad y relajación, que les permitan tratar con situaciones de alto riesgo, impulsos y craving de consumir.

En terapia, los pacientes aprenden habilidades para afrontar el malestar, así como comprobar y reestructurar su creencia de que utilizar drogas o beber, sea la forma más útil de

tratar su malestar. El mecanismo propuesto para el cambio terapéutico consiste en intentar situar el sistema de creencias más próximo a la realidad. El objetivo es facilitar el proceso mediante el cual las creencias control del paciente acaben siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. El resultado, será que el paciente se abstendrá, o al menos disminuirá el consumo de drogas.

Los terapeutas empiezan entrenando a los pacientes para dominar sus pensamientos automáticos cuando están teniendo emociones desagradables como la ira, la ansiedad, la tristeza y el aburrimiento. Posteriormente, se instruye a los pacientes para evaluar sus pensamientos automáticos, mientras experimentan craving e impulsos. Tienen que romper contra los patrones contraproducentes del paciente y los círculos viciosos.

8. Factores a tener en cuenta para prevenir la recaída:

La persona adicta es vulnerable a los estímulos o situaciones de alto riesgo, generando en ella una crisis e incrementando lo probabilidad de tener un desliz o una recaída, por tal motivo es necesario poder preverlas. Estas, son definidas como aquellas que amenazan el sentido de control de un individuo, su sensación de auto-eficacia y auto-confianza, aumentando así el riesgo de recaída potencial. Una crisis supone un cambio no planificado, repentino y frecuentemente no deseado, en la vida de una persona. Los factores que pueden incidir en las recaídas, ellas son en general consecuencia de la interacción de factores de índole intrapersonal e interpersonal, estos son disparadores internos y externos que estimulan el uso de drogas de la persona adicta. Los estímulos internos incluyen factores emocionales y físicos como la depresión, la soledad, el aburrimiento, la ira, la frustración, la ansiedad y el dolor físico. Los estímulos externos incluyen lugares, personas y cosas que estén relacionadas de alguna manera con la utilización de las drogas. Las crisis típicas comprenden aunque no se limitan, a reanudar el consumo de drogas, romper con relaciones significativas y/o violencia con las mismas, reducción de la capacidad económica, problemas legales recurrentes, problemas de delincuencia, emergencias médicas, sobredosis y suicidio.

Según Kornblit, Mendes Diz y Bilyk (1992), los factores que parecen tener más relevancia con respecto a la recaída son:

- 1- Las relaciones familiares, especialmente en cuanto a que el funcionamiento familiar en general no cumple con los requisitos de posibilidad de expresión de emociones, de continencia y aceptación para sus miembros y de capacidad de ayuda mutua.
- 2- El apoyo social, en cuanto a que tipo de ayuda concreta por parte de familiares y amigos recibe el sujeto en proceso de recuperación.
- 3- En el factor situación psicológica personal las variables de mayor peso son:
 - A- Los estados emocionales negativos, especialmente la depresión.
 - B- Las situaciones vitales estresantes percibidas como incontrolables.

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), un signo típico es que el paciente suele llegar habitualmente tarde a las sesiones de terapia, o bien, ya no aparece, o muestra sensación de que está todo bien, parece que no necesita ayuda profesional, participa casi reglamentariamente en el tratamiento, así como también retorna a las mentiras. Otros signos de alarma de que el paciente está en crisis es la demostración por parte de este de bruscas oscilaciones o cambio en el estado de ánimo o de conducta muy marcado.

Beck et al.(1999) sostienen que, hay ciertos signos que señalan el inicio del camino del paciente hacia la recaída, es decir, tener tendencia a exponerse a situaciones de alto riesgo y estar poco preparado para manejar sus pensamientos, sentimientos, craving y acciones resultantes.

Estos indicios incluyen:

1. Una actitud de indiferencia acerca de mantenerse involucrado en las actividades de autoayuda que realiza.
2. Volver a mostrar labilidad afectiva e hipersensibilidad.
3. Pocas ganas de hablar acerca de los problemas y las preocupaciones.
4. Aislamiento social.
5. Romper con las rutinas diarias saludables y su estructura.
6. Toma de decisiones impulsiva.

En dichos casos los psicólogos deberán aplicar hábilmente, la empatía adecuada y la franca confrontación. De esta forma el terapeuta puede fortalecer la relación terapéutica, mientras hace progresos para estabilizar al paciente y empezar a tratar con las causas de la crisis de manera constructiva. Los pacientes raramente ansían o tienen entusiasmo por contar

que han reanudado episodios con droga o bien sus crisis concomitantes. Cuando este tema se hace público en la sesión, el terapeuta debe estar atento para convertirlo en el aspecto más prioritario de la misma. El resto de la sesión debe comprender un esfuerzo concentrado para planificar una estrategia de emergencia a fin de evitar que el paciente tome drogas cuando salga de la sesión. Los dos aspectos clave de la sesión deberían implicar: evaluar y modificar los sentimientos negativos, pensamientos e impulsos de tomar drogas que hayan aparecido, y la planificación y resolución de problemas. Cuando los pacientes experimentan crisis, es necesario que los terapeutas les apoyen y animen para que expliquen su sentimiento de pérdida, la ira o la culpa que estén experimentando.

El objetivo de la prevención de recaídas es disminuir gradualmente el control externo que se impone al paciente con abuso de sustancias, tanto por parte de la familia como del terapeuta, durante el inicio de su abstinencia, y facilitar gradualmente que el paciente desarrolle más control interno.

Una crisis se considera como una oportunidad para aprender y en la medida en que los pacientes las afronten con éxito sin tomar drogas, aumentaran su auto-confianza y las habilidades futuras de afrontamiento.

Miller y Rollnick (1999) dicen que, las conductas adictivas son condiciones crónicas con tendencia a la recaída y es por lo tanto, una parte normal de la recuperación.

9. Metodología:

Tipo de estudio: Descriptivo.

Muestra: Participante.

J de 25 años. Ingresó al programa por voluntad propia. Comienzo de su consumo a los 11 años. Lleva aproximadamente 14 años de consumo. Las sustancias que ha consumido fueron: cocaína, pasta base, marihuana y alcohol.

Casado con M de 27 años. Tres hijos del mismo matrimonio. Jx de 6, C de 2 y embarazada de 8 meses de un tercer chico. Viven todos en una casa, que queda al fondo de la casa de su mamá. Su madre V de 43 años, su abuela de 76, su hermano T de 16 y su tío C, viven en la casa del frente.

Instrumentos:

- Observación participante, en los grupos en los que participó el paciente durante su tratamiento.
- Historia Clínica del paciente.
- Entrevistas semidirigidas al paciente y a los profesionales, como a los psicólogos, el operador terapéutico y a la directora, que fueron los profesionales que más en contacto estuvieron y trabajaron con este paciente.

Procedimiento:

Las observaciones participantes fueron registradas mediante el cuaderno de registros, utilizado durante la práctica, como así también formando parte y colaborando en los diferentes ámbitos durante la realización de la pasantía. Las entrevistas a los profesionales fueron grabadas y luego transcritas con el fin de ser utilizadas en el presente trabajo. En las entrevistas realizadas a los distintos profesionales y al paciente, se les indagó sobre su familia, su vínculo familiar y como se trabajó con la misma durante el tratamiento. La entrevista efectuada al paciente fue registrada en un cuaderno de apuntes únicamente, tomando en cuenta los datos de mayor importancia e interés, y la historia clínica del paciente fue utilizada para la obtención de mayores datos e información sobre el paciente a su ingreso de tratamiento y sobre su transcurso en el mismo.

10. Desarrollo:

A continuación se va a describir y explicar el tratamiento de rehabilitación a las adicciones en la Comunidad Terapéutica que realiza el paciente, la familia y su entorno social.

10.1. El tratamiento que realizó el paciente:

10.1.1. El cuadro que presenta el paciente al inicio del tratamiento:

El Señor J de 25 años de edad, se presenta en la Institución acompañado por su madre, habiendo solicitado entrevista de admisión por medio de su Obra Social. En la misma se desarrollan las distintas limitaciones que posee en su vida actual como así mismo en su historia personal. Demandando inicialmente un posible tratamiento por abuso de sustancias, dado que no posee las capacidades para afrontar dicha problemática.

Durante la entrevista el paciente expresa: “Antes no tenía la decisión que tengo ahora, fui obligado para caretearla, estuve tres meses y abandone. Estoy perdiendo todo, ya llego el tiempo de cambiar pero no puedo, ahora nadie me dijo nada, pido que me internen porque voy a terminar tirado en cualquier lado, yo sé que es el paco, pero me estoy volviendo loco, podría ser muy drogón pero me cuesta estar lejos de mi familia. Lo voy a hacer aunque me cueste”.

Mediante lo manifestado por el paciente, la Directora realiza una primera evaluación presuntiva orientada a ofrecer un tratamiento en modalidad de internación, dado que J posee conciencia de enfermedad y motivación como motor del comienzo de un posible tratamiento.

Como resultado de ello, el paciente decide internarse en Comunidad Terapéutica.

A continuación en el proceso diagnóstico institucional, se realiza entrevista con el médico psiquiatra, siendo el informe del mismo el siguiente: “Paciente lúcido, orientado temporal y espacialmente, con conciencia de enfermedad y de internación, Inalteraciones de la sensorpercepción. Su relato es coherente, inalteraciones del discurso ni de la ideación. Lleva seis días de abstinencia, haciendo frente a deseos de consumo. Con momentos de ansiedad,

con dificultades para conciliar el sueño, despertarse y levantarse por la mañana. Episodios aislados de transpiración y temblores en las manos. Ha realizado diferentes tipos de tratamientos medicado con ansiolíticos. Con fuertes ideas de miedo cuando tenía 18 años. Ha presentado episodios de impulsividad y violencia, estando bajo los efectos de la droga”.

10.1.2. Los cambios producidos por el paciente a lo largo del tratamiento:

Durante la internación: se observa la gradual asimilación de las diferentes normas y herramientas que le provee la estructura terapéutica, mostrando interés en la elaboración de las problemáticas actuales emergentes. Por otra parte, se percibe un grado de estabilidad emocional adecuada, permitiéndole ir progresando en el proceso de tratamiento.

Al comienzo del tratamiento de internación, a los pacientes se les pide que hagan una lista de actividades a realizar por él, su familia y/o entorno social durante los primeros fines de semana para que lo pueda analizar y elaborar de antemano en las terapias de grupo, y así poder anticipar las posibles barreras y puedan hacer planes alternativos. Luego pasado el fin de semana, se trabaja en las sesiones grupales y se le indaga sobre lo que realizó, cómo lo hizo y cómo se sintió en relación a ello. Todo esto ayuda al paciente a que tenga mayores recursos y habilidades personales para el afrontamiento de situaciones y para que tenga un mayor control y asertividad sobre ellas. Como así también pueda comprender y controlar las conductas relacionadas con la droga para poder incrementar las conductas positivas. Este tipo de ejercicio deriva de la técnica cognitivo-conductual de asignación, programación y control de actividades entre sesiones graduadas, se utiliza mucho en éste tipo de tratamiento.

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), se evalúa que es lo que el paciente siente, piensa y como actúa ante determinados contextos y si su forma de manejarse es la correcta o si se expone a una situación de riesgo, este tipo de experiencias le brinda diferentes alternativas de afrontamiento y resolución ante problemas que se le presenta en su realidad. Cuando los pacientes son capaces de planificar y conseguir hacer las actividades no relacionadas con las drogas, se sienten más satisfechos, con mayor dominio y habilidad sobre sí mismos, las otras personas y las situaciones, como así también aumenta su autoeficacia; empezaran a verse menos indefensos, con más capacidad de autocontrol y con menor dependencia a las drogas.

En algunos momentos del tratamiento, muestra dificultades para poder sostener lo aprendido en relación a la utilización de las herramientas comunitarias para aceptar límites ya que oportunamente sus impulsos lo colocaron en riesgo.

Para Beck et al. (1999), los pacientes suelen demostrar impulsividad con lo cual tienden a solucionar mal sus problemas, no solucionándolos constructivamente. Por tal motivo, se le brinda soluciones posibles, mediante la técnica cognitivo-conductual de resolución de problemas, donde luego las tienen que planificar, preparar y practicarlas para que luego puedan aprender dichas habilidades y poder llevarlas a cabo correctamente y conducirse más sanamente en su contexto.

Asimismo se muestra accesible a recibir las consignas ya sean personales como grupales. En relación a lo familiar aparecen situaciones de difícil abordaje, por este motivo, se comienzan con algunas intervenciones para poder facilitar dicha situación, ya que el paciente se sintió confiado y comenzó a relatar temas de su intimidad que fueron significativas para él durante su tratamiento. Todas estas cuestiones fueron abordadas en su momento con entrevistas vinculares con el paciente, su madre y su esposa. Las respuestas que fue presentando ante el afrontamiento de estas situaciones fueron satisfactorias, ya que siempre continuó teniendo un gran compromiso y predisposición al cambio.

Como producto de ello, el paciente manifiesta haber sido abusado en su infancia, por su tío materno, quien también reside en la misma casa. Frente a dicho episodio, J busca apoyo y contención en su madre, pero pese a ello, la misma evita dicha situación, no logrando satisfacer la necesidad de su hijo. Como motivo de la problemática emergente en tratamiento, los profesionales deciden abordar dicha temática mediante entrevistas vinculares. Siendo las respuestas de la madre poco esperada para el paciente. Produciendo una ruptura marcada en vínculo entre ellos. Sin embargo, dicho conflicto no se sostiene en el tiempo diluyéndose en lo cotidiano mostrando cierta desafectivización de los hechos. Esto se puede observar en el discurso del paciente, manifestando marcado dolor, pero sin lograr elaborar y capitalizar en hechos que posibiliten un vínculo constructivo entre ellos. Sin embargo, la institución como medio de apoyo terapéutico, diagrama un programa de contención, mediante terapias

individuales y vinculares con su entorno nuclear compuesto por madre y conyugue. Facilitando recursos en pos de la elaboración de este proceso.

Asimismo los profesionales argumentan lo siguiente:

“Ahora dice entender más después de la vincular que debe alejarse o tratar de cortar con el vínculo con su madre. Ella reacciona fríamente, hace como si no hubiera pasado nada, lo cuestiona y hasta lo desmiente, ante la confesión de su hijo, por lo tanto él se siente desprotegido frente a ella, siente que protege más a su tío. No quiere ver más a su madre. Su mamá es para él como un monstruo, no se lo perdona. “Me doy cuenta que estoy solo” (expresión del paciente)”.

Padilla (2002), argumenta en estudios de terceros indirectamente involucrados en las prácticas abusivas, especialmente el grupo familiar y la madre, hacen todo lo posible para no darse cuenta de lo que está pasando, las madres configuran un verdadero triángulo incestuoso, la reacción más frecuente de las madres frente al desvelamiento es el descreimiento y la negación protectora del status quo, aceptar el abuso acarrea el peligro de destrucción familiar y de una parte importante de su propia identidad, otra actitud de la madre es creer simultáneamente a ambas partes y desplazar la autoría del abuso a otra persona, cuando por medio de la denuncia toman conciencia de lo que ocurre tienden a ocultarlo (miedo a la ruptura familiar, a las consecuencias sociales o penales), en los niños se produce una hostilidad hacia miembros de la familia, especialmente hacia la madre, por no darse cuenta y evitar lo que está ocurriendo.

Otra de las cuestiones que se abordaron y otro de los quiebres importantes en el tratamiento, fue el conocer por primera vez a su padre biológico. Quien a lo largo de su vida constituye una nueva familia. Dicha problemática es argumentada por J en el mediado del tiempo en la internación, manifestando resistencia a la misma, ya que su padre posee la característica de rasgos de alcohólico. Y esto moviliza de sobre manera el estado emocional del paciente. A partir de esto, el equipo terapéutico aborda la misma, continuando con los dispositivos anteriormente nombrados (psicoterapias individuales y grupales y vinculares). Interpretando todo esto nuevamente y posicionando a su madre como una persona que le ha ocultado variedad de cuestiones de su historia vital en su vida e incrementando la figura negativa que posee de la misma.

Eso fue lo importante de conocer al papá, no de conocerlo en sí, sino poder ir reordenando algunas cuestiones familiares y clarificando el proceder de su historia en sí misma.

Según Zingman de Galperín (1996), son familias que suelen tener un pasado con situaciones ocultas, secretos familiares, pasados difíciles, que viven como vergonzosos, con contradicciones y mentiras.

La fase residencial, se centra y el objetivo primario de la misma es la reinserción social. Frente a esto, el paciente muestra inestabilidad y variaciones en su conducta relacionada con el comienzo de la nueva etapa.

Respecto de lo laboral, desde que retomó sus actividades laborales, durante el periodo de internación (reinserción residencial) el equipo terapéutico estimó sería conveniente un cambio hacia otra entidad hospitalaria. Durante todos estos meses, el paciente trató de realizar dicho cambio, pero no pudo conseguir un traslado definitivo. La única alternativa que consiguió como posible fue la actividad en el centro nuevo del hospital público donde había trabajado anteriormente, pero dicha actividad la realiza los fines de semana, encontrando en esto una dificultad, dado que el paciente durante la semana no tiene otra actividad más que el cuidado de sus hijos, mientras su mujer trabaja. Dicha situación hace que tenga tiempo libre, quedando desfasado de los quehaceres cotidianos de su esposa, no pudiendo realizar actividades en familia, por tales motivos, no siendo todo esto adecuado para su proceso terapéutico. Por lo cual se plantea desde la institución, solicitar al empleador un cambio de horario laboral, asistiendo en los días hábiles de la semana facilitando la inserción social regular al mismo.

Dicha situación también lo moviliza debido a que comenzó a conectarse con el hecho de que nunca había buscado trabajo, sino que siempre tuvo trabajos facilitados por su madre. Frente a esto analiza sus dificultades y sus miedos, como así también trabaja sobre lo tentador que es aceptar la ayuda de su madre que le ha generado un vínculo dependiente para con ella. Se puede observar también, la dificultad de poder adaptarse a su nuevo empleo, en el centro nuevo del hospital público donde había trabajado antes de internarse como archivero, no deseando continuar en el mismo, con motivo de poder progresar de otra manera en su anterior actividad laboral donde se desempeñaba como camillero en ese hospital. Esto va a ser de suma importancia, ya que posee íntima relación con la dificultad de poder independizarse y desarrollarse, proyectándose la dependencia con su vínculo materno. El paciente decide

realizar el cambio de lugar donde trabajaba en el hospital público antes de internarse, pese a las intervenciones señaladas. Ya realizado el cambio a su anterior trabajo pero en otro área, en el de tesorería. El paciente se conduce en forma inapropiada, ya que aparecen diferentes dificultades basado en la irregularidad de funciones que debe realizar como ser: perder su espacio dentro del hospital, ocupando un lugar sin poder tener tareas específicas, en el trato con sus compañeros, movilizándolo al paciente a una posible recaída. Esto mismo se observa en lo grupal, donde queda expuesto en la falta de utilización de las herramientas comunitarias, como así también presentando inestabilidad en la continuidad del tratamiento. Pese a ello, decide continuar en el mismo hospital y darse la oportunidad de poder conservar y desarrollar su propio espacio, ya que existe en él predisposición de permanecer estable y cumplir roles adecuadamente determinados.

Asimismo argumenta uno de los terapeutas del equipo: “Tenía una gran cultura institucional, porque trabaja en un hospital municipal desde la adolescencia prácticamente, desde los 18-19 años. Con esa capacidad de manejarse en un medio tan hostil y esa capacidad política de moverse en ese ambiente. Esto mismo se puede ver volcado acá, no asistiendo a las clases de computación, trasgrediendo las normas de la institución. A tal punto que nosotros los profesionales no nos percatamos en ese momento de ello, hasta en ambulatorio (fase B) que se desenmascara todo esto, ya que en su búsqueda laboral emerge la necesidad de poseer dicho conocimiento en la materia. “no sé nada de computación me hice el tonto nunca fui a una clase, ahora me arrepiento” (palabras del paciente). La verdad es que había ocultado y no había demostrado esa falencia suya dentro de la institución, ya que atravesó dentro del período de internación y salió con muchas deficiencias o dificultades personales para poder afrontar correctamente dicha situación”.

Stanton, Todd y Cols (1999) se apoyan en el concepto de la triangulación y manipulación de la conducta de los pacientes. Muchos de ellos trataban de vencer al sistema y de crear antagonismos entre los miembros del personal, tal como lo hacían dentro de su familia. Las reuniones de equipo y el contacto regular entre terapeutas y asesores contribuían a contrarrestar estas tentativas.

Pese a estos comportamientos, se continúa proyectando como objetivo primario, su proceso de independencia. Por tal motivo, en relación a su situación familiar se continúa trabajando el acercamiento hacia su esposa y el alejamiento del vínculo posesivo con su

madre, ejerciendo en él gran influencia y determinación en su vida. Asimismo, se insiste en la formación de una red fuera de lo familiar, objetivo en el que se muestra marcada resistencia.

Siguiendo esta línea de trabajo, si bien se insistió en que realice variedad de actividades como ser culturales, religiosas, deportivas o familiares, en ningún momento consiguió insertarse en ellas. Inclusive en los diagnósticos presuntivos de los profesionales relacionan estos rasgos con características de índole fóbico social. Presentando resistencia a la constitución de lazos con personas no ligadas al vínculo familiar.

Muchnik y Seidmann (1999), expresan la importancia de las relaciones interpersonales de apoyo, ya que proveen fundamentalmente ayuda, guía, información, intimidad, sentimiento de pertenencia, cuidado y apoyo emocional, por lo tanto ayudan a controlar los sentimientos de indefensión y desesperanza, permitiendo así, el afrontamiento de los problemas, crisis y de los eventos estresantes, brindando así salud física y psicológica, como así también mejora los efectos adversos del estrés.

Sin embargo, pese a poseer marcada limitación en este aspecto, Juan asume su posición algo más clara en su rol paterno, acercándose a sus hijos y tomando un rol activo en el cuidado y acompañamiento de los mismos. Decide contraer matrimonio con su pareja siendo esto un hecho de suma importancia en el proceso de dicha independencia, en relación al vínculo simbiótico que él tenía con su madre y a causa de esto no priorizaba a su esposa e hijos. Para ello enfatiza en diferentes cuestiones que le posibilitan llevar a cabo dicho objetivo. Los mismos son, por ejemplo, establecer una relación y comunicación fluida con su mujer, donde puedan organizarse, disfrutar y proyectarse con su familia.

Comienza a realizar el proceso de externación, empezando a poder concurrir con mayor frecuencia a su hogar y permitiendo el espacio de adaptación a la vuelta de su hogar. En relación a esto logra establecer su vida fuera del hogar materno dado que alquila un departamento, pudiendo independizarse con su familia de la misma, ya que antes de internarse vivían en una casa al fondo de la de su mamá.

Un ejemplo de intervención breve que ha realizado el psicólogo durante su terapia individual al paciente fue, en relación al vínculo dependiente que tiene él con su madre sin priorizar a su esposa. Por ejemplo, “en vez de usar la cocina vieja de tu mamá, tu mujer te

demanda y se queja que no usas la nueva que tiene ella, ella quiere que cocines en la de ella, que es nueva y mejor” (Intervención del Psicólogo).

Según Miller y Rollnick (1999), una intervención relativamente breve puede inducir de alguna manera al cambio de una conducta, es que una intervención breve sirve para provocar una decisión y compromiso para el cambio.

Asimismo en el trabajo vincular con su esposa, presenta variedad de características, como ser el vínculo posesivo que tenía para con ella, no dejando que su mujer participara de las actividades, ni que trabajara fuera de su casa. Uno de los motivos era su desconfianza hacia los demás por temor a dejar a sus hijos solos y que les pasara algo como a él. También tenía toda una cuestión celotípica importante, se trabajó sobre eso y de hecho la esposa trabaja en la actualidad.

Otras cuestiones que fueron relevantes en su reinserción y posicionamiento en la familia, fue el lugar que ocupaba con sus hijos. Mostrando marcadas diferencias en el acercamiento y vínculo con ellos. Tenía toda una cuestión de diferencia entre el hijo más grande y la hija, sobreprotegiendo a la hija sin delimitar límite alguno y al hijo le exigía de sobremanera, provocando un ambiente de tensión entre ellos. En este caso, también fue señalado por el equipo terapéutico, re orientándolo en su rol como padre y que si él imponía límites a sus hijos lo hiciera por igual, ya que es una manera de cuidarlos y amarlos sanamente.

Izzi (2004) expresa que, amar responsablemente es lo que se entiende cotidianamente como querer bien. Quiere decir ponerle límites al otro, sostener esos límites, mostrarle al prójimo los errores, no dejar que se haga daño.

Durante la fase ambulatoria “Fase A”, el paciente se presenta al principio muy movilizado debido a su externación y los cambios que eso conlleva. El hecho de tomar nuevas responsabilidades en la familia con un rol más presente y activo como esposo y padre, situación que pudo hablar en los grupos y que fue mejorando con el correr de los días, donde se lo observo más relajado y contento con su nuevo rol. En lo familiar, no aparecen conflictos con su esposa quien se muestra bastante comprometida con las medidas de cuidado, manteniendo un buen vínculo tanto con ella como con sus hijos, sintiéndose contenido por su

familia. Su esposa lo acompaña de manera satisfactoria en el proceso, manteniendo buen dialogo y comunicación y a la vez ésta se convierte en un referente importante para él.

Respecto del vínculo con su madre se continúa trabajando sobre los límites en el vínculo y los roles madre-hijo.

Durante esta etapa el paciente no asiste a un grupo terapéutico mostrando cierta resistencia a concurrir al tratamiento, cuando se lo aborda surge un marcado monto de angustia y puede asociarlo con cuestiones que no venía manifestando en este período. Se encuentra movilizado haciendo hincapié en sus dificultades económicas y en la necesidad de encontrar un nuevo empleo. Cuando se despeja dicha dificultad, puede verse que ésta es usada como pantalla para no vincularse con otras problemáticas que realmente lo angustia, como vivencias de su infancia no resueltas que se le presentan en la actualidad. No es un episodio menor que en esa misma época, existe una discusión con su tío (hermano de su madre). Quedando atrapado en la memoria de situaciones con efecto de trauma para el paciente. Sin poder asimilar, ni afrontar esta situación, J muestra desborde tanto emocional como conductual, tendiendo a impulsos agresivos, manifestándose en una posible violencia hacia su tío. Queriendo de una vez por todas, hacer justicia de este hecho pasado.

Frente a esto se le indica como medida de cuidado al paciente la internación en la comunidad por el término de una semana como herramienta de contención para el abordaje de la temática. Indicación que es aceptada por el paciente y su esposa. En dicho espacio puede abordar ciertas cuestiones y contener su desborde, motivo por el cual se le indica que retome sus actividades cotidianas. Se presentaron algunas dificultades en el vínculo con la madre, con quien todavía no se había sentado a hablar por indicación terapéutica, debido a que requiere elaborar previamente ciertas cuestiones de manera personal. En los espacios terapéuticos se le brindó al paciente ciertas técnicas como de role playing, donde pudiera imaginar y actuar situaciones, para enseñarle algunas habilidades interpersonales más efectivas para luego poder enfrentarlas de una manera más sana. El vínculo que posee con su esposa es de gran contención y seguridad para él.

Beck, Wright, Newman y Liese (1999), expresan que los pacientes tienen también problemas concomitantes de comunicación interpersonal, por ejemplo, asertividad, revelar cosas de uno mismo y escuchar activamente. Consecuentemente, con frecuencia se sienten frustrados y saturados en las situaciones interpersonales, y esto genera un incremento de su vulnerabilidad para utilizar droga. Por lo tanto, el terapeuta puede iniciar un role playing para enseñar al paciente habilidades interpersonales efectivas. Por otro lado, cuando el role

playing se repite, ayuda al paciente a desarrollar repertorios de conducta social nuevos, maduros, efectivos en ambientes seguros, donde los errores se pueden corregir sin consecuencias reales.

En este periodo el paciente, intenta retomar algunos objetivos pendientes como ser el cambio de lugar de trabajo y la constitución de la red. Respecto de lo laboral ha conseguido el traslado al hospital público donde trabajaba antes de la internación, para desempeñar tareas administrativas en el área de tesorería. En cuanto a lo vincular, se encuentra abordando las dificultades para generar nuevos vínculos, en este periodo comenzó a jugar al fútbol con su padrastro y su hermano. No obstante, se observan importantes dificultades para integrarse y sentirse parte de esto. También ha intentado socializar con algunos compañeros del trabajo, pero sin mayor proyección de vínculo estable.

Para finalizar este período, se puede decir que J ha podido concretar el cambio de área laboral al de tesorería, trabajo que le resulta positivo. E intentar generar vínculos sociales de alguna manera por fuera del ámbito materno.

En la Fase B de Ambulatorio, muestra variedad de dificultades en lo económico, no logrando sostener la independencia anteriormente lograda. Sumado a que los recursos para afrontar la misma se hacen ineficaces, ya que tampoco permite que su mujer pueda trabajar y ayudar a dicha problemática. Como producto de ello, se concreta la mudanza a la casa de la madre nuevamente, habiéndose realizado entrevistas vinculares con la misma y su esposa, con la finalidad de que puedan organizarse y acordar nuevas pautas de convivencia. En internación y parte de ambulatorio los profesionales consiguen que no trabaje y no viva más bajo la órbita de la mamá, pero siempre fue un pseudo entendimiento, ya que el paciente se vuelca masivamente en depender de la facilidades que ella le otorga. De hecho hoy en día trabaja y vive en el mismo lugar que la madre. Siendo el paciente el único quien tiene la condición de resolver y cambiar aquello que lo condiciona a él, por sus limitaciones o por sus faltas de recursos de afrontamiento no puede llegar a modificarlo.

Respecto a lo social continúa trabajando sobre la formación de una red que le sirva para ampliar su marco de referencia, pero continúa con marcadas dificultades para la creación de la misma.

A partir de esta realidad vivenciada por el paciente como frustrante, ya que no logra resolver ni modificar sus limitaciones, como por ejemplo, la relación de dependencia que él

tiene con su madre y el hecho de no poder construir una red social de contención por fuera de su ámbito familiar, todo esto hace evidente que él tenga que atravesar un período de crisis intensa, mostrando resistencia a los señalamientos del equipo terapéutico, falta de motivación para la continuidad y concurrencia al mismo, desorden de los diferentes frentes de conflicto, se debilita su personalidad endeble, faltando a los grupos, mostrando una actitud agresiva y no usando correctamente las herramientas terapéuticas. Entrando en zona de un posible riesgo en recaída de consumo.

La madre sigue siendo un frente de conflictos no resueltos, no intentando hacer nada al respecto, como así también, mantiene con su mujer las dificultades de acordar proyectos en que ambos se incluyan, no desarrollando tampoco el plan para salir del ámbito familiar que lo domina. Por todo esto, presenta una actitud agresiva frente a las frustraciones, que muchas veces retornan sobre la madre o la esposa, como así también recaen en algunas dificultades observadas en el trabajo.

Como producto de ello, el paciente manifiesta haber consumido alcohol durante este período.

Suele ser frecuente que cuando no se elaboran problemáticas o limitaciones personales, éstas se manifiestan en crisis que desembocan en episodios de consumo y por tanto agravan la situación actual. Muchas veces estas situaciones se pueden superar al poder modificar o cambiar las dificultades de afrontamiento a ellas, pero si no se logra superarlos puede terminar en una reincidencia. Las recaídas en el consumo de drogas se vinculan con factores que tienen que ver con el estrés psicosocial-emocional.

Según Kornblit, Mendes Diz y Bilyk (1992), se entiende por recaída la reiniciación del consumo de una droga después de haberla interrumpido por un tiempo. Las recaídas se consideran como una transición en el proceso de cambio del hábito, que pueden llevar o no al retorno a los niveles de base del consumo.

A partir de esto, la dirección del tratamiento, nuevamente se vuelca a la internación, como medida de cuidado y contención. Se indica la misma y el paciente y su esposa aceptan la indicación terapéutica por parte del equipo de profesionales. Se abordan las consecuencias de su recaída en consumo de alcohol, por no usar correctamente las herramientas, se advierte la peligrosidad de sus actos pero continúa mostrando resistencia en ponerlos en práctica. Frente

a ello, se recurre a la asistencia farmacológica, muy resistida por el paciente. Se lo medica con ansiolíticos para poder controlar su impulsividad, su angustia, su soberbia y su falta de límites, ya que se hacen evidentes rasgos de violencia ligados a poseer antecedentes familiares, como así también propios, dado que esa era una de las formas que manejarse socialmente en su entorno.

“Ingresa J como un paciente que se hacía temer, un chico en general que asustaba, daba miedo a sus compañeros, era el modo de vincularse. Con una historia de alto índice de violencia. Era un paciente que tuvo algunas dificultades para adaptarse” (palabras de uno de los psicólogos que lo trató).

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), los consumidores de drogas tienen ciertas características como son la baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, que los hace a su vez más susceptibles.

Beck et al. (1999), sostienen que los terapeutas se orientan a ayudar al paciente a considerar sus deslices y sus recaídas como oportunidades para practicar formas más adaptativas de combatir su utilización de la droga y que pueden servir para sacarle aún más partido a la terapia y por tanto ser muy beneficioso para el tratamiento. Pueden explicar a sus pacientes que reanudar el consumo de drogas no significa que los pacientes han fracasado en el tratamiento y que el terapeuta todavía quiere ayudarlos. El terapeuta puede ayudar al paciente a utilizar sus crisis actuales como una oportunidad en la que pueda practicar las habilidades de afrontamiento, sin que tenga que tomar drogas como una forma de escapar o una muleta. Por tanto, el terapeuta ayuda al paciente a contemplarlo como una especie de test que, si lo supera, le indicara un progreso realmente importante para una recuperación completa. El paciente gana en autoeficacia con cada una de estas crisis manejadas correctamente, en las que no ha utilizado sustancias.

En pos de estos argumentos, se transforma este periodo de crisis en estabilidad, con motivación para la continuidad de su tratamiento y para la transformación de dificultades que se presentan como históricas. Se reorienta en reordenar dicha realidad y sumar compromiso con su esposa en mantener los proyectos en los que ambos se incluyan, como salir de la casa de su mamá, objetivo que debió ser repactado por la falta de compromiso que fue demostrando con ciertas actitudes en contra de su evolución. Se prevé para este periodo la

mudanza de su casa materna a su propia casa. Se mantiene la asistencia farmacológica, para hacer frente a cuadros de impulsividad y angustia. Dicha mudanza produce efectos positivos en su vida familiar, posicionándolo en un lugar significativo. Y se desenvuelve en diferentes medios utilizando las herramientas comunitarias que lo resguardan del posible consumo.

Fase C de Ambulatorio, en este período siguen siendo recurrente los episodios que muestran su estado inestable emocional. Esto se ve reflejado en la ausencia en distintos espacios terapéuticos. Este emergente se logra abordar permitiendo establecer cierto grado de estabilidad frente a las dificultades personales para aceptar conflictos internos, como ser su inseguridad, impulsividad, sus rasgos fóbicos que lo obstaculizan en la permanencia en diferentes grupos sociales. Logra realizar una red de contención en su trabajo como así también, un vínculo afectivo con su padrastro. Se encuentra trabajando los vínculos más cercanos, con los cuales lo que se desarrolla favorablemente. Estuvo con deseos de beber alcohol pero pudo elaborarlo en los grupos y lo superó.

10.2. Abandono del tratamiento en Fase C:

Con el logro de poder desenvolverse con mayor naturalidad y percibir cierto grado de estabilidad y confianza en sí mismo. Con el correr del tiempo de este proceso, presenta la particularidad de no sostener los objetivos desarrollados. Perdiendo la continuidad de lo elaborado y puesto en práctica en su vida cotidiana. Comienza a desenvolverse en diferentes medios sin utilizar los recursos o herramientas aprendidos, para el afrontamiento del posible consumo, mostrando por momentos marcados deseos de consumir alcohol, como así también emergiendo ideas de cometer un delito (robo). Esto se trabaja en sus espacios terapéuticos y se elabora que parte de esto tiene causa en el poco tiempo de que dispone para volcarse en espacios recreativos y sociales, como lo estaba haciendo anteriormente, impulsado por la necesidad de llevar dinero a su hogar. Ocupando su tiempo masivamente realizando 12 horas de trabajo seguidas, así como también haciendo guardias nocturnas esporádicamente en el sector de admisión del hospital. Esto lo encuentra en una situación de desborde emocional, sin poder actuar en forma que no sea impulsiva. Sumada en que su estado de celotipia hacia la mujer se agrava, como así también, la misma también deja de concurrir a sus espacios terapéuticos argumentando que en los horarios que están establecidos, los tendría ocupados por su actividad laboral.

Como respuesta a esto, no aprueba dicho señalamiento y en sus espacios terapéuticos se hace marcada la resistencia al dispositivo, al encuadre, intentando quebrarlo y no respetando y cuestionando las normas.

Esto refleja un cambio de actitud, mostrándose irritado, cerrado, intolerante, soberbio, violento, con falta y uso incorrecto de las herramientas. Mostrando con todo esto signos de falta de motivación vinculada solo al deseo de su mujer, esto quiere decir, que el paciente sigue concurriendo al tratamiento en este momento sólo por su mujer, ya que es lo que quiere ella y no él mismo.

Los profesionales expresan que el tratamiento de este paciente se extendió, ya que algunas etapas le llevaron más tiempo que consiguiera superarlas y que las pudiera afrontar, ya que el presentaba ciertas limitaciones para esto, así es como en ambulatorio tuvo que volver a internarse porque no logra vencer estas dificultades, retorna a la dependencia de los recursos de los profesionales que el no pudo desarrollar, ya que el mismo no logra resolver las diferentes situaciones que se le presenta en su vida cotidiana.

“Cada etapa se extendió, porque a él le cuesta asimilar un poco lo que el otro le va diciendo. Es como cuando él necesita internalizarlo, le cuesta mucho creer lo que el otro le dice es por su bien de alguna manera. Entonces hace así un tratamiento re extenso” (palabras de la directora que trabajo al paciente).

Según Grimson (1999), el tratamiento de internación puede ser prolongado pero debe ser transitorio. No se trata de perpetuar la marginalidad, que tantas veces subyace en el origen de la carrera que conduce a una adicción, a través del establecimiento de pequeñas sociedades marginales, se trata de que todos tengan la oportunidad de convivir en la comunidad en que se originan y a la que pertenecen.

Según Musacchio de Zan y Ortiz Fragola (1996), el proceso de deshabitación es largo y penoso, pues durante el mismo el adicto puede recaer con gran facilidad, aun después de prolongados periodos de abstinencia. La recaída depara una gran frustración, devaluándose cada vez más la autoimagen del enfermo y postergándose su rehabilitación completa.

Asimismo dentro de la misma, el paciente contrae la enfermedad de la gripe A, no pudiendo asistir a sus espacios terapéuticos. Sin embargo el equipo terapéutico le había asignado una fecha de pasaje a una próxima fase (seguimiento), la cual es la última antes de

completar el tratamiento en modalidad de graduación. Y estando a un mes de dicha fecha, ya recuperado de la gripe A, comienza a no asistir a los grupos terapéuticos y a mentir en forma más pronunciada, quedando expuesto en dicha trasgresión, justificando y argumentando que posee las herramientas para dirigirse solo.

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), un signo típico es que el paciente suele llegar habitualmente tarde a las sesiones de terapia, o bien, ya no aparece, o muestra sensación de que está todo bien, parece que no necesita ayuda profesional, participa casi reglamentariamente en el tratamiento, así como también retorna las mentiras.

Dicha conducta o respuesta, para con los profesionales es interpretada como la creencia del paciente de que ya no corría algún tipo de riesgo alguno y sobre confiándose en él mismo, creyendo que no necesita más la ayuda de los otros. Perdiendo conciencia de enfermedad y cuidado de ella. Como producto de esto, el paciente abandona el tratamiento exponiendo como argumento, que se percibe estar preparado para poder afrontar su vida sin consumo estando por fuera del tratamiento.

10.3. El tratamiento familiar y el rol de la familia en el mismo:

El paciente posee una relación marcadamente simbiótica con su madre. De hecho, él trabaja en el mismo lugar que ella, siendo ella su jefa, como así también, vive con ella en la misma casa. La orientación de parte del equipo terapéutico, fue que el paciente, se fuera a trabajar a otra parte y pudieran irse con su esposa y sus hijos ir a vivir a otro lugar.

Zingman de Galperin (1996) dice que en las familias disfuncionales o muy perturbadas el poder oscila entre lo permisivo y lo rígido, autoritario e inflexible. Con frecuencia, los padres no tienen autoridad sobre los hijos y es evidente la falta de límites. No hay límites claros, diferenciación ni protección de cada subsistema. Están borradas las fronteras entre los sistemas y por eso predomina la incongruencia jerárquica. Son padres con dobles mensajes, o mensajes contradictorios.

En relación a la mamá, por momentos también había entrado en confrontación con el equipo terapéutico, interpretando que se tomaban las cuestiones como personales. Así que

sobre todo cuando el paciente se fue de la casa de su madre, lo vivió como algo personal que le habían hecho a ella y a su familia.

Stanton, Todd y Cols (1999) dicen que, en los casos en que un solo progenitor está disponible, habitualmente la madre, el proceso de tratamiento difiere un poco. Aquí, el terapeuta puede tener que cumplir temporariamente un rol parental ante el paciente y en otras ocasiones debe asumir un rol cuasiconyugal ante el progenitor. A menudo esto último es un modo de sustituir al abusador en su rol de pseudoconyuge. El próximo paso consiste en desarrollar estructuras y respaldos alternativos para el progenitor mediante la inclusión de parientes y/o amigos, establecer o fortalecer el sistema de respaldo natural. De este modo el progenitor dependerá menos del paciente y podrá progresar hacia un mayor desapego, mientras el terapeuta también se desapega gradualmente.

La madre y la esposa fueron las que lo estuvieron apuntalándolo durante todo el tratamiento. La que terminó tratándose fue la esposa. La madre en ningún momento accedió al cambio ni a cuestionarse nada de lo que se le proponía, generando resistencias y no desarrollando los recursos necesarios, entonces desde ahí se encontraron variedad de obstáculos a afrontar. La familia muchas veces debilita el vínculo y en relación a las medidas de cuidado, boicoteando así su tratamiento.

El paciente por lo general es el portador del síntoma para proteger y mantener a la familia, así es como se auto-perpetúa su problemática permitiendo su funcionamiento. Hay que cuestionar y cambiar, el núcleo de la estructura disfuncional y la organización del síntoma por nuevas pautas transaccionales, en esa familia para que estos puedan cambiar, crecer y desarrollarse saludablemente, generando en ellos alternativas y competencias familiares diferentes y nuevas, organizando así la modalidad familiar de una forma más sana.

Turturo (2002), “el síntoma se presenta como una resultante de fuerzas que se equilibran dentro de la dinámica familiar y mantiene la homeostásis. El portador del síntoma, el paciente designado es entonces signo y apoyo de una cierta forma, tal vez lamentable, del equilibrio familiar. En síntesis, la familia es el contexto natural para crecer y para pedir auxilio, es por ello que cuando algún miembro enferma todos necesitan ayuda” (p. 15).

Pero la realidad es que la que más lo apoyo fue la esposa. La que hizo el cambio fue ella porque apareció en varias oportunidades también denunciándolo. Ella siempre estuvo predispuesta a ayudar a su esposo y darle lugar al mismo, siempre lo acompañó. Se mostró bastante comprometida con las medidas de cuidado, lo acompañó de manera muy satisfactoria en el proceso, manteniendo buen dialogo y comunicación y a la vez ésta es un referente importante para él. Fue ocupando un lugar importante, lo que posibilitó un ambiente facilitador para la salida exogámica del paciente, desplazándose de la madre hacia la mujer.

Stanton, Todd y Cols (1999) expresan que, la pareja no solo proporciona información, motivación y una ayuda práctica valiosa a este proceso, como así también un apoyo cuando se realiza un cambio y sirve muchas veces como testigo en cuanto a los compromisos que el paciente hace consigo mismo.

11. Conclusión:

El motivo de la elección de dicha Institución para realizar la práctica profesional, está ligada a que en la actualidad o realidad social en que estamos inmersos, la problemática del consumo de sustancias se ha acentuado marcadamente. Partiendo de edades muy tempranas y no diferenciando las distintas clases sociales en quien pueda ser afectado.

Las adicciones, como problemática en sí misma, posee la complejidad de manifestarse en múltiples factores, abarcando tanto los aspectos individuales, familiares y sociales. Por tal razón, es necesario trabajar multidisciplinariamente, donde se integre un equipo terapéutico con diferentes profesionales de la salud (médicos psiquiatras, infectólogos, psicólogos, operadores terapéuticos, etc.) orientando el enfoque integrador desde una perspectiva biopsicosocial. Trabajando con el individuo, la familia y su red social sana y contenedora.

La Institución posee como modalidad e identidad central de tratamiento, el formato de comunidad terapéutica. En la misma, se desarrollan actividades terapéuticas, educativas, recreativas, grupales, individuales y familiares. Se aborda integralmente a la persona que consume. El motivo de ello, está orientado en que el paciente, tiende a perder o deteriorar gran parte de su esfera vital, recurriendo a una disfuncionalidad global de su vida.

Según Stanton, Todd y Cols (1999), la función de la familia es vital en la rehabilitación del paciente. Siendo los miembros de la misma, quienes pueden realizar un aporte en pos de modificar el sistema, ayudando al abusador de sustancias en afrontar la problemática en vez de sostener y servir como una fuerza que la mantiene.

La comunidad terapéutica persigue objetivos específicos tanto a nivel individual como social. El objetivo primario individual del tratamiento es el cambio de patrones de comportamiento negativos, de pensamientos y sentimientos que predisponen al abuso de drogas. La recuperación consiste en que haga abandono del consumo y que pueda sostener la abstinencia. Asimismo el objetivo primario social es desarrollar un estilo de vida sana, sin uso de drogas, ligado en la construcción y producción de redes sociales dentro del entorno de sí mismo, tanto en lo familiar como lo social. Cumpliendo la función de contención en el afuera. El objetivo final de la comunidad terapéutica es la reinserción, la recuperación y un

estilo de vida sana. La estabilidad en el proceso del tratamiento permite la integración exitosa entre ambos objetivos.

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), es completamente necesario que dichos pacientes adquieran nuevas fuentes de refuerzo positivas que estén al margen de las drogas, como el trabajo, los hobbies y la participación en actividades prosociales.

El tratamiento en adicciones está compuesto por etapas. Se desarrollan objetivos y la superación de los mismos permite el pasaje de etapas. Dichos objetivos son de índole cognitivo-conductual, como ser cambios de actitud y resolución de situaciones; producción de logros personales, establecer o generar nuevos vínculos sociales sanos y positivos.

Por otra parte, mientras el paciente está en tratamiento de internación, los profesionales son los que lo contienen, orientan, acompañan, lo observan, lo escuchan. Cuando deja de estar en internación se va cambiando la posta, entonces esta posta se la va pasando a la familia, son los que van a ir acompañando de una manera responsable. Cumpliendo una función activa del cuidado del mismo. La característica es que ya no va estar bajo el cuidado permanentemente desde la comunidad terapéutica. Siendo la familia quien la cumpla en esta etapa, quien pueda sostener el cuidado responsable del paciente. Es decir que la base nuclear del tratamiento esta puesto en el cuidado del paciente desde su entorno, son ellos quienes cumplen la función del cuidado que se necesita. Previniendo que el paciente quede en menor riesgo de posible consumo en la re integración de su vida cotidiana.

Desde lo familiar y la red social de contención deben cambiar, establecer y aprender las nuevas pautas y hábitos de cuidado ligados a la salud para un proyecto de vida sana. Se trabaja la problemática familiar y vincular, como así también, el establecimiento de nuevos vínculos, que serán sus agentes favorecedores como ser, una estructura social positiva, sana y contenedora. La red genera recursos de afrontamiento, alternativas diferentes y ayuda a la salida de la patología familiar y a la exogamia de la misma.

Asimismo, se ha elegido este caso por presentar ciertas características particulares (inhibición social, conductas fóbicas a nivel social, abuso sexual, abandono paterno, madre sobreprotectora, entorno social poco favorecedor), las cuales son representativas en esta problemática.

Durante la internación el paciente comienza establecer un marcado vínculo de confianza con la institución y sus profesionales, permitiendo abordar temas centrales en su problemática. Manifestando particularidades de su intimidad como ser los distintos traumas vividos a lo largo de su historia. Las mismas fueron abordadas mediante psicoterapias grupales e individuales, como así también vinculares entre paciente, madre y esposa.

La forma de trabajo con J estuvo orientada a que incremente sus recursos y su capacidad de resolver y afrontar su vida. Logrando no solo elaborar parte de su conflictiva en su realidad psíquica, si no también que comience una reinserción e independización de su madre. Motivo central, ya que no lo había podido realizar a lo largo de su historia.

Asimismo, en el proceso ambulatorio el paciente presenta mayor dificultad, por no poder superar su limitación a la dependencia hacia los demás y no pudiendo afrontar y resolver él mismo las situaciones que se le fueron presentando, generando en él crisis y luego recayendo en el consumo de alcohol, ya que al no poseer la continúa presencia de los profesionales y la institución, mostrando no apropiarse o asimilar en forma adecuada los recursos administrados y ejecutados en la etapa de internación. Haciéndose más pronunciados sus conflictos y no logrando sostener vínculos sociales los cuales permiten una adecuada contención en el afuera. En el recorrido falló, no generando los recursos necesarios, dependiendo de los recursos del otro. No pudo transformar sus creencias negativas en positivas para poderlas utilizar como herramientas para sí mismo. Por último, pierde parte de la transferencia con la institución, aumentando la resistencia al tratamiento.

En comunidad, el paciente tenía conocimiento que existía una brecha importante entre ambulatorio e internación, no pudiendo independizarse aferrándose a los profesionales, por eso el punto fundamental en su tratamiento fue su independencia. En comunidad no se pudo trabajar demasiado en relación a su red social de contención porque no les dio tiempo a los profesionales, con todo lo que venía emergiendo y él presentaba excesiva resistencia frente a ello y así es como terminó, sin contención de otros que no sea la familia, nunca cumplió con los objetivos pautados. Se han generado resistencias en la familia, no generando los recursos necesarios para el desarrollo sano de estilos de vida saludables tanto para el paciente como para su familia. Comenzaba a mostrar marcadas conductas de omnipotencia, utilizando este comportamiento sin evaluar en sus decisiones y actuando impulsivamente constantemente, sin tomar decisiones donde él puede afrontar cada situación, actuando solo en forma reactiva

y contraria a lo que señalaban los profesionales. Todo esto estaba acompañado a que mostró con mayor magnitud rasgos fóbicos, donde no dejaba que su mujer trabajara, con lo cual no tenían dinero para subsistir y por ello tuvieron que volver a lo de su madre, sumado a que esa fobia social, no podía relacionarse con otras personas y facilitar una red de contención en el afuera. Todo esto se potenció provocando la progresiva recaída en este paciente hasta el abandono del tratamiento en Fase C, no siendo casual, la Fase que tiene que terminar de independizar. La apropiación de recursos va a ser en relación a las características de este paciente. No pudiendo terminar de resolver el problema de su independización tanto con la madre como con el programa. Como así también su dificultad de atravesar los cambios, lo nuevo, posibilitando el uso de herramientas propias.

A partir de lo experimentado en la práctica pre-profesional en la Comunidad Terapéutica, la autora de este trabajo puede sugerir que lo adecuado para el paciente sería que retomara algún tipo de tratamiento que comprenda como dispositivos: terapia individual, familiar y grupal. El tratamiento debería estar orientado en retomar aquellos aspectos en los que el paciente sí pudo utilizar correctamente las capacidades y habilidades para su desenvolvimiento sano en su vida cotidiana. Se sugiere que se refuercen estas conductas para que luego puedan estar incorporadas en el repertorio habitual del paciente para lograr un afrontamiento correcto ante las situaciones que pueden generar algún tipo de riesgo en la continuación del consumo de drogas. Como así también retomar su independización y reforzar su baja confianza y autoestima, retomando aquellos rasgos o capacidades que pudo lograr en la orientación que tuvo en un principio del tratamiento anterior. Estas capacidades fueron desarrolladas en la primera etapa llamada de internación donde el paciente había logrado independizarse de su madre, había podido irse a vivir solo. Comenzaba a generar recursos facilitadores y de esa forma retomando a aquellas capacidades ya elaboradas. Asimismo poder retomar la elaboración de los distintos hechos traumáticos como ser abuso sexual, familiar y principalmente vínculos disfuncionales con la familia. Retomando todo eso ya elaborado por el paciente, se sugiere que se continúe con esa línea de trabajo permitiendo una línea temporal estable y generar los recursos posibles orientados o ligados a la rehabilitación. Asumiendo el paciente la responsabilidad de tener que realizar su vida en forma responsable para sí mismo y generando las capacidades o habilidades psicológicas que pudieran de alguna manera reparar operativamente la funcionalidad como un individuo. De esa manera sugiere la autora, como de suma importancia, que el paciente tenga estabilidad en su recorrido y que no se discontinúe como fue en el tratamiento anterior, que infiere o fue

parte de la causa, en parte por su cuestión regresiva a disfuncionalidades anteriores en su historia que producen mayor incapacidad en la forma de actuar para sí mismo. La clave estaría puesta, en que la orientación y la línea de trabajo sea orientada a recuperar capacidades o recursos de afrontamiento que le permita al paciente restituir o actuar en su vida de alguna manera de forma responsable para sí mismo como para terceros de esa forma la proyección tendría que ser hacia su independización que es lo que se trabajó primariamente.

Por ello, a partir de lo expuesto se puede expresar, que lo fundamental es cuando el paciente deja la comunidad terapéutica cuente con una estructura social positiva que le permita continuar con el proceso de recuperación. Que el paciente cuente con los recursos personales necesarios para recuperarse, la carencia de una familia contenedora y de una red que lo apoye en su nuevo estilo de vida, disminuye notablemente las posibilidades de recuperación.

El objetivo es que los pacientes hagan una adaptación y que asimilen desde ellos los recursos necesarios para la reinscripción, respondiendo desde lo propio. Tienen que desarrollar y generar los recursos, habilidades, estrategias o herramientas básicas, propias y necesarias para afrontar los desafíos de la realidad de su vida y para la prevención de las recaídas. Como así también generar las habilidades psicológicas como de auto-eficacia, auto-conocimiento, auto-control y auto-confianza.

Se les argumenta que los coordinadores no van a estar con ellos viviendo y tomando decisiones por ellos, las decisiones y la solución la tienen que tomar ellos. El objetivo principal en una rehabilitación sería apropiarse de su forma de vida, recuperar su libertad como persona, y de su propia elección, como la toma de decisiones. Así como también la apropiación de su tratamiento como algo propio. Se trabaja en que el paciente incorpore recursos que los profesionales les prestan los cuales están volcados en las herramientas y estructura del programa, pero en el proceso el paciente tiene que poder desarrollar sus propios recursos y esa es la posible independización. La base del tratamiento es generar los recursos necesarios para poder empezar a elegir y que empiece a evaluar uno mismo cuales son las herramientas que tiene que poder utilizar para su vida. Adoptar una nueva posición activa para consigo mismo, básicamente afrontar el poder, establecerse como marido, padre, como

hijo, como amigo en una sociedad en la que está volviéndose a reinsertar. La libertad de poder apropiarse de su vida y de poder elegir por sí mismo.

La autora de este trabajo puede expresar que ha hallado algunos datos de suma importancia como ser, que en dicho proceso de aprendizaje, se infiere una marcada diferencia en el pasaje de internación a reinserción en la sociedad, identificando un quiebre en la brecha que separa a ambos. Observándose un desfasaje del seguimiento de los objetivos establecidos por la institución e incluso por momentos contradicciones en la óptica de los profesionales, entrando en conflicto con la orientación que deberían darle al paciente. Quedan divididas las opiniones entre los profesionales de internación con los de ambulatorio. Esto se refleja en que para algunos profesionales de internación, si bien lo orientaban en que se independice, le prestaban más atención a las herramientas comunitarias y poder conservar al paciente dentro de la comunidad, acudiendo a ella en búsqueda de contención. En contraposición con los profesionales de ambulatorio, quienes se inclinaban a un enfoque con mayor libertad de resolución. No prestándole la misma atención que se le trasmite en comunidad. Frente a este doble discurso, el paciente comienza acomodarse en ello, encontrando la posibilidad de trasgredir normas y generar obstáculos en su capacidad de desenvolverse. Y presentando resistencia comienza desordenarse en forma progresiva. Los objetivos de ambulatorio no se sostienen en el tiempo adecuadamente, ya que en medio de esto, el paciente no logra adaptar herramientas para establecer una red social. Y tampoco los profesionales, encuentran en las fases de ambulatorio el seguimiento de medios acordes para que el mismo lo adopte para sí mismo. Prestando mayor atención al desorden establecido y sin tener una adecuada claridad en cómo seguir. Esto se puede visualizar cuando emerge el diagnóstico de fobia social, se identifica el mismo, pero sin embargo no se trabaja o no se focaliza con propiedad dicha necesidad. Como resultado de ello, termina siendo una variable desdibujada, no encontrando en los distintos espacios terapéuticos la posibilidad de asimilar estrategias para sí mismo. Esto va ser un punto nodal en el tratamiento de J, ya que no solo posee limitaciones en construir herramientas propias, sino que la institución también encontró limitaciones en ello. No pudiendo abordar de manera efectiva dicha problemática, cuando el paciente requería de la contención en la misma. Como producto de ello, podemos inferir que así como el paciente posee sus limitaciones, la institución también las tiene.

A partir de lo experimentado en la práctica pre-profesional realizada en la Comunidad Terapéutica, la autora de este trabajo puede expresar que esta experiencia fue plenamente

enriquecedora para ella, ya que pudo vivenciar personalmente como trabajan los diferentes profesionales conjuntamente, y especialmente el psicólogo y el rol específico que cumple en esta institución. Pudo observar también, como trabajan con los pacientes, sus familias y su entorno social que padecen esta problemática. Fue muy importante esta experiencia para ella, ya que pudo enlazar gran parte de lo aprendido durante su formación académica con la práctica vivenciada, y que es esencial poder aplicarlo todo esto luego en el ámbito profesional. Esta enseñanza además, le permitió experimentar que esta problemática es muy incipiente en la actualidad y que afecta a las diferentes clases sociales no haciendo diferencias en ninguna de ellas. Como así también, lo importante que es que las familias y su entorno social se involucren y tengan un compromiso en el tratamiento del paciente, ya que se necesita que ellos también realicen un cambio tanto en la manera de comunicarse como la de conducirse en relación al paciente para ayudarlo en su recuperación y en el sostenimiento de estos cambios producidos para mantener un vínculo y un desenvolvimiento más saludable entre ellos.

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. La cura no está limitada al abandono del consumo sino a una modificación personal que se traduzca en actitudes diferentes frente a un contexto social que continuara estimulándolo. Debe operarse una modificación del sujeto internado en términos de sus valores, de sus expectativas, de su comportamiento y de sus actitudes, para lo cual debe modificarse también el contexto familiar y/o social en que esa persona acostumbra desempeñarse (Grimson, 1999).

Según Ciccía y Yellati (2011), La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), realizaron durante el año 2010 el Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Consideran a las adicciones como una enfermedad crónica, en la que un tratamiento no logra por sí mismo corregir el problema de forma permanente, se puede sostener que un porcentaje considerable de los pacientes que logran completar el suyo exitosamente han tenido alguna experiencia anterior. Expresan que 7 de cada 10 personas que se encuentra en tratamiento en el país, ya había hecho uno con anterioridad. Es decir, el 70 % de los pacientes son reincidentes. Son datos oficiales, de la Evaluación de Programas de Tratamientos realizada por el OAD, que depende de la SEDRONAR.

Asimismo se puede exponer, por último, que no hay forma de evaluar claramente la efectividad del tratamiento, ya que la patología tiene un alto índice de recaída. Y los pacientes tienden a convertirse en pacientes crónicos. Inclusive variedad de pacientes completan su rehabilitación, pasando por varias instituciones y completando de esa manera el proceso de la recuperación. Por lo tanto, lo que es fracaso para una institución, es éxito para otra. Siendo la efectividad de la misma de modo compartido, ya que el proceso de la misma esta mediatizado por un circuito dinámico, que va desde la singularidad de la realidad del paciente y su entorno particular en la historia del mismo.

12. Referencias:

- Alvarado Santis, J & Lobato, M (2011). *Modelos explicativos en drogodependencias*. Recuperado de http://www.slideshare.net/j_mejia/modelos-explicativos-en-drogodependencias
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña Iglesias, E (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Brostow, C (2002). *Revista Programa André: Drogodependencia. Esa Es Tuya*, 1(3), 21.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (2010). *Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas*. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/TeoriasModelos.html>
- Ciccía, M. y Yellati, F. (2011). *Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento Argentina 2010*. Argentina: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio Argentino de Drogas (OAD). Recuperado:http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2010.pdf
- Climent, C. & Caravajal de Guerrero., M.E (1995). *Cómo proteger a su hijo de la droga*. Bogotá: Norma.

DSM IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Fortuna, L (2002). *Revista Programa Andrés: Adicciones, una apuesta a la recuperación. Esa Es Tuya*, 1(1), 16.

Fuentes, Gabriela (2012). *Abuso sexual infantil intrafamiliar: El abordaje desde el Trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria*. Universidad Nacional de Tucumán, República Argentina.

Goti, E (2000). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Grimson, W.R (1999). *Sociedad de Adictos. La comunidad en la prevención y tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: Planeta.

Hernández Sampieri, C. Fernández, Collado & P. Lucio Baptista (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill.

Izzi, B (2004). *Revista Programa Andrés: Las herramientas comunitarias: el amor responsable. Esa Es Tuya*, 3(4), 20.

Kornblit, A.L, Mendes Diz, A.M & Bilyk, A (1992). *Prevención de las Recaídas en Drogadicción*. Buenos Aires: Eudeba.

Miller, W.R & Rollnick, S (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Mora Chamorro, H (2008). *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. Editorial: Club Universitario.

Muchnik, E. & Seidmann, S (1999). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba.

Musacchio de Zan, A. & Ortiz Fragola, A (1996). *Drogadicción*. Buenos Aires: Paidós.

Padilla, E.J (2002). *Ponderación de los relatos de abuso sexual infantil*. Premio Latino Forense 2000 otorgado por la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Septiembre de 1999. Revisado y ampliado en julio de 2002.

Prochaska J.O., Di Clement, C.C. & Norcross, J. (1994) *Revista de Toxicomanías: Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos*, 1, 3- 14.

Programa Andrés. (2010). Disponible en el sitio Web del Programa Andrés, <http://www.programaandres.org.ar/>

Stanton, M.D, Todd & Cols, T (1999). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

Turturo, V (2002). *Revista Programa Andrés: Portar un talento, portar un síntoma. Esa Es Tuya*, 1(2), 15.

Zingman de Galperín, C (1996). *Modalidades de Funcionamiento Familiar*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

ANEXO

