

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Describir las intervenciones y estrategias en un paciente que pasa a una etapa final del tratamiento en adicciones.

Autor: Festa, Florencia Andrea

Tutor: Lic. Claudia Garber

Índice

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introducción | 2 |
| 2 | Objetivos de la investigación | 2 |
| 2.1 | Objetivo general | 2 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 2 |
| 3 | Marco Teórico | 3 |
| 3.1 | Drogadicción | 3 |
| 3.1.1 | Definiciones..... | 3 |
| 3.1.2 | Tratamientos en drogadicción. Terapia cognitiva conductual..... | 5 |
| 3.2 | Comunidad terapéutica | 11 |
| 3.2.1 | Definición y surgimiento | 11 |
| 3.2.2 | La Comunidad Terapéutica como estrategia global | 13 |
| 3.2.3 | Intervenciones y estrategias..... | 15 |
| 4 | Metodología..... | 18 |
| 4.1 | Tipo de estudio..... | 18 |
| 4.2 | Participante..... | 18 |
| 4.3 | Instrumentos | 19 |
| 4.4 | Procedimiento: | 19 |
| 5 | Desarrollo..... | 20 |
| 5.1 | Instancia inicial que da comienzo al tratamiento de adicciones: Grupo Estático | 21 |
| 5.2 | Instancia inicial que da comienzo al tratamiento de adicciones: Grupo de sentimientos ... | 28 |
| 5.3 | Etapas superiores del tratamiento de adicciones: Grupo residencial: | 32 |
| 6 | Conclusión | 38 |
| 7 | Referencias bibliográficas: | 41 |

1-Introducción

Como parte de la materia Práctica y Habilitación Profesional, se realizó una pasantía en una de las instituciones convenidas con la Universidad de Palermo: Organización no Gubernamental dedicado a la rehabilitación de la drogodependencia.

La institución está ubicada en provincia de Buenos Aires. La práctica consistió en realizar diferentes tareas, confeccionar historias clínicas, entrevistas diagnósticas semi-estructuradas, seminarios con pacientes internados, actividades de apoyo escolar a los menores internados, observación no participativa de grupos terapéuticos, así como observación no participativa en los grupos de pacientes ambulatorios, y de redes. Estas actividades se desarrollaron a lo largo de 280 horas de concurrencia.

En base a la experiencia se ha explorado un caso, el cual se encuentra atravesando el pasaje a una etapa superior del tratamiento. Es de esta manera que dimos cuenta las estrategias incorporadas para el positivo desarrollo de su actividad hacia la rehabilitación y reinserción social.-

Objetivos de la investigación

1.1 Objetivo general

Describir las intervenciones que se utilizan en un caso que pasa a una etapa superior del tratamiento en adicciones.

1.2 Objetivos específicos

Describir las estrategias implementadas en el grupo estático para pasar a la fase residencial.

Describir las estrategias implementadas en el grupo de sentimientos para poder pasar a la fase residencial.

Analizar las herramientas adquiridas en los grupos estático y de sentimientos una vez que comenzó la fase residencial.

2 Marco Teórico

2.1 Drogadicción

2.1.1 Definiciones

La adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva con consecuencias graves, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad (OMS, 2010).

Según el DSM-5 (2013) para cumplir los criterios de un trastorno adictivo se debe contemplar que la dependencia a las sustancias ha de conllevar un patrón desadaptativo de consumo que involucra malestar o deterioro (físico, psicológico o social) junto al cual se presentan al menos tres de los siguientes criterios, en algún momento de un período continuado de 12 meses: tolerancia, abstinencia, consumo en cantidades mayores, deseos persistentes o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo, importante reducción de las actividades cotidianas del sujeto debido a la ingesta de la sustancia, continuación del consumo a pesar de tener conciencia de los potenciales riesgos. Es necesario distinguir la adicción de otro tipo de problemas que involucran el consumo de sustancias, tales como el abuso y otras formas de consumo potencialmente problemáticas.

La adicción comprende una disfuncionalidad en cuanto a la capacidad de control ante el consumo. En cuando al abuso de drogas se puede definir como un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas. Cualquier patrón de consumo de sustancias psicoactivas es considerado, en principio, problemático y requiere de intervención si acaba generando consecuencias adversas, ya sean sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales. No es necesario que el consumidor llegue a experimentar tolerancia fisiológica o síndrome de abstinencia para que una intervención resulte oportuna (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Otra forma de definir el abuso de sustancias psicoactivas es la del DSM III (1987). Allí se lo incluye como categoría residual en relación con la dependencia, abarcando tanto el consumo de drogas, como el de alcohol, sustancias químicas o sustancias psicoactivas, en un modelo desadaptativo de uso que se caracteriza por un consumo continuado o recurrente. Este consumo se mantiene aún cuando el sujeto es consciente de los problemas sociales, laborales, psicológicos o físicos que se derivan del mismo.

El término *consumo* se aplica especialmente cuando hay motivos para poner en duda la capacidad de beber de manera controlada en todo momento, como sucede con las personas que han mostrado signos de dependencia del alcohol o de *consumo perjudicial*. En el caso del consumo de otras sustancias psicoactivas, el término análogo *consumo controlado de sustancias* expresa un consumo regular y no compulsivo de la sustancia que no afecta a la función cotidiana, así como a los métodos de consumo que reducen al mínimo los efectos adversos de las drogas. Sin embargo, el consumo de sustancias psicoactivas eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el caso del consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. Un grado más problemático corresponde al *consumo de riesgo* que se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS (1994), pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10.

El término *abuso* se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia. Las expresiones *consumo perjudicial* y *consumo de riesgo* ("hazardous use") son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales (OMS, 1994).

El *consumo perjudicial* comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un

diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos (p. ej., DSM-III-R) es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales.

En contraposición, el abuso de sustancias que no producen dependencia, definido en la CIE-10 (ICD-10) como el consumo repetido e inapropiado de una sustancia que, aunque en sí no tenga potencial de dependencia, se acompaña de efectos físicos o psicológicos nocivos o lleva implícito un contacto innecesario con los profesionales sanitarios (o ambos). Sería más correcto denominar a esta categoría uso inadecuado de sustancias no psicoactivas, para diferenciarla del uso inadecuado de drogas o alcohol (OMS, 1994).

Según Oblitas y Becoña Iglesias (2002) se pueden considerar tres diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales:

La disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal), a lo largo de todo el planeta, de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos, que se ha extendido considerablemente en comparación con el pasado.

La pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado.

El cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que el individuo piensa le son imprescindibles facilitando, con ello, caer en las adicciones.

2.1.2 Tratamientos en drogadicción. Terapia cognitiva conductual

Muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias son eclécticos tanto en la teoría como en la práctica, e incluyen varias fases de tratamiento interno y externo, atención a

programas de doce etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo, farmacoterapia y otros (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Dentro de un programa para el tratamiento de adicciones se pueden diferenciar tres fases: Evaluación, Tratamiento y Normalización. En la fase de tratamiento se distinguen a su vez seis fases: desintoxicación, dehabituación psicológica, normalización, cambio significativo de vida y alternativas a la adicción, prevención de recaídas, programa de mantenimiento de apoyo a corto, mediano o largo plazo y programa de reducción de daños (Luengo M. A., Romero E., Gómez Fraguera J. A. 2010).

Podríamos caracterizar a la adicción por una falta de control relativa sobre la conducta del consumo de sustancias. Es decir, que el sujeto no puede decidir no consumirla o consumirla en pequeñas cantidades. El paciente drogodependiente tiende a irrumpir en la compulsión a consumir la sustancia de la que se trate u otra con fines de sustituirla, más allá de la libre voluntad del sujeto. El paciente, con ayuda de su tratamiento, debe ejercer su propia capacidad de decisión ante el consumo. Esta decisión se centra en el marco de un conflicto con esta tendencia en la cual se encuentra. Esto tendrá implicancias importantes en el abordaje terapéutico. Por otra parte, es justamente la relatividad del control la que puede constituirse en uno de los elementos que confunde a los profesionales de la salud y dificulte el diagnóstico; además de desconcertar enormemente a las personas que interactúan cotidianamente con la persona que ha desarrollado una adicción (Beck et al., 1999).

El modelo cognitivo sostiene que las acciones de consumo van acompañadas de creencias disfuncionales, que pueden tanto disparar como mantener la conducta de abuso. En este sentido, Beck y colaboradores (1999) sostienen que lo importante para el abordaje de este problema no es la situación en sí misma, sino lo que ella significa para el paciente.

Cuando los individuos se enfrentan con situaciones que pueden ser consideradas como de potencial riesgo, algunos de ellos ven amenazada su sensación de control, y esta percepción es lo que crea las condiciones para el abuso de drogas. Situaciones de este tipo incluyen estados físicos o emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales y presión social. Para

evitar la caída en el consumo los individuos deben responder con conductas de afrontamiento efectivas, desarrollando mayor autoeficacia. De esta manera existe menos probabilidad de recaída (Beck et al., 1999).

Cuando el paciente se encuentra ante una situación de riesgo frente a la cual no es capaz de responder con estrategias de afrontamiento adecuadas, que garanticen el mantenimiento de la abstinencia, aumentan las probabilidades de una recaída. Dicho desajuste disminuye el control. Por tal motivo es de suma importancia aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden aumentar el deseo de consumo, con el fin de intervenir sobre sus registros para que el propio paciente tome la decisión de mantener el tratamiento. Esta intervención requiere tanto aumentar la percepción de autoeficacia en relación con la posibilidad de abstinencia como romper el circuito autoperpetuante que se genera a partir de la anticipación de expectativas positiva relacionadas con el consumo (Iglesias et al., 2008).

Un obstáculo para el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas lo representan los sentimientos de desilusión y angustia que tienen los adictos y que experimentan como intolerables. Esta experiencia está acompañada por pensamientos del tipo «no puedo soportar esta sensación» y el efecto de ambos es que finalmente los individuos ceden ante su deseo de consumir como modo de mitigar su sentimiento de pérdida (Beck et al., 1999).

De la investigación clínica surgen evidencias que demuestran que el uso de drogas es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias. En el marco de la terapia cognitiva, esto toma el nombre de *manejo de contingencias*. Por medio de ella se recurre a la aplicación de reforzadores y castigos orientados a cambiar la conducta. Una ventaja del reforzamiento mediante incentivos es que permite a los pacientes elegir en función de sus preferencias. Para ello es de fundamental importancia contar con la información precisa del desarrollo del tratamiento del paciente, para evaluar su desenvolvimiento y determinar cuáles serán los reforzadores más adecuados para fortalecer la abstinencia y los otros objetivos terapéuticos abordados en el tratamiento grupal (Iglesias et al., 2008).

Por su forma de abordaje del problema la terapia cognitiva ofrece importantes beneficios que se manifiestan en distintos planos de la vida del paciente. En primer lugar, a través de la identificación y modificación de aquellas creencias rígidas que conducen al deseo irrefrenable de consumir; permite desarticular este tipo de conducta desadaptativa. Por otra parte, la mejoría de los estados de afecto negativo (ira, ansiedad, desesperanza) resulta fundamental, ya que pueden disparar el consumo de droga. Además, cuando los pacientes encuentran que su fuerza de voluntad no es suficiente para superar el problema, las técnicas cognitivas y conductuales y el entrenamiento en el uso de una batería de habilidades son importantes para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla. Más allá del logro que significa la abstinencia, este tipo de terapia puede ayudar a los pacientes a hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, iniciando un cambio significativo hacia un estilo de vida nuevo (Beck et al., 1999).

La terapia cognitiva puede ser compatible con otras intervenciones y recursos terapéuticos. De hecho, muchos pacientes que realizan un tratamiento cognitivo para el abordaje del abuso de drogas y alcohol asisten también a grupos de apoyo, y otros pasan por desintoxicación interna antes de iniciar la terapia y toman medicación.

Como complemento del trabajo central con las creencias del paciente que realiza la terapia cognitiva se suelen incluir actividades orientadas al desarrollo de habilidades de afrontamiento; prevención de recaídas; entrenamiento en manejo del estrés; técnicas de relajación; desarrollo de habilidades sociales y de comunicación y manejo de ira, entre otras. Por ejemplo las intervenciones sobre el entrenamiento de habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento se basan en identificar las formas de afrontamiento deficitarias en los pacientes. Indagando además sobre los mecanismos inhibitorios, que incrementan niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo, se intenta focalizar en la vulnerabilidad de cada paciente. A partir de allí es posible fomentar las variables de posible cambio, para lo cual es un objetivo clave desarrollar y sostener recursos específicos para el manejo adecuado de las emociones que resulten aplicables en el curso de la vida diaria. De esta manera se proveen al paciente

herramientas con el fin de evitar el consumo como alternativa de escape al malestar (Iglesias et al., 2008).

Uno de los medios de abordaje que pueden complementar la terapia cognitiva es la *conciencia plena* (Mindfulness). Esta forma de abordaje resulta particularmente útil para trabajar sobre el control de los impulsos, considerando que la falta de control frente a sentimientos desagradables y las respuestas automáticas son algunas de las maneras en que el paciente llega a recaer en el consumo. El modelo mindfulness incrementa la autoconciencia, la autoeficacia, mejora el autocuidado y aumenta la tolerancia a las emociones negativas. Al reducir conductas como la rumiación excesiva, aumentar el afecto positivo y la regulación emocional, reduce la reactividad al estrés y ayuda a los pacientes a evitar conductas impulsivas. El objetivo de la práctica mindfulness comporta una reorientación de la actitud del paciente frente a factores de riesgo de recaídas, modificando la respuesta que da el sujeto frente a situaciones antes problemáticas, mejorando a su vez los patrones de respuesta disfuncionales que a menudo presentan los pacientes adictos y que causan las recaídas (Tejedor, Raich, Martínez, Diez & Durall, 2015).

Desde la perspectiva psicoanalítica, y siguiendo a López (2006), no es posible dejar de lado la dimensión del sujeto del inconsciente en el abordaje terapéutico. Aunque en el caso de la adicción habría que entenderla como un intento de solución al problema de las faltas de ser y de goce, haciendo referencia a Lacan sobre la ruptura con la significación fálica involucrada en el uso de las sustancias. Así mismo, debemos considerar a la adicción como el punto de llegada de un proceso conformado por tres tiempos, el tercero de los cuales se explicaría desde un punto de vista biológico.

Un punto interesante a tomar en cuenta para un tratamiento es el relativo a los intereses en la vida personal que pasan a quedar desplazados por el vínculo del sujeto con la sustancia. La sustancia, como objeto, comienza a ocupar un sitio privilegiado en el psiquismo, lo que denota un desinterés en áreas de la vida cotidiana, sus actitudes, forma de desenvolverse y estados de ánimo. La intención primordial de la persona comienza a girar en torno a la obtención de la

sustancia, a la expectativa del placer asociado, o a la generación de las condiciones para su consumo.

En un primer momento del tratamiento, que incluye la primera entrevista, el paciente debe rectificar su relación con la realidad de la adicción, reconociéndola y tomando una posición distinta respecto de ella. Esta decisión conlleva la incorporación de formas de intervención fuera del ámbito de la palabra, tales como, hospitalización, ayuda de terceros a través de medidas de protección, uso de psicofármacos, siempre en el contexto de una rectificación del paciente con lo real de la adicción (López, 2006).

A pesar de la importancia que el psicoanálisis otorga a la familia en el desarrollo de la personalidad de los individuos, durante muchos años los terapeutas se resistieron a la idea de involucrar a los familiares y personas del contexto de sus pacientes, priorizando la intimidad de la relación terapéutica (Coletti, 1987).

Sin embargo, en un caso donde el paciente no toma la decisión de iniciar un tratamiento voluntariamente, sería necesario que los terceros involucrados participen en instancias terapéuticas y se impliquen con el objetivo de facilitar un cuestionamiento por parte del paciente en relación a su consumo de sustancias. La participación de otros significativos en instancias terapéuticas distintas de la terapia individual puede resultar un factor que facilite la rectificación de la posición del sujeto con lo real (López, 2006).

Cuando la familia se integra desde el inicio del tratamiento y participa de manera activa en la atención del problema de consumo y adicción del paciente puede convertirse en soporte vital para las intervenciones terapéuticas que se realicen. En estas condiciones el individuo tiene un mejor pronóstico de recuperación, por lo tanto, la terapia debe estar orientada al restablecimiento de la armonía en las relaciones familiares. Para facilitar este trabajo se asesora a la familia sobre las señales de alerta ante posibles recaídas, aportando herramientas que puedan utilizar de manera proactiva para prevenirlas y aceptarlas si ocurren, como parte del proceso (Zapata Vanegas, M. A. 2009).

Sin el involucramiento de estos otros significativos en el abordaje, el éxito del tratamiento queda librado al efecto de las interacciones con el contexto. En muchos casos se observa que este entorno se relaciona estrechamente con la evolución del paciente, especialmente cuando se trata de uno inestable y problemático, mientras que se han registrado recaídas en pacientes que, una vez tratados, regresan al ámbito familiar. Incluso puede suceder, cuando las familias están pasando por una situación conflictiva, que la mejoría del paciente se vea acompañada de un empeoramiento de la familia y viceversa (Marcos Sierra & Garrido Fernández, 2009).

Teniendo en cuenta la influencia recíproca entre lo que uno hace, piensa y siente y las variables ambientales, en la terapia cognitiva-conductual se considera que el comportamiento de los miembros de una familia está influido por las creencias acerca de cómo debe ser uno mismo y cómo debe comportarse la familia frente a determinadas situaciones. En el proceso de interacción familiar aparecen reacciones emocionales vinculadas a creencias disfuncionales que entran en conflicto con las de otros miembros y contribuyen al surgimiento y mantenimiento de situaciones conflictivas y patrones desadaptativos de comportamiento. La Terapia Familiar Cognitivo Conductual busca cambiar esas creencias disfuncionales y de esta manera modificar los patrones conductuales desadaptativos. Para ello recurre a diferentes técnicas, tales como el fomento de la empatía, entrenamiento en habilidades de comunicación, de negociación para la resolución de problemas e integración en actividades agradables conjuntas. Todas estas técnicas colaboran potenciando el afecto positivo en los pacientes y también mejoran la comunicación en el entorno familiar (Muñoz., et al., 2012).

El modelo multicomponente para el abordaje de las adicciones incluye terapia cognitivo-conductual individual y grupal que ha demostrado su eficacia en adictos, considerando además el tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas, que ofrece un espacio para la variedad de abordajes. Puede decirse que este modelo, aplicado en el marco de un tratamiento residencial, resulta más efectivo, especialmente en los primeros meses de tratamiento, donde los pacientes presentan un menor nivel de recaídas y abandonos de tratamiento (Iglesias et al., 2008).

2.2 Comunidad terapéutica

2.2.1 Definición y surgimiento

La noción de CT ha sido visualizada como un tipo de institución residencial, es decir como un espacio, un lugar físico en el cual se atiende a personas con problemas de drogas. En realidad estas instituciones surgieron en principio para abordar problemáticas ajenas a las adicciones, proponiendo una metodología para la gestión, la intervención asistencial y el cuidado de personas con un variado perfil de trastornos y problemas de comportamiento. Luego se las adecuó para el tratamiento de adicciones (Comas, 2010).

En el campo del tratamiento de las adicciones, la C.T. es un medio ambiente sin droga donde las personas con problemas de adicción viven juntas de una manera organizada y estructurada, proporcionando las condiciones necesarias para iniciar un proceso de cambio con el objetivo de que el paciente pueda vivir una vida sin drogas en la sociedad. En este sentido representa una sociedad en miniatura en donde residentes y equipo terapéutico representan diferentes roles y en donde hay claras normas, todo ello destinado a propiciar el tránsito del residente hacia su reinserción en el medio social (Roldán Intxusta, 1991).

Estas comunidades están a menudo diseñadas expresamente para personas drogodependientes; operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una dependencia y suelen estar en zonas aisladas geográficamente. Las comunidades terapéuticas se caracterizan por ofrecer una combinación de *pruebas de realidad* (mediante la confrontación del problema personal con las drogas) y de apoyo para la recuperación prestado por el personal y los compañeros (Comas, 2010).

Según Roldan Intxusta (1991) pueden distinguirse dos grandes tipos de Comunidades terapéuticas. Por un lado el *modelo democrático* de CT, donde cada paciente que ingresa asume un compromiso para colaborar, no solamente con su propia recuperación, sino también con la del resto de los miembros de la comunidad. Por otra parte las *CT conductuales*, nacidas en Estados Unidos, donde los cambios de conducta se fomentan sobre todo por la fortaleza de los grupos. A grandes rasgos las diferencias entre las CCTT democráticas y conductuales, son enormes; sin

embargo, recientemente ha habido una mayor comprensión de las dos formas de tratamiento, debido a los intercambios culturales, formando la dinámica de una manera ecléctica

En el modelo democrático, la necesidad de sobreponerse a nuevos desafíos y acontecimientos obliga a replantear formas de manejo y trabajo terapéutico para que la CT represente realmente para el paciente con trastornos por abuso de sustancia libertad, solidaridad y crecimiento personal dentro de un contexto de igualdad y libre participación. En la articulación de la CT hay que trabajar fundamentalmente en equipo, y para que ese trabajo resulte efectivo los organigramas jerárquicos resultan poco eficaces. Por el contrario es necesario unificar criterios y definir objetivos comunes, que den cuenta de la coherencia interna del equipo (Goti & otros, 1993).

2.2.2 La Comunidad Terapéutica como estrategia global

En el sistema de salud argentino, la CT es la modalidad de abordaje de mayor complejidad para el tratamiento de las adicciones. Está destinada a pacientes en situación de crisis y para aquellos que, debido a la prolongación y compulsividad de la adicción, difícilmente lograrían resultados exitosos con tratamientos de otra naturaleza (ambulatorio, hospital de día, etc.). Esta modalidad de tratamiento se caracteriza por pacientes cuya severidad de adicción y falta de recursos familiares y comunitarios, son inadecuados para que el paciente sostenga la sobriedad (Zaffaroni et al., 2010).

La metodología de la CT se caracteriza por una serie de rasgos y componentes. En primer lugar se trata de un centro residencial, en el cual los pacientes en tratamiento residen de forma continua con miembros del equipo técnico. Aunque el equipo terapéutico muchas veces no reside en la CT, a toda hora, durante las 24 hs de los 7 días de la semana al menos un integrante del equipo está presente. La finalidad de esta presencia permanente del equipo en la comunidad no es controlar a los residentes, sino formar parte del desarrollo de las tareas técnicas continuamente (Roldán Intxusta, 1991).

A diferencia de otras modalidades para el tratamiento por abuso de sustancias, en las comunidades terapéuticas, la vida comunitaria en sí misma funciona como medio terapéutico. Es

decir, el régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales. La interacción entre estas actividades educativas, terapéuticas y sociales, constituye la esencia de la comunidad como agente terapéutico. Asimismo el modelo de comunidad terapéutica en la rehabilitación del abuso de sustancias se basa en una perspectiva explícita sobre el trastorno adictivo, el paciente, el proceso de recuperación y el modo de vida correcto y saludable. Esta perspectiva modela la estructura de la organización, el personal y el proceso de tratamiento (Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999).

Es de suma importancia aclarar que la permanencia en la institución tiene una duración determinada, la evaluación por la cual se decide cuál será queda a cargo del equipo técnico. En general se considera que los periodos de estancia demasiado largos son contraproducentes y el objetivo gradual del tratamiento es, finalmente, que los pacientes puedan continuar su vida fuera de la institución, insertándose en todas las áreas en las cuales deban socializar, manteniendo siempre hábitos de cuidado para evitar situaciones de riesgo. Más allá de esta regla general, cada tratamiento cuenta con características que no son comunes para todos los pacientes. El equipo terapéutico debe definirlos de antemano, incluyendo criterios temporales para el tratamiento, o bien estableciendo plazos en función del logro de ciertos objetivos, para los cuales es necesario siempre plantear un límite temporal máximo. Cabe destacar que el compromiso del paciente en el tratamiento juega un rol extremadamente importante, y por eso cada decisión en cuanto al tratamiento no sólo está sujeta a la evaluación del equipo, sino que debe tomar en consideración la idiosincrasia del paciente.

Con el objetivo de la reinserción social en primer plano, la vida en una Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir condiciones similares a las de la vida cotidiana real. Para ello técnicos y residentes cumplen roles reales que se ponen en juego en distintos tipos de interacciones, generando oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, es decir de herramientas que les resultarán útiles para la vida fuera de la CT. Esta reproducción de la vida social en el marco de un cierto control, se combina con el trabajo en los diversos grupos terapéuticos, con las terapias individuales y los procedimientos educativos, creando una fuerte

sinergia. De esta manera aumenta la densidad de las relaciones sociales, los procesos de aprendizaje, el efecto de las intervenciones terapéuticas y del control informal, optimizando el rendimiento de cada una de las intervenciones (Comas, 2010).

Aunque el ingreso a la CT tiene como primer objetivo la desintoxicación del adicto, el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo fuera de la Comunidad, que ofrezca un marco más favorable para un adecuado control de los impulsos. Los residentes de la CT no son sujetos pasivos al cuidado del grupo terapéutico o ayuda profesional, sino por el contrario realizan tareas de limpieza, en sus habitaciones y espacios comunes, como también cronogramas para cocinar y contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los ingresantes más recientes a integrarse (Comas, 2010).

De esta manera, en la mayoría de las comunidades, profesionales de la salud y ex-adictos se desempeñan conjuntamente, dando lugar a un trabajo interdisciplinario. Los gestores de estas comunidades deben estar en condiciones de capacitar, tomar decisiones, informar y asesorar. La función de una comunidad terapéutica no es sólo de tratamiento, sino también de prevención (Roldán Intxusta, 1991).

2.2.3 Intervenciones y estrategias

Además del rol que juega la vida comunitaria en sí misma, las CT incorporan estrategias terapéuticas formales tomadas tanto del tratamiento psiquiátrico como de modelos terapéuticos diversos, que se definen en la mayoría de los casos por la orientación teórica de los profesionales a cargo. Las más comúnmente utilizadas provienen de la terapia cognitivo-conductual, la familiar sistémica, el psicoanálisis, psicodrama, y la Gestalt (Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999).

El modelo de intervención define las estrategias como aquellas líneas de pensamiento que ordenan las actuaciones del terapeuta orientándolas hacia un fin. Lo estratégico corresponde al nexo entre la definición de un fin y la forma de dirigirnos a él. Se trata, por lo tanto, de una

actividad consciente y calculada del terapeuta, aunque tales elementos de cálculo y racionalidad hayan sido criticados como elementos básicos del quehacer estratégico (Crow, 1989).

En las últimas décadas se ha cuestionado la efectividad de las psicoterapias en el abordaje de las adicciones, lo que plantea la necesidad de avanzar en la comprensión del cambio psicológico que es necesario lograr para la recuperación de los adictos, con el fin de mejorar la práctica clínica. En este contexto, uno de los factores que se consideran críticos para la eficacia de los tratamientos terapéuticos es la alianza terapéutica, es decir la relación que se establece entre la persona adicta y el terapeuta (Molina, 2011, citado en del Pilar Murcia & Orejuela, 2014).

Siguiendo a Molina (2011) en el marco de las CT, debe atenderse a tres aspectos fundamentales: en primer lugar la confianza y el respeto, deben ser la base de la relación que se establezca entre paciente y terapeuta; por otra parte, es fundamental el conocimiento acerca de las capacidades y las aptitudes del profesional, y el tercer aspecto clave es la relación que debe existir entre distancia terapéutica y adhesión al tratamiento.

La cuestión de la distancia terapéutica es particularmente relevante en el caso del tratamiento de adicciones en el marco de una CT. La convivencia en el marco de la comunidad implica un contacto mucho más intenso que cuando se trata de una psicoterapia habitual, o incluso más que en el tratamiento ambulatorio de las adicciones. En este sentido se corre el riesgo de recurrir a la distancia terapéutica como una forma de evitar la puesta en juego de las emociones del terapeuta, apeándose a la planificación del tratamiento y manteniendo las formas rigurosamente. Sin llegar a este extremo, es necesario ser lo más claro, directo y honesto posible con el paciente, procurando siempre transmitir confianza en los propios recursos del paciente y manteniendo el foco en el objetivo último del tratamiento, que es la autonomía del paciente (Molina Fernández, 2011)

La motivación es un factor que influye en la efectividad del tratamiento de las adicciones. Tanto la necesaria para iniciar y continuar sosteniendo el tratamiento, como para encarar un proceso de cambio, siendo éste un concepto clave para el abordaje psicológico. La *terapia centrada en el cliente*, supone que el terapeuta seleccione las estrategias de intervención más

adecuadas según el estadio de cambio en el cual se encuentre el paciente. De esta manera, la terapia motivacional trabaja dentro del tratamiento junto con el paciente para la identificación de los problemas e incrementando la motivación hacia la búsqueda de soluciones específicas a esos problemas. Esto siempre debe implicar el punto de vista del paciente, tratando de llegar a un acuerdo concertado. Este tipo de intervenciones son útiles para incrementar la participación y adherencia al tratamiento, sin considerarse excluyentes del abordaje total del mismo (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

La relación directa postulada entre las necesidades personales del paciente y la motivación para llevar adelante el tratamiento permiten enunciar dos principios a seguir para mantener la motivación. El primero sostiene que la estrategia en la cual se base el tratamiento debe considerar las múltiples necesidades del paciente, y no solamente el abuso de drogas. El segundo establece que hay que mantener un seguimiento permanente del tratamiento para modificarlo en el caso en que no se ajuste a las necesidades de cambio de la persona. Las intervenciones orientadas a cambiar la conducta problemática deberán enfocarse en las contingencias asociadas con el consumo, entendiendo que se trata de un fenómeno multideterminado. Entre los múltiples factores que forman parte de esas contingencias son importantes el reconocimiento social, las relaciones afectivas y el acceso a recursos económicos. En este sentido, la estrategia terapéutica orientada a la reinserción social debe considerar el acompañamiento del paciente centrándose en la persona y no en el consumo. Esta estrategia deberá adaptarse al ritmo de los procesos de cambio de la propia persona, evaluando los distintos momentos que se pueden dar en este proceso (Iglesias et al., 2008).

Para que el paciente logre resultados y se produzca un cambio positivo es preciso que se den al menos tres cosas: que el paciente reconozca la necesidad de cambio, algo que requiere también de la intervención del profesional; que pueda ver una alternativa a la vida que ha llevado hasta el momento; y que pueda contar con las capacidades personales y elementos de apoyo necesarios (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

Otros aspectos sobre los cuales se trabaja en el marco de la CT son el auto-control, en particular el control de los impulsos, la expresión de la afectividad y el manejo de las emociones,

que involucra a los anteriores (Comas, 2010). El control de los impulsos en particular es de gran importancia, considerando que pueden disparar el deseo irrefrenable de consumo (Beck et al., 1999). El manejo del estrés y de la expresión de las emociones aparecen como herramientas de intervención psicológicas de gran importancia en el marco de una estrategia que incluya el auto control entre sus objetivos, ya que permite reducir la vulnerabilidad del paciente a la activación automática de las rutinas de consumo (Castillo & Bilbao, 2008).

La expresión de las emociones por parte del paciente es un punto de partida para identificar aquellas que están relacionadas con el impulso a consumir. Una vez identificadas, el terapeuta determinará la estrategia a implementar para controlarlas y evitar que lleven a aquel, pudiendo elegir entre distintas herramientas de intervención entre las que se encuentran las basadas en la TCC tales como detención del pensamiento, técnicas de distracción, de relajación, control y programación de actividades, desensibilización sistemática y otras (González Salazar, 2009).

Todas las herramientas de intervención mencionadas cobran sentido en el marco de la estrategia global de la CT, fundamentalmente orientada a preparar al paciente para la vida en sociedad. Por esta razón, cuando se trabaja para la inserción social de pacientes adictos, las intervenciones no deben limitarse a la superación del consumo y sus efectos, sino que es indispensable abordar y gestionar todos los elementos posibles de las interacciones sociales que se producen en las distintas áreas o espacios de convivencia en que participará (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

3 Metodología

3.1 Tipo de estudio

Para el presente trabajo se empleó un diseño cualitativo, de tipo descriptivo aplicado a un caso clínico con observaciones anteriores al cambio a fase Residencial y un seguimiento posterior del caso para evaluar las herramientas adquiridas y el uso de estrategias aprendidas.

3.2 Participante

Unidad de análisis: un caso, P.

El paciente se denominará P. Emplearemos un nombre ficticio, con el fin de preservar la identidad y confidencialidad del mismo.

P ingresa en la comunidad a principios del 2014. Es su tercer tratamiento por adicciones. No cuenta con antecedentes o causas legales en proceso. Comienza a consumir cocaína a los 20 años de edad, conjuntamente al grupo con el cual trabaja. El paciente robaba artículos de su lugar de trabajo para luego vender, y con ese dinero comprar la sustancia. El paciente consumía diariamente cocaína, y también consumía grandes cantidades de alcohol para disminuir los síntomas de la cocaína.

El diagnóstico presuntivo fue de trastorno relacionado con sustancias y dependencia a estupefacientes. Se le indicó realizar un tratamiento bajo la modalidad de internación en Comunidad Terapéutica, seguido de tratamiento psiquiátrico y clínico: individual y grupal.

P cuenta con su mujer y su hijo. Construyó su vivienda junto a su familia en el fondo del terreno de la casa materna. Ningún integrante de su familia se encuentra comprometido con dicha problemática. Es de suma importancia mencionar que tanto su mujer, como su mamá, forman parte del tratamiento. Cumplen con los grupos de esposas y grupo para padres y madres.

Este compromiso se manifiesta en la colaboración familiar para buscar soluciones a los problemas que surgen en el proceso de recuperación y para poner en práctica lo trabajado en los

distintos grupos terapéuticos. Resulta muy significativo para dar curso a un buen proceso, ya que el apoyo y contención que brinda su familia da lugar a un mayor compromiso de P a la hora de sostener el tratamiento.

3.3 *Instrumentos*

Se utilizó la observación no participante del paciente durante su terapia en los diferentes grupos y participante durante el intercambio con otros miembros de la CT, en espacios comunes de la institución.

Con acceso a su historia clínica y registros tanto diarios como de salidas de fin de semana, incluyendo los informes mensuales de su terapia individual, grupal y los semanales realizados por los terapeutas de los grupos de familiares, esposas y madres.

3.4 *Procedimiento:*

A partir de lo observado en los distintos espacios se elaboraron notas que luego se cruzaron con lo registrado en la historia clínica del paciente, en los registros que la institución realiza de las situaciones que surgen en la convivencia que plantea la CT y en la información acerca de las salidas y actividades del paciente fuera de la comunidad. Con todo el material reunido por estos medios se aplicó un análisis de contenido focalizado en los objetivos específicos planteados para el trabajo.

4 Desarrollo

La comunidad terapéutica objeto de este trabajo se encuentra ubicada en un centro urbano en zona norte de la provincia de Bs As.

El presente trabajo comprende dos etapas o fases de análisis.

La primera etapa o Fase Inicial del tratamiento, contempla la participación de los pacientes en dos grupos, que llamaremos: Grupo Estático y Grupo de Sentimientos. La etapa superior se denomina Fase Residencial y se desarrolla en el grupo Residencial.

El equipo interdisciplinario que lleva adelante los tratamientos está integrado por operadores técnicos, psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras. En las reuniones de equipo, que se llevan a cabo una vez por semana, por el término de 3 hs, participan todos, incluso los profesionales de grupos ambulatorios.

Es de esta manera, implicados todos en la construcción del tratamiento, que se llega a una meta en común, evitando incongruencias, fortaleciendo el trabajo en equipo y aunando criterios a aplicar. Cada uno de los profesionales que integran la CT es consciente de la importancia de esta consigna en los tratamientos.

Las técnicas implementadas por el equipo terapéutico son consensuadas, las reuniones de equipo se desarrollan de manera organizada. Uno de los integrantes del equipo, por propia voluntad, lleva un registro en un cuaderno común, de todas las intervenciones e indicaciones que se realizan a cada paciente.

Cada paciente ingresa al tratamiento con síntomas distintos, por tal motivo hay que realizar una evaluación completa para definir las características del abordaje. En un primer momento se realizan estudios médicos e interconsultas con psiquiatras. Es de suma importancia contar con un diagnóstico médico de enfermedades por transmisión sexual, o propias del excesivo consumo.

El orden dentro de la comunidad es fundamental, como también lo es que el equipo terapéutico mantenga la misma postura y no haya discrepancias ante las intervenciones. El

equipo terapéutico se basa en técnicas comunes reforzando normas comunitarias: dejar de lado actitudes que se suelen tener en la calle: alianzas, ocultamiento, mentiras, manipulaciones, incomodar a terceros. El objetivo es comprometer a cada paciente a respetar a sus pares y a cada integrante que conforma la comunidad terapéutica con la finalidad de desarrollar actitudes propicias para reinsertarse en la vida social. Esto coincide con lo señalado por Comas (2010) como objetivo de la CT: que los pacientes adquieran hábitos de cuidado que puedan trasladar a su desempeño fuera de la institución, en las distintas áreas en las cuales deben socializar.

4.1 Instancia inicial que da comienzo al tratamiento de adicciones: Grupo Estático

El Grupo Estático es el primer grupo terapéutico en el que participan los ingresantes a la comunidad, correspondiendo a la primera etapa de abordaje. Así mismo, concierne a una de las primeras instancias de reconocimiento del problema en cuestión. El objetivo central del grupo inicial es guiar al paciente en una adecuada resolución de los problemas o situaciones que presenten dificultad para él, ayudándolo a plantearse objetivos a corto plazo.

En el momento de ingresar a la CT, como ocurrió con el caso analizado, los pacientes se presentan desorganizados, ansiosos y con una marcada tendencia a conductas impulsivas. Es por tal motivo que se comienza el trabajo brindando recursos para que puedan interiorizar normas comunitarias.

Cada grupo está compuesto por siete pacientes y es liderado por dos profesionales psicólogos y operadores técnicos, que se reúnen dos veces por semana durante una hora y media.

A pesar del formato grupal de los encuentros, la interacción es únicamente con el terapeuta. Por tal motivo se los denomina grupo estático. En cuanto al proceso terapéutico, esto facilita el ejercicio del control en el turno de la palabra, ya que las frecuentes interrupciones dificultan el cumplimiento de los objetivos (Muñoz., et al. 2012).

La intención del trabajo terapéutico en este grupo es que los pacientes presten atención a las cuestiones que plantean los demás participantes en cuanto al conflicto planteado y la intervención del profesional. La idea es que de esta manera aprendan de la experiencia del resto

y puedan incorporar formas de afrontar la enfermedad que les ayude a estructurar su propio pensamiento.

En el caso de P, este tratamiento no pertenece a su primera experiencia en cuanto a tratamiento de adicciones con internación, por el contrario corresponde a su tercer tratamiento. A pesar de cierta ansiedad inicial, P se presenta con relativa comodidad ante las normas comunitarias, e incluso, probablemente por sus experiencias anteriores, muestra cierto conocimiento sobre las reglas formales de la CT. Dada esta experiencia acumulada P se presenta ante sus compañeros con cierta superioridad.

En esta instancia del tratamiento se comienza a definir el marco de abordaje y a establecer las reglas de la convivencia dentro de la comunidad. Los profesionales a cargo intervienen ante la problemática planteada con la intención de recabar información y generar estrategias de afrontamiento. A partir de esta información se proveerán herramientas para enfrentar la frustración y la presión a las que se sienten sometidos los pacientes en las distintas áreas de su vida. Siguiendo a Beck et al. (1999) este inicio tiene como finalidad identificar aquellas cuestiones que resultan problemáticas para el paciente, confiando en que en la medida en que este consiga mitigar los sentimientos de desilusión y angustia que hasta entonces experimentaba como intolerables, el cambio en el nivel de su experiencia subjetiva de situaciones problemáticas se tornará efectivo al momento de afrontar el impulso de consumir. A su vez, se le da a los pacientes información clara y precisa de las fases del tratamiento introduciéndolos en el uso de las herramientas a aplicar: las cuales son una puesta en práctica, es decir un corte con las actitudes que se mantenían en la calle, anteriores al inicio del tratamiento.

Uno de los puntos de partida para el cambio en cuanto a las actitudes es que los pacientes puedan reconocer que cualquier decisión que tomen tiene consecuencias. Por ejemplo, si hubo un conflicto con un integrante de la comunidad, se incentiva a que se pueda dar lugar al intercambio de pensamientos, y que de manera responsable se pueda liberar la tensión provocada con el fin de sostener una buena resolución al problema.

En este marco, los recursos terapéuticos que se ofrecen en la CT están principalmente orientados a mejorar las interacciones entre los miembros de la comunidad. Como resultado del trabajo en los grupos estáticos, los pacientes se interiorizan de las historias personales de sus compañeros y escuchan las devoluciones del terapeuta. De este modo, obtienen información útil que utilizarán interactuando en los espacios comunes. Es en esos momentos que comparten allí cuando tienen la oportunidad de empatizar y aprender uno del otro, aportando ideas, cuestionándose y, en definitiva, colaborando en el sostenimiento del tratamiento de sus compañeros.

Una de las cosas que los profesionales les remarcan es que no se puede vencer a la enfermedad solo. Incluso si alguien puede creer que es capaz de conseguir mantener la abstinencia por su cuenta, es fundamental que adquiera los recursos terapéuticos necesarios para sostener habilidades sociales y mantener vínculos sanos. Esto, que en principio se pone en juego dentro de la comunidad, es una preparación para la vida futura fuera de ella. A pesar de lo señalado en cuanto a cierta postura de superioridad respecto de sus compañeros, P se mostró implicado en intercambios con ellos e incluso llevó cuestiones a las reuniones del grupo que demostraban un interés real en el tratamiento.

Una de las cosas sobre las que se trabaja en el grupo es sobre la comunicación. Sin llegar a constituir un entrenamiento en habilidades de comunicación, se brinda información oportunamente sobre las formas adecuadas e inadecuadas de comunicarse, discutiendo incluso algunas posibles creencias disfuncionales implicadas, como por ejemplo, la idea de que el compañero *debería darse cuenta de esto sin necesidad de decírselo*. Cuando surgieron cuestiones de este tipo el equipo intentó transmitir la idea de que siempre es necesario hablar para despejar los posibles malos entendidos, destacando que no es una buena forma de comunicarse el suponer una mala intención en alguien que no entiende lo que estamos pasando en un primer contacto.

Con respecto a estos posibles problemas de comunicación, uno de los recursos utilizados por la comunidad terapéutica es una herramienta denominada Blanqueo. Consiste en comunicar al

equipo terapéutico cualquier incumplimiento de las normas por parte del paciente o un compañero. Se basa en considerar que informar sobre infracciones a las normas es una forma de cuidarse y cuidar al otro, demostrando tener conciencia sobre las consecuencias de cada acción y un interés real por frenar la impulsividad. Cabe aclarar que es la herramienta más resistida por muchos de los pacientes, ya que debido a los códigos a los que están acostumbrados es percibida como algo negativo, asociado a la imagen de *buchonear* a un compañero. Justamente, la intención detrás de esta herramienta es cortar con los códigos callejeros, donde el silencio, el ocultar y aislarse llevan a situaciones similares a las vividas y donde las consecuencias son justamente las que se quiere evitar.

Incluso en el contexto de la comunidad puede ocurrir que los pacientes guarden secretos sobre prácticas no permitidas y que desarrollen conductas de alianzas con el fin de mantenerse fuera de las normas. La intención de esta herramienta es justamente que comprendan que ocultar y generar alianzas no es una actitud positiva fomentada por la institución. Por el contrario ocultar y complotar conlleva a poner en riesgo el tratamiento. Si un compañero tiene una recaída y ocultó información al equipo terapéutico, su tratamiento se pone en riesgo; y ante la eventual recaída dicho comportamiento puede arrastrar al compañero. En más de una oportunidad P recurrió al Blanqueo para aclarar una situación que estaba provocando problemas entre los pacientes, ya que había una división entre aquellos que estaban en contra de las violaciones a las normas y quienes los acusaban de *vigilantes*, aunque los primeros no se animaban a dar el paso de plantear el problema dentro del grupo.

Frente a este tipo de situaciones es importante que los pacientes entiendan que los únicos perjudicados son ellos mismos, ya que cualquier violación de las normas termina impactando sobre el tratamiento y disminuyendo su efectividad. Por otra parte, se les transmite que la energía que requiere el ocultar este tipo de infracciones se resta de la necesaria para cumplir con el tratamiento. Es de esta manera que Comas (2010) plantea que el principio del modelo de CT establece que la implicancia del paciente en el tratamiento juega un rol extremadamente importante, y que toda decisión que tome, aunque pueda parecerle una decisión meramente personal, influye sobre los resultados del mismo.

Otro de los recursos que se implementa se denomina *respetarse*, y corresponde a una herramienta que permite a los pacientes comunicar sentimientos negativos o positivos que le genera alguna situación, sea presente o pasada. Se lleva a cabo entre los implicados, en cualquier momento, dentro de la comunidad.

El objetivo es que el paciente pueda registrar un sentimiento negativo en relación con alguna situación vivida en la interacción con otros, verbalizarlo y reconocer ante el otro significativo qué conducta o actitud fue la que provocó ese sentimiento, dándose la oportunidad de aclarar la situación, para mitigar sentimientos de desagrado o malestar. Esta herramienta se implementa adecuadamente en el marco del modelo de la Comunidad Terapéutica, según Roldán Intxusta (1991), quien sostiene que la CT intenta replicar una sociedad en miniatura apostando a que los residentes y los miembros del equipo terapéutico reconozcan y respeten sus respectivos roles así como las normas de convivencia, todo ello con el objetivo de facilitar la transición del paciente hacia la vida en sociedad.

Este recurso se pone en práctica dentro de los distintos espacios de la comunidad y se trabaja sobre ella en los grupos terapéuticos y en la terapia individual, con el fin que el paciente pueda utilizar el recurso en otros ámbitos tales como el familiar o laboral. En ningún caso se anima al paciente a recurrir a esta herramienta sin previo análisis, para evitar que se convierta en una forma de ataque a alguien por cuestiones que no tienen que ver con el tratamiento, sino que son más personales.

Una cuestión que merece destacarse de esta herramienta, en relación con el abordaje cognitivo conductual de las adicciones, es que en primer lugar el paciente debe ser capaz de reconocer su sentimiento, registrar dónde y cómo se originó y pensar en qué fue lo que se dijo en la situación en cuestión. Según Beck et al. (1999) esto funciona como un filtro para evitar la prevalencia de sentimientos negativos que el paciente no pueda controlar, lo que se expresa típicamente en la frase *no puedo soportar esta sensación*. La persistencia en este tipo de pensamiento lo llevaría a ceder ante su deseo de consumir como modo de mitigar la pérdida.

Además de las posibilidades de aclarar conflictos entre los pacientes que ofrece una herramienta de este tipo, el equipo destaca la importancia de que los sentimientos negativos se trabajen en terapia, para evitar las conductas impulsivas y espontáneas. Sin embargo, esto no significa que el paciente no pueda tomar sus propias decisiones ante un evento que lo incomodó; por el contrario, siempre se lo invita a trabajar con esa incomodidad, meditar sobre su primera reacción y llegar a tomar la mejor decisión contando con el acompañamiento terapéutico adecuado. Tampoco se trata de indicar unilateralmente cómo se debe actuar, al contrario, el objetivo es que el paciente sea capaz mediante el trabajo dentro del tratamiento de mantener y sostener una forma de pensar adecuada y funcional, reconociendo que todos sus actos tienen consecuencias. En este sentido, Beck et al., (1999) sostiene que se busca ayudar a los pacientes a hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, iniciando un cambio significativo hacia un estilo de vida nuevo.

En el trabajo orientado a lograr que los pacientes realicen estos cambios están involucrados todos los miembros de la CT. Si un paciente se encuentra vulnerable sabe que debe pedir ayuda al equipo para que intervenga, pero también se los anima a utilizar las herramientas para ayudar a un compañero cuando se detecta que está muy angustiado y con deseos de consumir. Por este motivo, es de suma importancia no aislarse sino, por el contrario, compartir actividades con los compañeros, estando atentos para brindar ayuda si es necesario. En el caso de P se produjo una situación de desborde frente a un episodio que estaba referido a un compañero de la comunidad con quien tenía mayor afinidad. Este paciente no concurrió como debía a presentarse a su tratamiento. Ante la falta de noticias la CT dio aviso a sus familiares y notificó a la policía, de acuerdo a los procedimientos legales. En la reunión de grupo terapéutico de P, se informó que un integrante de la comunidad había tenido una recaída y decidido abandonar el tratamiento. Frente a esta noticia P tuvo un desborde emocional y manifestó una gran frustración. El terapeuta lo incentivó a hablar de sus sentimientos y explicar el motivo de su afectación. P manifestó un profundo sentimiento de culpa, debido a que estaba al tanto de la situación de su compañero, de su deseo de consumir y de sus actividades ilícitas en su trabajo. P nunca se había animado a informar dicha situación al staff, y ahora sentía que esta manera de actuar le quitó a su

compañero la posibilidad de meditar y recibir ayuda. Esta presión y angustia ocasionada por la culpa y la pérdida del compañero, colocó a P en una situación de gran vulnerabilidad, no solo porque no informó a tiempo, utilizando la herramienta blanqueo, sino que se enfrentó nuevamente a su propia dificultad en cuanto a su deseo de consumo. Esto es lo que más lo angustiaba, el pensar en que no había actuado frente al problema de su compañero porque de alguna manera se sentía identificado con su deseo irrefrenable de consumir.

Frente a esta situación el grupo de profesionales puso en práctica otro de los medios utilizados para evitar recaídas. El fortalecimiento de las llamadas medidas de cuidado. Se trata de que los pacientes comprendan que, para evitar caer sobre la misma situación de consumo, hay que evitar situaciones de riesgo. Las situaciones de riesgo se asocian a decisiones impulsivas, no meditadas, y para evitarlas es de gran utilidad la programación de las actividades.

De acuerdo con los principios sostenidos en la CT., se deben establecer rutinas diarias y evitar toda disrupción, ya que cualquier cambio impulsivo o espontáneo puede implicar un riesgo. Esta programación se aplica especialmente en los casos de las salidas terapéuticas, por ejemplo los fines de semana. Los pacientes deben presentar en estos casos un organigrama estructurado detallando todas sus actividades a realizarse hora por hora. Los terapeutas reciben este material, lo analizan en conjunto durante la reunión semanal de equipo y hacen la devolución correspondiente, que implica aprobación o no de su contenido.

Con respecto a la familia, se incentiva la participación del grupo familiar para ayudar a que el paciente pueda sostener los objetivos del tratamiento, sintiéndose acompañado desde el punto de vista afectivo por su núcleo familiar.

En el caso de P cuenta con su esposa, que participa del grupo de esposas, donde recibe instrucciones precisas de lo permitido o prohibido para el paciente. El equipo consideró como un buen aporte al tratamiento que P participe en algunos de los quehaceres del hogar y así se lo comunicó a su esposa. La familia se constituye en parte de la red de apoyo con la que cuenta, junto con otras fuerzas activas de la comunidad en las que participa. En el caso de P, decidió integrarse a un grupo religioso, que resultó útil porque amplió su grupo de pertenencia, y le

permitió frecuentar un ambiente sano. Incluso a partir de la integración en este grupo se fomentaron actividades para la familia en general.

Es de suma importancia la participación de la familia en el tratamiento. Evitar la existencia de alcohol en el hogar, ya que muchas veces es la vía hacia la recaída. Inicia con el consumo de alcohol, después del cual el individuo no puede actuar adecuadamente para resistirse a las ganas de consumir. La familia participa del cumplimiento de esta medida, ayudando al paciente a sostenerla día a día.

Otra de las medidas de cuidado que se propician en la CT tiene que ver con cortar el contacto con el pasado, esto implica en términos prácticos no pasar por los lugares habituales de consumo, lugares donde compraba la sustancia, ni por las antiguas paradas, es decir, donde pasaba la gran parte del tiempo consumiendo con la pandilla o grupo de pertenencia. P fue particularmente correcto en cuanto al cumplimiento de esta medida, aunque puede decirse que en este caso el principal lugar de riesgo para él era su trabajo, algo que mereció un tratamiento particular al cuál se hará referencia más adelante.

Podemos decir que el pase a una etapa superior del tratamiento implica la capacidad de abandonar la dependencia, no sólo con respecto a la sustancia sino también en las relaciones. Para eso P debió comenzar a establecer vínculos que le permitieran desde la autonomía recuperar a su familia y construir una red social positiva, dejando de lado el círculo de consumo. Para ello fue importante que incorporara formas apropiadas de resolver los conflictos que pudieran presentarse y, fundamentalmente, diseñar un proyecto de vida con metas posibles y con alcance real. Estos objetivos se profundizan en la etapa residencial, donde el paciente debe reincorporarse a su trabajo, lo que el equipo sabía que sería difícil, ya que ése había sido el ámbito en el que P consumía con algunos de sus compañeros. Iba a ser necesario que el paciente estuviera constantemente en alerta para controlar sus sentimientos frente a las presiones que podían aparecer en todo momento.

4.2 Instancia inicial que da comienzo al tratamiento de adicciones: Grupo de sentimientos

El grupo de sentimientos se realiza una vez por semana los días lunes de 15 a 17 hs. Es un grupo donde se encuentran todos los miembros de la CT. El objetivo del grupo es fomentar que los pacientes compartan con los demás participantes sus estados de ánimo y, principalmente, que cada uno pueda llevar un registro de sus altibajos, identificando qué situación disparó su malestar o bienestar.

Como principal instrumento se utiliza una urna donde los pacientes pueden depositar en cualquier momento de la semana una nota donde consta el sentimiento agradable o de desagrado que hayan experimentado con respecto a cualquier otro miembro de la comunidad.

Como punto de partida se les pide a los participantes que deben tener un registro mínimo de veinte sentimientos en total. El registro funciona como una herramienta para la toma de conciencia con la finalidad de desplegar una acción sobre ese estado que se logra identificar.

Esto resulta de gran importancia en el tratamiento de las adicciones, según Beck et al., (1999), ya que un problema en esta población es la presión que sentimientos de angustia y desilusión ejercen sobre las personas y que, en la medida en que se vuelven intolerables, desembocan en el consumo como medida de escape.

El equipo terapéutico abre la urna los días lunes y se realiza un conteo de cuántos registros de sentimientos hay por paciente. Para iniciar el trabajo, el grupo se dispone formando un círculo. Psicólogos, operadores y pacientes, sin un orden reglado, se disponen mezclados en las sillas y bancos. Cada participante informa primero el sentimiento, y luego a quien va dirigido.

Este modo de trabajo es útil en un doble sentido, en primer lugar permite al paciente registrar sus estados de ánimo y aprender a controlarlos, pero además brinda información a los profesionales y a sus compañeros para que puedan reaccionar a tiempo al detectar situaciones que en un paciente determinado podrían conducir a una posible recaída.

Los profesionales que lo trataban tenían especialmente en cuenta que Pablo había pasado por dos instancias de internación anteriores que habían resultado fallidas. Por lo tanto se focalizó el

trabajo en ayudarlo a no perder de vista sus objetivos y a vigilar sus sentimientos, transmitiéndole la idea de que su experiencia anterior tenía el valor de un aprendizaje. De esta manera se trataba de evitar que la valoración de sus internaciones anteriores como fracasos despertara sentimientos que trabaran el trabajo terapéutico.

Sabiendo que el desequilibrio emocional genera conductas impulsivas y puede desembocar en el consumo, se trabaja con los sentimientos asociados a las ganas de consumir que experimentan los pacientes en los primeros tiempos de su abstinencia. Se trata de determinar en cada caso qué situación disparó qué tipo de emociones que llevaron a activar las ansias de consumir. Para eso es necesario el compromiso del paciente para tomar conciencia de sus sentimientos y exponerlos para el trabajo terapéutico, ya que éste se vuelve imposible cuando el paciente se niega a pedir ayuda o directamente se refugia en la negación.

Abandonar la negación puede relacionarse con lo señalado por López (2006) en cuanto a la necesidad de que el paciente modifique su relación con la realidad de la adicción, tomando frente a ella una posición distinta que le permita superar el problema en lugar de refugiarse en actitudes defensivas. Este cambio de actitud del paciente es especialmente necesario cuando se trata de enfrentar situaciones que le generan sentimientos negativos y angustia.

Cabe recordar que las personas con un problema de adicción tienden a refugiarse en el consumo de drogas cuando enfrentan situaciones que les hacen perder su sensación de control (Beck, 1999), para evitar que esto suceda será necesario que los pacientes puedan darse el tiempo de pensar y aprendan a utilizar las estrategias de afrontamiento adecuadas frente a situaciones que representen una amenaza para su estabilidad emocional. Esto reduce la probabilidad de recaída en el consumo.

Por otra parte, la importancia del trabajo grupal sobre los sentimientos también está dada por la posibilidad de hablar en buenos términos acerca de esos sentimientos displacenteros con la persona que los provocó. También se le brinda a este último la posibilidad de hacer un descargo, y él mismo tiene la oportunidad de pensar sobre los sentimientos que se pueden generar en los

otros a partir de lo que uno dice o hace. El equipo terapéutico pone énfasis en la relación entre compartir sus sentimientos y brindarse apoyo mutuamente, buscando que los miembros de la comunidad sientan que pueden contar con sus compañeros.

P participaba activamente del grupo de sentimientos y era uno de los que sostenía el funcionamiento de este espacio compartiendo tanto sentimientos negativos como positivos y presentándolos en su relación con el tratamiento. Además de compartir sus sentimientos con sus compañeros se involucraba en la dinámica de intercambio grupal, estando siempre atento a lo que decían sus compañeros y dispuesto a ofrecer su propia palabra. Esto fue considerado por el equipo un avance del paciente en lo que se refiere a la expresión de la afectividad y el manejo de las emociones en la interacción con sus compañeros, aspectos de la recuperación destacados por Comas (2010) como significativos.

Por lo general P no presentaba conflictos importantes con sus compañeros en el grupo de sentimientos, sino que la mayoría de las veces lo que traía tenía que ver con diferencias propias de la convivencia: la falta de cumplimiento de las reglas de orden y limpieza, de los horarios establecidos y demás por el estilo. Durante los intercambios que surgían a partir de ellos se pudo apreciar en Pablo un sentimiento de pertenencia respecto de la comunidad y de auténtica preocupación por el tratamiento de sus compañeros. Siguiendo a Roldan Intxusta (1991) esto se vincula con la importancia que el modelo democrático de CT le otorga a la solidaridad y la libre participación en el trabajo terapéutico, para el crecimiento personal y la recuperación de todos y cada uno de los miembros.

Algo que merece destacarse es que muchos de los sentimientos que P expuso en el grupo se relacionaban con su remordimiento por la forma en que su historia de consumo había afectado negativamente la convivencia familiar y lo había llevado a alejarse de su hijo. Trasladando su experiencia al contexto de la CT, P destacaba la forma en que las actitudes negativas de cualquiera de los miembros afectaban la convivencia en la comunidad y conspiraban contra el tratamiento de todos. Este registro de P resultó muy interesante para el equipo terapéutico, especialmente en la situación que se generó con el abandono del tratamiento de uno de sus

compañeros. Allí pudo exponer sus sentimientos frente a este hecho y su propia relación con el incidente como ejemplo de la forma en que éstos pueden generar conductas contrarias al éxito del tratamiento.

A partir de este hecho y del vínculo de P con sus compañeros el equipo llegó a la conclusión de que P había realizado un cambio importante en la forma en que se percibía a sí mismo y que estaba en condiciones de comenzar a construir un futuro diferente a lo que había sido su historia. Algo que Beck et al. (1999) destacan como un cambio significativo hacia un estilo de vida nuevo.

4.3 Etapa superior del tratamiento de adicciones: Grupo residencial:

Este grupo se forma con los pacientes que, contando con la capacidad necesaria para volver a trabajar, obtienen la autorización por parte del equipo terapéutico para hacerlo. Esta autorización implica pasar de la fase estática hacia la llamada fase residencial, que es el paso previo al tratamiento ambulatorio. A pesar de que los pacientes en esta fase tienen permitidas las salidas para cumplir con sus obligaciones laborales, las libertades con que cuentan están controladas para evitar cualquier situación que pudiera terminar en recaída. En primer lugar, continúa la modalidad de internación, es decir que el paciente todos los días cumple con su horario laboral pero duerme en la comunidad.

La decisión de que un paciente pase de la fase estática a la residencial comprende muchos análisis. Se considera que los pacientes que integran este grupo ya han logrado desarrollar capacidades para enfrentar las dificultades que producen sentimientos negativos como los de culpa, recuperando una mirada optimista con respecto sus objetivos de vida orientados a futuro. También que son capaces de utilizar formas adecuadas de comunicación para transmitir tanto sus sentimientos positivos como los negativos, evitando que estos deriven en respuestas impulsivas.

De acuerdo con el equipo P había dado muestras de estar en el camino de lograr todo esto, a partir de la incorporación de las herramientas provistas por la CT, como el blanqueo y respetarse, pero fundamentalmente por el compromiso que mostraba respecto de su recuperación.

Demostró tener una clara conciencia de la importancia que tenía el mantener la abstinencia para el cambio que estaba encarando en su vida, y mostró una actitud más autónoma, corriéndose del lugar del enfermo para asumir mayor responsabilidad, en principio en las tareas cotidianas dentro de la comunidad y en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de cada grupo.

Compartió momentos en el patio donde acompañó y ayudó a otros pacientes a mantener el foco en momentos de mucha angustia, dando cuenta en este caso de cierta capacidad empática para identificar sentimientos en sus compañeros, comunicarse con ellos y acompañar. Por otra parte, él mismo pidió ayuda en momentos de debilidad demostrando su confianza en el equipo y en los demás miembros de la CT.

P obtuvo uno de los beneficios que se conceden a quienes son mejor evaluados, que es el uso de celular. En este caso se recomienda extremar las medidas de cuidado y usar el teléfono para hablar con la familia, informar a la comunidad de una demora en el regreso por problemas con medios de transporte, o algún inconveniente que pueda estar transitando. Una vez que vuelven a la comunidad deben dejarlo bajo llave, en su locker en la sala del staff. Esta estrategia se enmarca en el manejo de las contingencias, siguiendo a Iglesias et al (2008) algo propio de la terapia cognitivo conductual, que busca actuar a través de reforzadores adecuados a las expectativas y el grado de evolución en el tratamiento de cada paciente.

Las salidas terapéuticas durante ambas fases del tratamiento comprenden actividades de ocio durante el fin de semana y son planificadas con un esquema detallado, con horarios previamente convenidos, debiendo contar con la aprobación de los informes presentados. Durante la etapa residencial el objetivo de estas salidas es generar una mayor organización en la red social del paciente, que se amplíe la misma evitando el aislamiento. La red de apoyo social es de suma importancia cuando el paciente realiza estas actividades, ya que no puede realizarlas sin autorización previa. Para ello el paciente deberá buscar una actividad por fuera de la comunidad, la misma puede ser cualquiera de su interés, pero el equipo debe considerar que las condiciones de esa actividad son favorables para el tratamiento y no suponen riesgos. Desde el equipo terapéutico se destaca que cada paciente debe evaluar la exposición que implican ciertas

actividades y el riesgo que encierran para el tratamiento. Incluso en el marco del grupo se invita a los pacientes a pensar entre todos la conveniencia de las propuestas y de considerar distintas alternativas. Los pacientes opinan sobre la problemática del compañero, y si no lo hacen espontáneamente se les consulta, ¿ustedes que harían? Todos aportan en la consideración de la capacidad del compañero para afrontar situaciones nuevas y en la resolución que le dio a los problemas que le tocó enfrentar.

El criterio de autorización para las actividades consiste en el seguimiento semanal, la asistencia y participación en las reuniones de grupo, y la evaluación de lo propuesto para sus actividades y salidas, dando cuenta que ha internalizado las normas de seguridad evitando la exposición al riesgo. P tuvo aprobación de sus salidas, ya que en sus propuestas, se pudo observar que había tenido en cuenta todo lo trabajado previamente.

Estas salidas tenían que ver con su integración a un grupo religioso en la iglesia del barrio dentro del cual su participación fue positiva y autónoma. Llegó a ese grupo porque mantenía un vínculo personal con el sacerdote, quien había bautizado a su hijo. Desde esta actividad P se encontraba en un ambiente sano y con vínculos que posibilitaban la inclusión de su familia. Su hijo formaba parte del equipo de fútbol y P se ofreció como entrenador.

De acuerdo a los datos de los informes presentados por sus terapeutas, P manifestó desde el inicio del tratamiento su deseo de mantener unida a su familia. Frente a la posibilidad de salir de la comunidad su primer objetivo era pasar más tiempo con ellos. Desde el equipo se le permitió que los viernes saliera del trabajo y fuera a pasar el fin de semana a su casa, con su familia, volviendo a la comunidad el lunes luego de la jornada laboral. Pero se le aconsejó que planificara actividades para compartir con su familia, como la limpieza del hogar, y que mejorara la comunicación con su esposa, estableciendo conversaciones en las que demostrara su compromiso con el vínculo, presentándose como parte del círculo familiar, implicado en la toma de decisiones, y ya no en una posición pasiva como la que tenía anteriormente, cuando se escudaba en su condición de adicto.

La vuelta de P a su casa, con su familia, era parte de una estrategia orientada a aumentar su motivación para avanzar en el tratamiento, lo que responde a lo señalado oportunamente en el marco teórico acerca de la motivación. Cuando se han identificado las cuestiones importantes para el paciente, se instrumentan intervenciones orientadas a reforzar la motivación a partir de un acuerdo concertado en que se tienen en cuenta estos intereses (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

En esta fase P pudo sostener conversaciones con su hijo, guiándolo y ayudándolo con las tareas escolares. Incluso pudo participar en asados familiares, donde volvió a encontrarse con personas que había dejado de ver hacía tiempo. Esto fue posible haciendo uso de las medidas de cuidado, para lo cual contó con la colaboración de sus familiares. Por ejemplo, si bien éstos no dejaron de tomar una copa de vino durante el asado, una vez que hubo terminado no dejaron nada de alcohol en la casa. De esta manera, P pudo participar de la sobremesa sin sentir angustia por la restricción, por el contrario, se sintió cómodo compartiendo un partido de truco con su hijo, hermanos y tíos. Puede considerarse que esto fue posible gracias a que desde el equipo terapéutico se aportaron recursos específicos para el manejo adecuado de las emociones que demostraron ser aplicables en el contexto de la vida cotidiana para evitar el consumo como alternativa de escape al malestar (Iglesias et al, 2008).

Con respecto a esto último se dio una situación que pudo llevar a una recaída, pero el paciente actuó de acuerdo con lo que se le había recomendado en la comunidad. En una oportunidad P se comunicó con la institución un domingo por la tarde, luego de una fuerte discusión con su esposa. Comunicó que sentía un gran malestar y una profunda sensación de frustración. El terapeuta a cargo indicó, teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad, que pasara la noche en la comunidad, por lo tanto ingresó el domingo a la noche en lugar de quedarse en su casa hasta el lunes. Este claro pedido de ayuda indicó que P había efectivamente incorporado los medios para manejar una situación angustiante, incluso el pedir ayuda y contención cuando se sintiera desbordado.

En el marco del tratamiento, los pacientes pueden mostrar ciertos avances en cuanto a la capacidad para tomar libremente decisiones adecuadas en relación con las sustancias; pero en otros momentos se ponen de manifiesto las limitaciones en el control de la relación con ellas López, (2006). En el caso de P, una recaída hubiera sido considerada un retroceso en el control de sus impulsos y una mala adecuación a situaciones críticas, porque en su entorno no existían condiciones adversas para su recuperación. En un caso así, la recaída en el consumo tendría que ver con la incapacidad para poner en juego las herramientas aprendidas.

Durante la fase residencial el trabajo grupal está orientado a ayudar al paciente a construir un proyecto de vida alternativo fuera de la Comunidad, intentando crear un marco más favorable para un adecuado control de los impulsos (Comas, 2010). El paciente debe estar al menos seis meses en el grupo, donde todos plantean sus problemas y comparten opiniones. Se trata de elaborar desde cuestiones laborales incómodas en cuanto al trato con un compañero o superior hasta la angustia que le puede generar a un paciente volver a la vida social en su condición de adicto en recuperación. En este sentido en los grupos se trabaja con las situaciones problemáticas que se les presentan a los pacientes en su reinserción en el ámbito laboral: presiones, conflictos con los compañeros, manejo de la autoridad, fundamentalmente en la relación que establecen con sus jefes.

En el caso de P, las relaciones laborales fueron un aspecto en el cual el tratamiento puso el foco. P trabajaba como camillero en un centro de salud durante el turno noche y en ese contexto consumía cocaína con sus compañeros. En más de una ocasión robaron artículos de la librería y los vendieron para comprar la sustancia. Considerando que al estar de vuelta en este contexto laboral existían posibilidades de que se le presentaran oportunidades para consumir, en el grupo residencial se reforzó el trabajo con las medidas de cuidado, sobre todo para que pudiera manejar las posibles presiones. Una de las intervenciones que se le marcó fue que debía encontrar una forma de ubicarse en un lugar diferente de su red de trabajo, formar parte del grupo pero no exponerse a situaciones riesgosas para su tratamiento, por ejemplo evitando horas extras prolongando la jornada laboral más allá de lo manejable. También se planteó un cambio en cuanto a su horario de trabajo, que era nocturno y la indicación fue que lo modificase a diurno.

De esta manera se logró lo que fue la primera intención del equipo terapéutico cuando se decidió que P pasara a la fase residencial: evitar el reencuentro con sus antiguos compañeros, con los cuales tenía historia de consumo en común, lo que significaría exponerlo a un contexto que ofrecía un alto riesgo de recaída. P se mostró incómodo al principio y sumamente resistente a esta medida de cuidado, pero luego de conversar con el equipo terapéutico comprendió que, para poder formar parte de la vida de su hijo y acompañarlo en sus actividades, debía trabajar de día y permanecer en la casa por la noche.

En esta misma línea se trabajó para que P, además de ser consciente de su enfermedad, pudiera tomar decisiones que se orientaran hacia el desarrollo de su vida familiar. P había asegurado en varias oportunidades que quería ser parte de la vida de su hijo y de su mujer, quien participaba de los grupos de familiares con perseverancia y compromiso. Ambos estaban juntos desde adolescentes y ella había amenazado con dejarlo muchas veces, ante las reiteradas promesas incumplidas de P, que le juraba que iba a dejar de consumir. Cabe aclarar que el presente no es el primer tratamiento de Pablo, sino que tiene una historia de consumo de más de veinte años. A través del trabajo terapéutico P logró conversar con su hijo y su mujer, algo que antes le costaba mucho, e implicarse en las actividades del hogar llevando a cabo las tareas domésticas. Este tipo de logros refuerzan el sentimiento de autoeficacia, que según la conceptualización de Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2016) es considerado un buen predictor del resultado favorable en el tratamiento.

Resulta claro que el objetivo de un tratamiento de adicción a las drogas debe ser que el paciente sea capaz de ejercer su propia capacidad de decisión ante el consumo, a pesar de, o justamente porque, esta decisión, se encuentra en el centro del conflicto que ocasiona su tendencia al consumo (López, 2006). Pero el desarrollo de esta capacidad individual de decisión sólo es posible a través del trabajo en equipo, fomentando una fluida comunicación entre los miembros de la CT y estableciendo metas a corto y largo plazo. De esta manera es posible sostener y acompañar a cada paciente en la recuperación, sea cual fuere el estado del tratamiento en el que se encuentre, pero fundamentalmente en una fase como la residencial en donde se encuentran expuestos a presiones y tentaciones de consumo de las que habían estado protegidos

durante su fase de internación. En este sentido, la CT, como plantean Llorente del Pozo y Fernández Gómez (1999), con su régimen diario de actividades estructuradas y no estructuradas, y los espacios que ofrece para las interacciones sociales en contextos formales e informales, constituye un marco que otorga sentido a las intervenciones terapéuticas realizadas durante el proceso de tratamiento. La interacción entre los distintos tipos de actividades, educativas, terapéuticas y sociales, constituyen la esencia de la comunidad como agente terapéutico.

5 Conclusión

La experiencia en la Comunidad Terapéutica fue doblemente movilizante, por ser el primer encuentro con el rol de terapeuta y por tratarse de la problemática de adicciones, un trastorno apasionante y de difícil abordaje.

El apoyo y consideración constante de los miembros del equipo terapéutico que acompañó el proceso de este trabajo es destacable, así como la disposición para esclarecer consultas y permitir la participación en actividades como primera entrevista a ingresantes.

El propósito de éste trabajo ha sido plasmar el pasaje de un paciente desde la etapa inicial de internación a la etapa residencial en función de haber adquirido a lo largo de todo el proceso del tratamiento las herramientas necesarias dentro del marco terapéutico que brinda la CT.

Resulta especialmente interesante el trabajo que se lleva a cabo en la comunidad para, una vez superada la etapa de desintoxicación, transitar la deshabitación psicológica con el paciente. Esta es la parte más difícil del tratamiento, ya que la persona tiene internalizado que consumiendo puede sentirse mejor inmediatamente. Se debe tener en cuenta que transcurren pocos segundos entre consumo y efectos, y la persona sabe cómo obtener una gran variedad de drogas disponibles y de fácil acceso. En el caso de Pablo había llegado a robar materiales de su trabajo en complicidad con compañeros que compartían el consumo con él para comprar cocaína.

El desafío está en encontrar la forma adecuada para que la persona pueda incorporar habilidades que le permitan manejar sus sentimientos de manera que pueda sentirse bien sin consumir. En el caso analizado un aspecto clave del tratamiento fue la recuperación de la capacidad de P para ver las cosas positivas que obtiene en su vida a nivel personal, especialmente la relación con su familia. Recuperar el vínculo con su esposa y su hijo se convirtió para él en un objetivo central y fue la fuente principal de motivación que le permitió ir recuperando su salud, su capacidad de trabajar y lo mantuvo alejado de las tentaciones de consumo que en su historia previa lo habían llevado a la ruina económica y a incidentes

policiales y legales. Cabe señalar que su familia, tanto su esposa como su madre participaron activamente de los grupos de familiares y lo ayudaron a sostener sus progresos.

Dada la característica de deterioro para controlar la conducta, las familias de pacientes con problemas de adicción, a menudo los consideran como irresponsables y necesitados de atención y cuidados especiales. De ahí la importancia de incluir a la familia en el proceso de recuperación, para que reciba instrucciones y pueda cambiar su concepto y ver a la persona enferma valorando sus logros y apoyándolos para puedan volver a sentirse aceptadas por la sociedad.

En el marco del abordaje de la CT los pacientes se encuentran con determinados límites que los ayudan a mantener la abstinencia. Integrados en la convivencia con sus compañeros y con el propio equipo, encuentran ejemplos para ser tomados en cuenta y utilizados en el diseño de su propio proyecto de vida, generando decisiones propias y autónomas. P se mantuvo durante todo el tratamiento dentro de las normas de convivencia propuestas por el equipo terapéutico e incluso tuvo participación en la vigilancia de las mismas a través de su relación con el resto de los compañeros. Puede decirse que en cierta medida él fue uno de los que se convirtió en ejemplo de que la recuperación es posible.

Pero, además de este componente global del tratamiento en una CT, las herramientas para el control de los sentimientos, para el desarrollo de habilidades sociales y las medidas de cuidado para minimizar los riesgos de recaída resultaron indispensables para el éxito del tratamiento. P demostró su compromiso con el tratamiento haciendo uso de estas herramientas y respetando las indicaciones en cuanto a las medidas de cuidado aún en los casos en que no estaba totalmente de acuerdo. Esto sucedió por ejemplo cuando en el pasaje a la etapa residencial se le propuso que cambiara de turno en el trabajo. Si bien P no estuvo de acuerdo cuando se lo comunicaron entendió las explicaciones que se le dieron y accedió a lo que se le proponía al comprender que era algo importante para evitar situaciones de riesgo, así como para poder cumplir con su objetivo de reconstruir la armonía familiar.

Limitaciones:

En cuanto a la posibilidad de generalizar los resultados presentados como prueba de la eficacia de un tratamiento de este tipo, se encuentran limitados, dado que se trata de un único caso. Si bien se podría haber realizado la observación de un grupo de participantes, considero válida la experiencia obtenida, dado que cumple con todos los objetivos planteados para este trabajo.

Aporte Personal y Perspectiva Crítica:

Como se señaló anteriormente, el caso analizado es precisamente uno de los que mostró mayor involucramiento con el proceso, un verdadero compromiso con el respeto por las normas de convivencia en la comunidad y una adecuada incorporación de las herramientas allí provistas. Todo esto dio como resultado un pasaje exitoso a la fase superior del tratamiento en adicciones, durante la cual el paciente pudo recomponer el vínculo con su familia e incorporarse a actividades sociales a través de un grupo de parroquia.

El resultado logrado es destacable sobre todo si se considera que la historia de P con su problema de adicción abarcó veinte años de su vida. En dos oportunidades había realizado otros tratamientos sin obtener resultados favorables. Sin embargo tuvo la fuerza de intentar una vez más y esta vez logró recuperarse superando los fracasos anteriores, que de esta manera se convirtieron en una experiencia útil para sostener su adherencia al tratamiento. Como él mismo dijo en una oportunidad, en este último intento decidió *no perder más*.

La incorporación de las herramientas ofrecidas en la CT y el trabajo en los grupos, le permitieron a Pablo desenvolverse en los distintos ámbitos de la vida con mayor autonomía; incorporando formas de pensar que se adecuan a lo socialmente esperado. En su regreso al ámbito laboral, que había sido particularmente problemático, fue capaz de controlar las presiones y mantener una vida saludable, evitando situaciones de riesgo y tomando decisiones adecuadas para no reincidir en conductas pasadas. Pudo generar vínculos sanos, reencontrándose con su familia nuclear y ampliada.

En este marco P fue capaz de cortar con su historia de consumo, logrando un cambio de vida significativo.

6 Referencias bibliográficas:

- APA (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.revisada) (DSM-III-R), Washington, D.C. : American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).
- Beck, A. T., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Castillo, I. I., & Bilbao, N. C. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 1.
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional. *Comunidad y drogas, Monografía, 1*, 11-19.
- Comas, D. (2010). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D. Comas Arnau (Ed.) *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp. 13-41). Madrid: Fundación Atenea.
- del Pilar Murcia, M., & Orejuela, J. J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a spa: una aproximación a su estado del arte. *CES Psicología*, 7(2), 153-172.
- González Salazar, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-7.
- Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Pérez, E. J. P., Hermida, J. R. F., Fernández, L. C., González, M. P. B., ... & Gradolí, V. T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Keegan, E. (2008). Contribuciones del modelo cognitivo al tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. En E. Keegan *Escritos de psicoterapia cognitiva* (pp. 161-171). Buenos Aires: Eudeba.

- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico?. *Psikhe*, 15(1), 67-77.
- Marcos Sierra, J. A. & Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de adicciones. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Molina Fernández, A. J. (2011). ¿Es posible una ética para terapeutas personales dentro de las Comunidades Terapéuticas? *Adicción y Ciencia*, 1(1) [Online] Disponible en http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/12/molina_1_1.pdf
- Muñoz, E., Canales, A., Bados, A. & Saldaña, C. (2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de Psicología*, 42 (2), 259-272.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. (Versión en español). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones.
- Roldán Intxusta, G. (1991). Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas. *Intervención psicosocial*, 1(2). (ONLINE) Disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1992/vol2/arti1.htm>
- Tejedor, R. Raich, A., Martínez, Y., Diez, D. & Durall, E. (2015). Mindfulness en la prevención de recaídas en pacientes con patología dual. *Revista de patología dual*, 2(4), 23-27.
- Zapata Vanegas, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94.
- Luengo M. A., Romero E., Gómez Fraguera J. A. (2010). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. *Proyecto Hombre*, 22-55