

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Trabajo Final de Integración

**Trastorno por consumo de sustancias y la comunidad terapéutica como base del
tratamiento visto desde una perspectiva cognitivo conductual**

Alumno: Arce, Lisandro

Tutora: Gabriela Ramos Mejía

2017

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 DROGAS Y CONSUMO PROBLEMÁTICO.....	4
3.1.1 Trastorno por Consumo de Sustancias.....	5
3.1.2 Abuso de Sustancias y Comorbilidades.....	7
3.1.2.1 Abuso de sustancias y Trastorno Límite de la Personalidad.....	8
3.2 DROGODEPENDENCIAS Y PSICOTERAPIA CONGNITIVO CONDUCTUAL.....	9
3.2.1 Perspectiva cognitivo-conductual de las drogodependencias.....	10
3.2.1.1 Aprendizaje Social y Consumo de Sustancias.....	11
3.2.2 Abordaje cognitivo-conductual de las drogodependencias.....	14
3.2.2.1 Técnicas cognitivas.....	15
3.2.2.2 Técnicas conductuales.....	16
3.2.2.3 Programas de tratamiento.....	17
3.2.2.3.1 Prevención de Recaídas.....	17
3.2.2.3.2 Motivación para el Cambio.....	19
3.3 LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN DROGODEPENDENCIAS.....	20
3.3.1 Proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica.....	21
3.3.1.1 Etapa de inducción.....	21
3.3.1.2 Etapa de tratamiento primario.....	22
3.3.1.3 Reingreso.....	22
3.3.1.4 Graduación.....	24
3.3.2 La Importancia de los Grupos en la comunidad.....	24
4. MÉTODOS	28
4.1 Tipo de Estudio.....	28
4.2 Participantes.....	28
4.3 Instrumentos.....	28
4.4 Procedimiento.....	29
5. DESARROLLO	29
5.1 Sintomatología, comorbilidad y funcionamiento general de la paciente con trastorno por consumo de sustancias al inicio del tratamiento.....	30
5.2 Intervenciones realizadas a la paciente dentro de la comunidad terapéutica.....	34
5.2.1 Programa de tratamiento de la comunidad terapéutica.....	34
5.2.2 Intervenciones.....	36
5.2.2.1 Fase de inducción.....	37
5.2.2.2 Tratamiento primario.....	41
5.3 Evolución del cuadro de la paciente después de tres meses de tratamiento.....	43
6. CONCLUSIONES	45
7. REFERENCIAS	52

1. Introducción

En el presente trabajo se realizó la descripción del caso de una paciente en tratamiento de internación por motivo de abuso de sustancias en una comunidad terapéutica, a partir de la experiencia obtenida de la pasantía realizada en dicha comunidad, como requisito de la materia “Práctica de Habilitación Profesional V” de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

La práctica de habilitación profesional se llevó a cabo en una institución comunitaria donde se trabaja con sujetos con problemáticas de drogodependencias. El programa es dirigido por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud mental, donde cuentan con psicólogos, operadores socio-terapéuticos y psiquiatras. Se realizan tanto, tratamientos ambulatorios, centro de día y con especial foco de trabajo en la internación, extendiéndose, sus actividades, tanto al grupo familiar como a la red primaria del paciente.

La práctica profesional constó de 280 horas, que se distribuyeron durante la semana cumpliendo un promedio de 25 horas semanales y a lo largo de 3 meses aproximadamente.

Todos los días se realizan grupos de apertura en donde cada paciente plasma sus sensaciones del día intercambiándose con devoluciones del coordinador. Se siguen, repartidos en la semana, grupos estáticos, de sentimientos y, ambulatorios de distintos niveles, donde cada paciente es incluido según su problemática y momento particular. También se realizan grupos para la red primaria del residente como ser, grupos para padres, grupos para parejas y grupos para amigos; en esta institución no se aceptan pacientes que no tengan un responsable o grupo familiar que esté dispuesto a formar parte del tratamiento. Los fines de semana los residentes realizan salidas o visitas que son evaluadas previamente por los profesionales de la institución, y siempre acompañados de su responsable o personas autorizadas de su red primaria. La dinámica de la institución se ensambla en normas y tareas asignadas a cada paciente que van rotando, además de herramientas que les son enseñadas a los pacientes para manejarse dentro de dicha dinámica. También se realizan actividades al aire libre en el centro polideportivo municipal de la zona de forma preestablecida, u otras actividades que eventualmente pueden surgir después de su adecuada evaluación, como ser, salidas a museos, parques o centros recreativos.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir la sintomatología y funcionamiento general de una paciente de 21 años en internación con trastorno por consumo de sustancias, en comorbilidad con trastorno límite de la personalidad y su evolución dentro del dispositivo de la comunidad terapéutica.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir la sintomatología, comorbilidad y funcionamiento general de una paciente en internación con trastorno por consumo de sustancias al inicio del tratamiento.
2. Describir las intervenciones realizadas a la paciente por trastorno de consumo de sustancias dentro de la comunidad terapéutica.
3. Describir y analizar la evolución del cuadro de la paciente después de tres meses de tratamiento.

3. Marco teórico

3.1 Drogas y consumo problemático

Las problemáticas de salud causadas por problemas relacionados por el abuso de sustancias constituyen una demanda frecuente en la práctica clínica cotidiana y su magnitud constituye un grave problema para el sistema de salud mundial. Para la sociedad en general, cierto es que las drogas ilegales son las que mayores problemas traen a la salud de las personas, sin embargo, los estudios demuestran que el consumo derivado de drogas legales acarrea mayores problemas para el sistema de salud que las drogas ilegales (Pereiro, 2006). Según el Informe Mundial contra las Drogas (2017), se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho de que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Por otro lado, en la República Argentina, en el reciente estudio de consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional (DNOAD, 2017) se estima que cerca de un millón y medio de personas que representan el 8,3 % de la población argentina, consumieron sustancias ilegales en el último año. Esto representa un gran incremento con respecto al 2010, en donde dicho valor fue de 3,6 %. El consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco representan las prevalencias más altas en todas las categorías. Les son seguidas, en prevalencia, por la marihuana y la cocaína. Por otro lado, se señaló que unas 140 mil personas, representando al 0.7 % de la población argentina, consumieron tranquilizantes en el último año, duplicando ese valor por consumidores de cocaína (1.5%); con respecto al 2010, esto representa un descenso del consumo de tranquilizantes, pero un aumento del consumo de cocaína, indicando 1.3 % y 0.8 % respectivamente, para ese año.

3.1.1 Trastorno por Consumo de Sustancias

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en su 5ta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) entiende por trastorno por consumo de sustancias (TCS) un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, plasmados en un patrón de consumo continuado, concomitante con deseos o esfuerzos fallidos por mermar o controlar el consumo, que provocan una alteración significativa en sus áreas afectivas, sociales, profesionales o de ocio. El patrón de

consumo generalmente va acompañado de una tolerancia progresiva hacia a la sustancia y síntomas de abstinencia que es cesada con el repetido consumo de la misma sustancia o alguna similar. De la misma forma, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-ES; OMS, 2000) se expresa a propósito del *consumo perjudicial* con similares criterios que APA (2014), haciendo hincapié en el conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos acompañados de fuertes deseos de consumir a pesar de las consecuencias dañinas, dando de esta manera, mayor prioridad al consumo y a las maniobras para conseguir las sustancias, que a otras actividades u obligaciones del sujeto; Por lo tanto, el sujeto abandona o reduce otras importantes alternativas placenteras o de interés, dejando así al consumo de sustancias como la única manera de reducir tensiones o experimentar placer.

La incidencia del abuso de sustancias se genera de manera progresiva en un marco de múltiples factores que envuelven en una situación desfavorable y carenciada la vida del sujeto desde su infancia, inclinándose así al posterior uso de drogas como un defectuoso intento de “adaptación”. Dentro de los factores de riesgo se pueden señalar los siguientes: leyes y normas que favorezcan la circulación de drogas, la facilidad para conseguirlas, desorganización comunitaria, favorecimiento de los iguales hacia las consumo, baja inserción escolar, baja clase económica, antecedentes familiares de consumo o abuso, poca disciplina familiar, falta de límites, violencia, defectuosa comunicación y apego al hogar, además de cuestiones más individuales como conductas antisociales, rebeldía hacia normas comunes y el temprano inicio del consumo (Becoña Iglesias, 2008). En este marco de riesgo, el trastorno por consumo de sustancias se va desarrollando de manera progresiva gobernando por completo la vida del sujeto, formando así, muchos más problemas que su dependencia particular; De esta manera, se va produciendo una ruptura en las diferentes áreas de la vida del sujeto, afectando no solo su salud física sino también, su salud psicológica, emocional, la dinámica familiar, sus relaciones interpersonales, responsabilidades laborales y situación económica, frecuentemente acompañadas con problemáticas del orden de lo legal-judicial. Así las cosas, la calidad de vida del sujeto que abusa de drogas, permanece con un desfavorable pronóstico, que requiere una perspectiva compleja, que abarque todas las áreas posibles de trabajar del individuo (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2011).

De lo anteriormente expuesto se hacen oportunas algunas clarificaciones que aporta el CIE-10-ES (OMS, 2000) a esta problemática, diferenciando entre *uso*, *abuso*,

y *dependencia*, entendiéndose por el primero, aquel consumo que, ya sea por sus cantidades, frecuencia o contexto social no representa un perjuicio inmediato sobre el sujeto o su entorno, en cambio el abuso, es aquella forma de relacionarse con las drogas que por sus características, repercute de forma negativa sobre la vida del sujeto o su entorno. Por dependencia, se entiende lo anteriormente expuesto, en relación al *consumo perjudicial* y cabe diferenciarlo del abuso en tanto, que este último puede darse de forma esporádica o social, mientras que en el último representa un patrón persistente y difícil de controlar.

La concepción de dependencia ha tenido a lo largo de los años muchos significados y términos asociados, algunos oficialmente reconocidos y usados de forma frecuente. Por ejemplo, para entender la dependencia de forma más precisa se ha diferenciado la *dependencia psicológica* de la *dependencia fisiológica*, en donde la primera está relacionada con los patrones conductuales y cognitivos del consumo, como ser las maniobras empleadas para conseguir la sustancia o los continuos deseos de consumir (*Craving*, en palabras de Beck, Wright, Newman & Liese, 1999), mientras que la dependencia fisiológica trata de los síntomas estrictamente físicos que experimenta el sujeto, como ser la *tolerancia* y la *abstinencia* (Kaplan & Sadock, 2006). La APA (2014) las define muy claramente, entendiéndose por tolerancia el efecto que se produce después de un periodo de consumo, teniendo que consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el mismo efecto, o bien, cuando el sujeto consume la misma cantidad de sustancia el efecto experimentado comienza a ser menor. El síndrome de abstinencia se conforma por aquellos síntomas que se presentan durante los periodos que el sujeto está sin consumir y es la misma sustancia o alguna similar la que puede cesar el síndrome. Tales síntomas pueden variar significativamente según la sustancia, presentándose desde cefaleas o temblores, hasta un síndrome confusional.

Resulta necesario aclarar algunas cuestiones sobre el *craving*, síntoma criterio para el diagnóstico de las drogodependencias (APA, 2014; OMS, 2000). Beck et al (1999), lo entienden como deseos intensos e irrefrenables por consumir acompañados de reacciones impulsivas y emocionales desmedidas. Para Kaplan y Sadock (2006) es de gran importancia definir y categorizar el *craving* puesto que resulta uno de los síntomas principales y más persistentes de la dependencia psicológica y que más frecuentemente se presentan en la práctica clínica requiriendo los mayores esfuerzos para los profesionales. Por otro lado, Beck y et al (1999) señalan que constituye un

síntoma muy asociado con la poca adherencia al tratamiento, y de gran importancia en las recaídas al presentarse de forma persistente durante todo el tratamiento y hasta después de este; por ello, los autores lo tipificaron de la siguiente manera, obteniendo cuatro tipos identificables de craving:

- *Respuesta a los síntomas de abstinencia:* Este tipo de craving se presenta cuando el placer o efecto experimentado por la sustancia va disminuyendo, pero el malestar cuando no se consume, aumenta. De esta forma, los deseos de consumir tomarían la forma de aplacar el malestar de la abstinencia. Este tipo, es más frecuente en consumidores de sustancias que provocan síntomas más severos durante la abstinencia, como en los consumidores de heroína o cocaína.
- *Respuesta a la falta de placer:* otro tipo se da en aquellos sujetos que, cuando presentan episodios disfóricos o bajones anímicos, intentan remediarlo de forma rápida con el consumo de sustancias. Es decir, que la necesidad de consumir se presentará como deseos de aplacar o suplir aquellos sentimientos o sensaciones desagradables que está experimentando el sujeto en determinado momento.
- *Respuesta condicionada a las señales asociadas con drogas:* Es frecuente que los sujetos hayan aprendido a asociar determinados estímulos con el consumo de sustancias, así las cosas, ciertos estímulos neutros como el anochecer, determinados lugares, personas o cosas, provocan al sujeto recuerdos de consumo y consecuentemente deseos e impulsos de consumir. Este tipo de craving no requiere estados de ánimo particulares o estímulos estresores determinantes.
- *Respuesta a los deseos hedónicos:* Este tipo de craving sucede en sujetos que tienen creencias acerca de que determinados eventos son más divertidos o producen mayor placer si se está bajo el efecto de drogas. Por ejemplo, el hábito de consumir en fiestas para poder desinhibirse y divertirse más, o drogarse antes de un encuentro sexual para que éste resulte más placentero.

3.1.2 Trastorno por consumo de sustancias y comorbilidades

Uno de los problemas que atraviesa la psiquiatría actual es el diagnóstico, que muchas veces se dificulta a la hora de dar cuenta de la comorbilidad o coexistencias de varias entidades psicopatológicas. En el campo de las drogodependencias,

frecuentemente se usa el término *patología dual* para referirse a aquellos diagnósticos por trastorno por consumo de sustancias que concomitan con otras entidades clínicas. La concepción de patología dual entiende que cada entidad clínica va a repercutir y modificar el curso de la otra, formando así un cuadro particular, siendo inadecuado el tratamiento por separado de las dos o más patologías (Bobes et al., 2011).

Diversos autores plantean (Bobes et al., 2011; Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006; Kaplan & Sadock, 2006; Larragaña, 2006; Marín-Navarrete et al., 2013; Molina & Mesías, 2015) que la comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias con otras entidades psiquiátricas es significativamente alta, oscilando entre 30 a 75%, dependiendo del recorte de población que se haga, y los procedimientos empleados para el registro; por ejemplo, en muestras de sujetos cocainómanos será más frecuente encontrar psicopatología ansiosa y, en pacientes con dependencia al cannabis será más probable que presenten episodios psicóticos. La mayoría de los estudios concluyen que los diagnósticos comórbidos más frecuentes en pacientes con trastorno por consumo de sustancias son, los trastornos del estado de ánimo (principalmente trastorno depresivo mayor), trastornos de personalidad, trastorno por déficit de atención, trastornos de ansiedad, y trastornos del control de los impulsos.

3.1.2.1 Adicciones y Trastorno Límite de la Personalidad

En las redes de atención a las drogodependencias o instituciones avocadas a las mismas, sucede con mucha frecuencia asociar el trastorno por consumo de sustancias al trastorno límite de la personalidad (Molina & Mesías, 2015). Siguiendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014), se entiende que la característica principal del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El TLP provoca un malestar significativo y genera desadaptación social, ocupacional y funcional general. Este trastorno está asociado a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados.

Siguiendo las investigaciones de Molina y Mesías (2015), las distintas perspectivas teóricas coinciden en que la sintomatología nuclear de los pacientes con

TLP son la *impulsividad agresiva* y la *desregulación emocional*, alteraciones que se expresan en su baja tolerancia a la frustración, su pobre control de impulsos, conductas autodestructivas como el suicidio, abuso de sustancias, agresividad, e inestabilidad en sus relaciones interpersonales y estados afectivos. Estos síntomas, frecuentemente se encuentran agravados en contextos psicosociales insalubres, como ser, familias disfuncionales, padres adictos, historia de traumas o abusos, rechazo social, o defectuosa inserción escolar.

Se considera que los síntomas nucleares del TLP como la impulsividad, favorecen el inicio de consumo de sustancias, su abuso y consecuentemente su dependencia. Ciertamente es, que muchas veces, el consumo de drogas sería una forma de “automedicación” de la sintomatología percibida en pacientes con TLP. Así mismo, la comorbilidad TLP-TCS empeora el pronóstico y la adherencia al tratamiento. La desregulación emocional hace muy fácil el consumo puesto que, muchas veces, el abuso de sustancias suele producirse luego de bajones anímicos o episodios depresivos. Si bien las tasas de prevalencias de TLP-TCS son variadas, éstas son significativas, por ejemplo, en algunos estudios se llega a hablar de 95%, otros refieren a entre 5 y 45% en dependientes de opiáceos, del 16 a 50% en trastornos por consumo de alcohol y del 18 al 34% en pacientes en tratamientos por consumo de cocaína (Bobes et al., 2011; Molina & Mesías, 2015).

3.2 Drogodependencias y psicología cognitiva conductual

En el apartado anterior, se procuró presentar de forma muy sintética la problemática que representa la dependencia de sustancias, incluyendo sus características clínicas y sociales. En este apartado se buscará describir la concepción de los procesos y mecanismos adictivos desde el modelo cognitivo conductual, además de algunas técnicas y programas de tratamientos que incluyen intervenciones de esta índole, al ser, la terapia cognitivo-conductual uno de los tratamientos con mayor eficacia probada en el ámbito de las drogodependencias (Carles, 2002; Gonzales Lomba & López Duran, 2017; Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo, 2008; Oropeza Tena, Medina-Mora Icaza & Sanchez Sosa, 2007; Rodriguez-Cano, Olivencia-Lorenzo, López-Ríos & Gómez del Pulgar Arrufat, 2016; Sanchez Hervás, Tomás Gradolí, Reyes del Olmo, Molina Bou, Morales Gallús, 2002).

3.2.1 Perspectiva cognitivo-conductual de las drogodependencias

La psicología cognitivo conductual se basa en la hipótesis de que las emociones no están determinadas por las situaciones sino por la forma que las personas tienen de ver dichas situaciones. Siguiendo esta línea, las percepciones que resultan de las cosas, influenciaría las sensaciones y consecuentemente las conductas ante determinada situación, actualizándose continuamente y formando estructuras jerárquicas de pensamiento. Primero, cabe mencionar los llamados *pensamientos automáticos*, que son aquellas primeras actividades del pensamiento que surgen de forma natural ante una situación particular, suelen ser breves, inadvertidos por el sujeto y muchas veces, son desadaptativos; usualmente estos pensamientos tienden a mantenerse estables y solo son revisados ante el preguntar del psicoterapeuta. En un nivel más profundo, subyacen las *creencias intermedias*, que se componen por reglas, actitudes, y presunciones; estas creencias, son niveles más determinantes de la conducta y son menos maleables que los pensamientos automáticos, pues éstos, son derivados de las creencias intermedias. Por último, se entienden las *creencias centrales*, como ideas profundas y fundamentales del individuo que suelen no advertirse nunca por el sujeto. Esto se debe a que son globales y tienen carácter de presentarse como verdades absolutas para el individuo, a modo de “son como las cosas son”. Las creencias centrales son rígidas y no tienden a modificarse (Beck, 2000).

Mayormente, el foco de trabajo del terapeuta cognitivo conductual es trabajar sobre las *distorsiones del pensamiento*, que en el trabajo con drogodependientes presenta una tarea habitual y compleja (Beck, et al 1999). Las distorsiones del pensamiento se describen como errores lógicos en el discurso de aquel pensamiento. Éstos, generalmente son fáciles de observar en los pensamientos automáticos, y constituyen una cuestión nodal en las reacciones desadaptativas del sujeto. Las distorsiones del pensamiento son las siguientes: pensamientos del tipo “todo o nada”, pensamiento catastrófico, descalificar o dejar de lado lo positivo, razonamiento emocional, catalogar, magnificar/minimizar, filtro mental, lectura de mente, sobre-generalización, afirmaciones del tipo “debo” y “tengo que” y, visión en forma de túnel (Beck, 2000). Cuando se aplica el modelo cognitivo conductual al ámbito de las drogodependencias, este abordaje supone refutar las creencias que subyacen las conductas adictivas del sujeto, estableciendo una perspectiva más real sobre sus

capacidades para controlar las situaciones, mermando así, ansiedades y el malestar del sujeto, que lo llevan frecuentemente a las recaídas (Beck et al., 1999)

Los abusos y la dependencia a sustancias psicoactivas son fenómenos complejos que deben abordárselos como tal, desde una perspectiva biopsicosocial. Desde esta perspectiva se diseñan intervenciones complejas que contemplan estrategias cada uno de los aspectos necesarios. De esta forma, se podrán prescribir fármacos que mermen los impulsos de consumir, entrenar al sujeto en nuevas estrategias de afrontamiento para que consecuentemente se conviertan en habilidades y pueda manejar de otra forma los impulsos de consumo, así como diseñar ambientes seguros en donde se modele la conducta de abstinencia y se recompensen las conductas de control (Keegan, 2012).

Siguiendo a Keegan (2012), la eficacia en el abordaje de pacientes con TCS demanda el trabajo interdisciplinario en combinación con distintos tipos de intervenciones e incluso distintos tipos de psicoterapia (psicoterapia individual, grupal, familiar). El modelo cognitivo conductual puede acoplarse fácilmente a estas demandas, en especial cuando se tratan pacientes con patología dual que responden de forma muy variada a las intervenciones.

Siguiendo esta perspectiva, las conductas de consumo serían un defectuoso recurso para lidiar con la seria desregulación emocional que suelen presentar estos pacientes. Por estos motivos, una de las principales metas de este modelo es implementar estrategias adecuadas para la regulación emocional y el control de los impulsos. Desde lo conductual, se buscaría implementar otras conductas que cumplan la misma función, pero sin las consecuencias que tiene el consumo (Keegan, 2012).

3.2.1.1 Aprendizaje Social y Consumo de Sustancias

La teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1982) sirvió como base para el diseño de intervenciones cognitivo-conductuales destinadas al tratamiento de las drogodependencias (Acuña, 2009).

Bandura tomó la teoría del condicionamiento clásico, la teoría del condicionamiento operante, y la teoría del aprendizaje por modelado. La teoría del condicionamiento clásico plantea que los sujetos aprenden conductas por medio de la asociación lineal de estímulos. Aplicando la teoría al campo de las drogodependencias se pueden representar en dos estrategias; una de ellas es el control de estímulos

consistente en alejar al paciente de todo aquello que el sujeto asocia con el consumo; otra estrategia terapéutica es la exposición a estímulos, donde se intenta que el paciente vaya enfrentando los estímulos que estaban ligados al consumo de manera progresiva y en ambientes controlados, para que el sujeto empiece a recuperar control sobre sí mismo (Acuña, 2009).

El principio central del condicionamiento operante es que la conducta de los individuos es regulada por sus consecuencias. En este contexto, un refuerzo positivo supone una recompensa, mientras que un refuerzo negativo implica la remoción de un estímulo aversivo. Por otro lado, se trabaja con la noción de castigo representando una consecuencia que disminuye la probabilidad de conducta futura. En palabras de Keegan (2009), la inmediata recompensa del consumo de sustancias constituye el principal factor de mantenimiento de la conducta de consumo. Aplicado el condicionamiento operante a sujetos drogodependientes, el programa de tratamiento debe considerar suficientes refuerzos positivos para asegurar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del sujeto. Por ejemplo, el reconocimiento de actitudes asertivas o pequeños logros, el acompañamiento de la red familiar o actividades como deportes o hobbies ayudaran a elevar la autoestima del individuo, contribuyendo positivamente en su autoeficacia y, por lo tanto, su adherencia al tratamiento (Acuña, 2009).

El modelamiento alude al aprendizaje basado en la observación de conductas de otros sujetos y a su consecuente puesta en práctica. Este mecanismo es muy eficiente y pueden aprenderse conductas muy complejas en pocas exposiciones mediante este proceso. Su autor describe dos subprocesos; uno de observación y otro de desempeño; en el primero el sujeto incorpora la información observada a esquemas propios y, en el segundo subproceso, donde el sujeto tiene que poner en acto lo aprendido, la eficiencia del desempeño se encuentra determinada en gran medida por las expectativas de refuerzo de la nueva conducta. En cuanto a la importancia de estos mecanismos en el origen de las conductas adictivas, el aprendizaje por modelado ha tenido una preponderante importancia en la transmisión de conductas adictivas a través de generaciones de familias. Por su eficacia como proceso de aprendizaje el modelamiento ha sido frecuentemente utilizado en programas de rehabilitación de drogodependencias. Los pacientes son altamente beneficiados de la observación de logros de otros pacientes, o de los mecanismos funcionales que ponen en juego para concretar objetivos (Acuña, 2009).

Finalmente, desde la teoría del aprendizaje social de Bandura la conducta es determinada por la interacción de las personas con las situaciones y no un producto aislado por cada factor. Algunas veces la conducta es influida fuertemente por los factores ambientales, otras veces las capacidades personales regulan el ambiente prevaleciendo sobre él. De esta forma, las conductas o el funcionamiento general del sujeto serían el resultado de interacciones ente factores personales, conductuales y situacionales. (Bandura, 1982).

Siguiendo a Schippers (1991; como se citó en López-Torrecillas, Salvador, Verdejo & Cobo, 2002) la teoría del aprendizaje social como modelo explicativo del consumo de sustancias considera cinco postulados. El primero consiste en que las conductas están mediadas por las cogniciones, cargadas de expectativas sobre los efectos de la conducta adictiva; el segundo, que éstas cogniciones están formadas en la dinámica de interacciones sociales con los efectos farmacológicos de la conducta de consumo; el tercero indica creencias de supuestos resultados funcionales sobre la conducta de consumo; el cuarto sostiene que cada conducta de consumo fomenta el mantenimiento de los hábitos adictivos y disminuye otras conductas más funcionales; y por último, se establece que la rehabilitación depende del desarrollo de habilidades de afrontamientos funcionales.

La teoría del aprendizaje social de Bandura explica tanto los hábitos del no-consumo como el consumo social o el abuso de sustancias. La conducta de consumo de sustancias se aprende y se perpetua por modelado, refuerzo social, expectativas de la sustancia, experiencias de beneficios inmediatos sobre sus efectos y por dependencia fisiológica. La decisión última de consumir o no, resulta entonces, en función de las expectativas y juicios que se tengan de sus propias capacidades (autoeficacia) para manejar la situación y del resultado que tiene en la persona el contexto socio-situacional en el que se inscribe. Las cogniciones son los procesos que regulan todas las interacciones con el ambiente. Los efectos anticipados de una conducta son los que parecen importantes a la hora de determinar si una conducta se produce o no (López-Torrecillas et al., 2002).

Las creencias de ser capaz de controlar el craving influye fuertemente en los resultados del tratamiento al condicionar de forma positiva las actitudes y expectativas del sujeto, lo que las refuerza y las mantiene en el tiempo. La autoeficacia positiva determina un rol activo del sujeto en su tratamiento, y repercute favorablemente en sus

mecanismos de afrontamiento y en su voluntad. De la misma forma, creer que no se es capaz de controlar sus impulsos de consumir, evita los esfuerzos por afrontar adecuadamente la situación conduciendo a la pasividad y dejando el camino abierto hacia el consumo (López-Torrecillas et al., 2002).

3.2.2 Abordaje cognitivo-conductual de las drogodependencias

Desde un abordaje cognitivo conductual, una idea básica de tratamiento sería ayudar al paciente de dos maneras, a) mermar la frecuencia y la intensidad de los impulsos de consumo mediante la revisión de las creencias subyacentes a esas conductas y, b) entrenar al paciente en nuevos recursos a fin de controlar y regular sus impulsos. El terapeuta, junto con el paciente, examinan las creencias básicas del sujeto acerca de la valorización que este, hace sobre las drogas, trabajo a partir del cual, se buscará dar cuenta de la secuencia de acontecimientos que lo llevan al consumo. El objetivo es ir incrementando el control sobre las situaciones, y que la observación de este hecho por parte del sujeto eleve su autoestima y reduzca tensiones. De forma paralela y mediante el diálogo, se busca incrementar la autoconciencia sobre cuáles son sus pensamientos defectuosos y de qué forma le producen estrés y angustia. El terapeuta también asiste al paciente a que éste, pueda modificar su pensamiento de forma que pueda idear maneras alternativas de ver las situaciones y, por ende, despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de los pensamientos defectuosos (Beck et al., 1999).

Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008) mantienen que las terapias cognitivo-conductuales trabajan desde una perspectiva compleja y resultan adecuadas para tratar la problemática del abuso de sustancias consistiendo básicamente en recuperar un control adecuado del individuo sobre las situaciones. La filosofía de este modelo está basada en la consideración del paciente como un científico en el sentido de que se le ayuda a recurrir al método científico para contrastar y refutar sus pensamientos. Así las cosas, entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales
- b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente

c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes

d. utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Siguiendo a Beck et al (1999), en el tratamiento de problemáticas derivadas del consumo de sustancias, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden dividirse en técnicas específicas, de predominancia cognitiva por un lado y, conductual por el otro. No obstante, éstas pueden y generalmente son incluidas en programas de tratamiento.

3.2.2.1 Técnicas cognitivas

-Descubrimiento guiado: El descubrimiento guiado o método socrático consiste en una forma de preguntar en donde los pacientes son guiados a través de sus patrones de pensamientos y acciones distorsionadas. De esta forma, el paciente va descubriendo el mecanismo subyacente a sus pensamientos automáticos, esclareciendo así, la relatividad de ellos. Esta estrategia debería elevar el abanico de posibilidades percibidas por el paciente, reduciendo la angustia subjetiva y la sintomatología aguda.

-Reatribución de la responsabilidad: Es frecuente que los individuos que sufren de un consumo problemático atribuyan a causas externas sus necesidades de consumir, es decir, culpabilizando a los demás o a la situación en la cual están inmersos y, argumentando que por eso “no tienen otra opción”. De esta forma, al no percibir responsabilidad alguna, es muy difícil esperar una acción autónoma de cambio. Así las cosas, mediante esta técnica, se busca reatribuir la causalidad de su uso de drogas, de manera que se pueda tomar una posición más activa sobre la problemática. La reatribución de causalidad requiere la habilidosa aplicación del descubrimiento guiado, de forma que los pacientes no sientan que se los está juzgando o acusando.

-Registro de pensamiento diario: Se trata de una estrategia en donde los pacientes son invitados a anotar sus pensamientos y emociones recurrentes durante el día. El objetivo consiste en ir entrenando el autorregistro, además de proporcionar un material ideal para, con el terapeuta, poder elucidar las emociones y pensamientos que subyacen a la situaciones o conductas de consumo. Consecuentemente, el paciente será capaz de analizar sus creencias de una forma más objetiva e ir disminuyendo la ansiedad y el craving que pueden generar esos pensamientos.

3.2.2.2 Técnicas conductuales

-Programación y control de la actividad: Los sujetos que abusan de drogas, frecuentemente se involucran en actividades o situaciones que favorecen el consumo de ellas y evitan, o no tienen en cuenta actividades prosociales como el trabajo o relaciones estables.

Los sujetos con problemáticas de consumo no solo no incluyen actividades que le sean de utilidad en su rutina sino, que tampoco pueden organizar sus actividades de forma estructurada y coherente. Frecuentemente sus actividades son desalineadas de la estructura previa direccionándose fácilmente hacia conductas de consumo u otras conductas perjudiciales. De esta forma, cualquier actividad “inofensiva” como salir a pasear a su mascota por cualquier lugar o a cualquier hora, puede terminar concluyendo en, pasar por lugares de consumo o momentos del día asociado al uso de drogas que rápidamente generarían craving o ideas de consumo. Por esto, es necesario que aprendan a organizar sus salidas o actividades diarias (Peiffer, comunicación personal, 17 de octubre de 2017).

Siguiendo el control de la actividad, tanto el terapeuta como el paciente pueden ir ubicando las actividades que favorecen o estimulen conductas de consumo, pudiendo así, reemplazarlas por actividades no riesgosas. Cuando los pacientes son capaces de planificar y llevar a cabo sus actividades organizadamente, no solo disminuyen las recaídas o conductas de consumo, sino que se sienten más satisfechos y aumentan su *autoeficacia*, percibiendo más capacidad de control y autonomía.

Entrenamiento en relajación: Es frecuente que el consumo de sustancias esté relacionado con la ansiedad; los individuos suelen explicar que sus conductas de consumo tienen el objetivo de ayudar a relajarse. Por tanto, el entrenamiento en relajación proporciona a los individuos un efectivo recurso que pueden utilizar cada vez que el craving se torna dificultoso y, con su recurrente práctica, proporcionará al sujeto percepción de autocontrol y responsabilidad sobre sus conductas de afrontamiento.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: Es frecuente que las conductas de consumo muchas veces sean utilizadas a manera de mecanismos de afrontamiento (defectuosos), sobre situaciones de angustia, stress u otras circunstancias; usualmente los pacientes poseen un escaso abanico de recursos en general para poder afrontar las situaciones de manera adaptativa. El autor de la técnica proporciona un ejemplo

esclarecedor, en donde una de sus pacientes, preocupada por el consumo de su marido y, al encontrarle las bolsas de cocaína que tenía guardadas, decide aspirarlas todas antes de que el marido las viera, para así, poder salvarlo de que consuma. Por tanto, mediante esta estrategia, se busca esclarecer la disfuncionalidad del consumo como maniobra adaptativa y proponer otras soluciones o afrontamientos posibles sobre las situaciones. Es un proceso gradual y frecuentemente frustrante, en donde el terapeuta debe brindar continuo apoyo, tener paciencia y animar a la perseveración del paciente.

Actividades aeróbicas: Es frecuente que las actividades físicas, efectuadas de forma regular, esclarezcan a la persona de las desventajas del uso de drogas y las ventajas de una vida alternativa. Las actividades físicas fomentarán la autoestima del individuo, a medida que se redefine como una persona saludable. Por lo tanto, el terapeuta debe alentar al paciente a la inclusión de actividades físicas en su tratamiento.

-Control de estímulos: Es claro que los frecuentes estímulos que fomentan el uso de drogas son una dificultad permanente e imborrable del tratamiento. Sin embargo, es posible minimizar el contacto con estos, identificando, junto con el paciente, dichos estímulos, tanto internos como externos. El terapeuta debe planificar, junto con el paciente, las estrategias posibles necesarias para evitar la exposición a situaciones riesgosas o, idear métodos para poder afrontar de forma más adecuada la exposición a estos estímulos.

3.2.2.3 Modelos de tratamiento

Los programas de tratamiento basados en el modelo de *prevención de recaídas* de Marlatt y Gordon (1985) hoy en día son tratamientos de primera elección en el trabajo con drogodependientes (Villa & Hermida, 2011). Por otro lado, el modelo *transteórico del cambio* basado en la motivación de Prochaska, Diclemente y Norcross (1992) también constituye un trabajo de reconocimiento internacional para el trabajo de problemáticas adictivas (Bobes et al, 2011; Keegan, 2009).

3.2.2.3.1 Prevención de Recaídas

Marlatt y Gordon (1985) observaron que los tratamientos conductuales eran efectivos para detener el consumo, sin embargo, las recaídas continuas se mantenían en la mayoría de los casos. Desarrolló así, un programa de prevención de recaídas que hoy en día es incorporado en los tratamientos sobre drogodependencias.

El programa de prevención de recaídas consiste en un modelo de tratamiento que no solo propone un modelo para entender la adicción sino, que incluye diversas intervenciones y técnicas desde un modelo cognitivo-conductual como ser; identificación de situaciones riesgosas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al manejo de drogas, afrontamiento de las caídas o consumos aislados y entrenamientos en resolución de problemas (Villa & Hermida, 2011). Marlatt y Gordon (1985) describieron cuatro procesos cognitivos que se dan en las conductas adictivas que representan sus modelos cognitivos de funcionamiento: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones. La *autoeficacia* se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones de riesgo. Ejemplos de creencias de autoeficacia elevadas se señalan en las siguientes frases “yo puedo superar esta situación” o “yo puedo decirle que no a las drogas”, en cambio, creencias de baja autoeficacia se pueden observar en “no puedo parar de consumir” o “las drogas me pueden”; A propósito de esto, el autor se explica que altos niveles de autoeficacia se asocian con la abstinencia y que dichos niveles se elevan en función del éxito, en cambio los niveles bajos se asocian con recaídas. Los *resultados esperados* se refieren a las anticipaciones que hace el individuo de los efectos de una sustancia o actividad adictiva, entendiéndose por éstas a ideas como “si me drogo me divertiré mucho más esta noche” o, “cuando me drogue este malestar va a desaparecer”. Las *atribuciones de causalidad* se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización de la droga es atribuible a factores internos o externos; por ejemplo, “soy adicto al alcohol y mi organismo no puede vivir sin él” (factor interno) o, “nadie que se haya criado en mi barrio puede no querer consumir” (factor externo). El autor se refiere al respecto de la externalización de estos hechos, que es un factor que contribuye a la continuidad del consumo ya que el individuo persiste en que nada está a su alcance para controlar la situación y por lo tanto su destino es mantenerse en consumo. Por último, se describe el abuso de sustancias y la recaída como un proceso cognitivo de *toma de decisiones*. Se demostró que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones, en tanto y en cuanto conduce, o no, al uso posterior de sustancias. Además, también explicó que algunas decisiones al principio parecen como irrelevantes al abuso de sustancias; sin embargo, estas decisiones, al final acaban provocando mayor probabilidad de recaídas debido al incremento de empuje que lo

dirige hacia situaciones de mayor riesgo. En su ejemplo, el sujeto decide sentarse, después de haber estado varios meses sin fumar, en la sección de fumadores de un aeroplano y, por la tanto, el sujeto consecuentemente tendría más probabilidades de recaer en consumo porque se expone a otros fumadores, a su humo y sus ofrecimientos de fumar). Se observa aquí el fenómeno de como los sujetos se quejan de, a pesar de haber tenido la intención de permanecer sobrios, haber recaído, por las decisiones de ir a un bar local o exponerse a ambientes de consumo. Cabe señalar que muchas veces los sujetos no son capaces de darse cuenta como sus múltiples decisiones pueden llevarlo al consumo, o no.

3.2.2.3.2 Motivación para el cambio

Autores como Beck et al (1999) y Keegan (2012) han trabajado sobre el programa de tratamiento sobre la motivación de Prochaska et al (1992). En palabras de Bobes et al (2011), el modelo transteórico del cambio fue creado en un principio para explicar la disposición al cambio dentro de los estadios que pueden presentar los sujetos con problemáticas adictivas. Siguiendo esta línea, los individuos irían atravesando distintos estados de cambio antes de adoptar una conducta saludable y contraria al consumo y, por lo tanto, los estados serían momentos cruciales a tener en cuenta en la aplicación de las intervenciones dentro de cualquier tratamiento. De esta forma, Prochaska et al (1983) postularon un modelo de cambio inspirado en la experiencia de tratar personas con abuso de sustancias psicoactivas, centrados en la motivación. En su modelo postularon la existencia de varias fases del cambio, que debían guiar la selección de intervenciones terapéuticas. Han identificado cinco estados de cambio, precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En el estado de la *precontemplación*, los individuos están menos implicados en superar sus problemas y están menos motivados a cambiar sus conductas problemáticas. En el estado de la *contemplación*, los individuos desean examinar los problemas asociados con su abuso de sustancias y tienen en consideración las implicaciones del cambio, aunque no hagan aún ninguna acción constructiva para ello. También existe mayor probabilidad de que respondan más positivamente a enfrentarse a problemas y a la educación, aunque todavía estarán ambivalentes. En el estado de la *preparación*, a los pacientes les gustaría hacer cambios reales y por tanto desean ayuda para sus problemas, aunque se sientan perdidos en cuanto a saber lo que es necesario para poder estar al margen de la droga. En el estado de la *acción*, los individuos han tomado un

compromiso para cambiar y han empezado ya a modificar sus conductas. Los autores han señalado que éste es un estado especialmente estresante que requiere de mucho apoyo y aliento terapéutico. En el estado del *mantenimiento*, los individuos intentan continuar el proceso que ya ha empezado en los estadios de contemplación y acción. La utilidad de este modelo se ha revelado en la comprobación de que adecuar las intervenciones a la fase de cambio del paciente aumenta la probabilidad de la reducción y/o abandono del consumo.

3.3 La comunidad terapéutica y drogodependencia

En este apartado se intentará señalar el funcionamiento general de la comunidad terapéutica en el marco de trabajo con drogodependientes. Tomando la conceptualización de De León (2004), se puede definir a la comunidad terapéutica como un instrumento de probada eficacia para el tratamiento de problemáticas sobre abuso y dependencia de sustancias. Es un modelo de tratamiento residencial para la rehabilitación de adictos a las drogas. Es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, que comenzó siendo independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina.

Trabajando desde el modelo de la comunidad terapéutica, se parte del supuesto de que el sujeto deseará y buscará el cambio a través de la identificación con otros que estén embarcados en el mismo objetivo; desde ahí que la representación de comunidad de los residentes debe ser fundamental. Todas las actividades dentro de la comunidad están orientadas a facilitar el cambio terapéutico y educacional y, todos los participantes, en tanto residentes, staff, profesionales y directivos son mediadores de ese proceso de cambio (Goti, 2000).

La Comunidad Terapéutica apunta a la rehabilitación del paciente a través de un crecimiento personal acompañado por un proceso de aprendizaje social. La comunidad terapéutica se entiende como un sistema social, ya que sustituye a la familia y al grupo primario, y se trabaja desde ahí. Se trabaja desde una dinámica, en donde las tareas son pautadas, organizadas y bien distribuidas a manera de introducir al sujeto en una organización para que pueda tomarla de modelo e implicar esa organización en su vida. De esta forma, se entrena la reorganización personal del residente, se entrena la tolerancia y se trabaja la reaparición de autoestima. El objetivo último es el de la reinscripción del sujeto a la sociedad, y para ello se busca reproducir una micro-sociedad

que le sirva de facilitador para convertirse en un miembro activo, con madurez emocional y con capacidades que le permitan desenvolverse de forma independiente y así, introducirse nuevamente, y recuperar el bienestar en distintas facetas de su vida (Goti, 2000).

3.3.1 Proceso de Rehabilitación en la Comunidad Terapéutica

Los programas de tratamiento en una comunidad terapéutica se ensamblan en etapas o fases, que son puntos prescritos de la modificación esperada por el programa. En cada etapa se describen ciertos logros basados en las expectativas de la comunidad, constituyendo, aquellos logros, un refuerzo positivo en el aprendizaje del sujeto. El proceso de aprendizaje es distribuido en cada etapa, transmitiéndose de forma gradual y enseñando las herramientas necesarias para el cumplimiento de la etapa y la preparación para la siguiente. De esta forma, el formato en etapas facilita la adecuada evaluación del staff y también de los residentes. El sujeto puede registrar los aspectos en los que está trabajando para su autodesarrollo, y de la misma forma, aprender de los compañeros que están en fases más avanzadas (De Leon, 2004).

Siguiendo diversos autores (De Leon, 2004; Goti, 2000; Sanchez-Mejorada Fernández, 2013) todos coinciden en que, más allá del modelo teórico de la institución, el programa de tratamiento en comunidades terapéuticas tradicionales siempre es a largo plazo y suelen ensamblarse en tres etapas que serán descritas a continuación: etapa de inducción, tratamiento primario, y reingreso. Para ello, el sujeto debe poder haber sido admitido en el programa, lo que implica poseer ciertas condiciones, las cuales hagan necesario un tratamiento de internación en la institución, como por ejemplo, la dependencia de sustancias o la imposibilidad de manejar sus impulsos, además de no ser pacientes estrictamente psiquiátricos ni tengan un potencial previsible de perjudicar el tratamiento de los demás pacientes.

3.3.1.1. Etapa de Inducción

Esta etapa representa el primer mes del ingreso del residente, donde los objetivos son que el individuo se asimile y sea asimilado por la comunidad. Se realizan actividades de requisa y revisión de sus pertenencias para que sustancias o elementos no deseados no ingresen a la comunidad. El objetivo principal de esta etapa, es que vaya incorporándose a la comunidad, aprendiendo su dinámica y disminuyendo ansiedades; Las primeras semanas suelen ser las más difíciles del tratamiento, ya que hay un

significativo índice de recaídas y abandono del tratamiento en los comienzos de esta fase, por tanto, es de suma importancia que la asimilación y el acompañamiento del paciente en inducción se haga de forma progresiva y prudente, prestando atención a sus tiempos y manejando su angustia.

Se debe intervenir ante las crisis del sujeto, asistiendo las demandas particulares del residente en inducción, como ser, crisis de angustia, asuntos legales o financieros, médicos y/o familiares; atender estas cuestiones tiene como fin reducir el estrés y la preocupación del residente para que puedan concentrarse en el tratamiento. Por otro lado, sus compañeros se encargan de orientar y acompañarle en sus primeros momentos, presentándose uno mismo y a los demás compañeros, enseñándole las instalaciones y asesorándolo sobre la dinámica, actividades, y la normativa de la comunidad; es frecuente que se le asigne un residente (o *hermano mayor*) que esté más avanzado en el proceso de tratamiento para que acompañe al nuevo residente en su proceso de inducción. Las actividades terapéuticas en esta fase se realizan de forma moderada y progresiva, para no producir un monto de ansiedad difícil de manejar y para que el régimen y la implicación a las actividades resulten facilitadas. También se realiza asistencia individual (o *counseling*) por parte de los profesionales de la institución, con el fin de mitigar sus dudas y consultas sobre el tratamiento, reduciendo así sus ansiedades, conteniéndolo y, orientarlo y enseñarle sobre las estrategias que tiene que poner en práctica y aprender en esta fase del tratamiento.

3.3.1.2 Tratamiento Primario

Es la etapa del tratamiento propiamente dicho, donde se espera que el residente empiece a trabajar otros aspectos mediante las estrategias señaladas en la etapa anterior, aprendiendo e incorporándolos a sus propios recursos.

Es frecuente dividir esta etapa en distintas sub etapas (residente junior, intermedio y senior), organizando así, las prioridades y herramientas a tener en cuenta. De esta forma, los residentes se incorporan de lleno en la estructura de la comunidad, participando plenamente de los grupos, actividades y teniendo otras responsabilidades. Si bien la terapia individual seguirá invariable en esta etapa, la participación en los grupos y demás actividades tenderá a perseguir objetivos más altos; esperando así, que el residente no se estanque en el proceso, aprendiendo y trabajando con los recursos enseñados. Es una fase muy volitiva, en donde se tratan temas más íntimos y profundos

de los residentes, haciendo foco en sus mayores dificultades y la resolución de problemas, intentando que vayan adquiriendo así, mayor auto-organización y autonomía. También, las actividades vocacionales, educativas y/o laborales se empiezan a tramitar en esta etapa, así, por ejemplo, se acompaña al residente en el proceso de terminar el secundario o, se asiste en la búsqueda de un trabajo adecuado y la preparación para los residentes senior.

No está de más señalar, que es una etapa del proceso donde es frecuente que se den dos efectos paradójicos en la mejora del tratamiento. Una es la meseta en el progreso, que en algunos casos puede llevar a la finalización del tratamiento, con un poco autonomía y elevado riesgo de recaída y, por otro lado, también es frecuente ver residentes que creen que “ya entendieron todo” y que no necesitan más tratamiento, también asociado al abandono del tratamiento y a riesgos de recaída.

3.3.1.3 Reingreso o reinserción

Esta fase supone una transición adecuada por las fases anteriores y tiene como objetivo principal el progresivo reingreso o reinserción a la sociedad exterior. Este objetivo suele estar dividido en 2 etapas, una residencial y otra no residencial. En la primera el objetivo es la adecuada preparación para una segura separación de la comunidad y el tramitar los primeros pasos, y en la segunda, es completar una reinserción exitosa a la sociedad exterior.

En el reingreso temprano, los residentes continúan viviendo en la comunidad, pero salen a trabajar y/o estudiar fuera de ella, tanto en media jornada como jornada completa. Se espera que el individuo reduzca la dependencia hacia la comunidad y construya una mayor confianza en sí mismo. Por tanto, las actividades de este momento están dirigidas al entrenamiento y fortalecimiento de habilidades sociales y psicológicas que ayuden al individuo a afrontar de mejor manera los requerimientos del afuera, a manejar el craving sin la contención permanente de la comunidad, y generar aprendizajes implicados en el mundo exterior.

En el reingreso tardío, se trabaja con residentes antiguos que siguen en tratamiento pero que ya no viven en las instalaciones de la comunidad. El principio general de esta fase es la de completar el proceso de reinserción a la macro-sociedad. Este momento expone al individuo a poner en juego todos los recursos aprendidos en la comunidad, y a saber tramitar crisis o episodios de angustia sin la protección de aquella.

No obstante, los individuos siguen participando de terapias individuales o talleres grupales pensados para sujetos en dicha etapa, donde se supervisa su estabilidad y se trabajan las nuevas conflictivas que trae el mundo del afuera.

3.3.1.4 Finalización del programa

Los individuos que han transitado con éxito todas las etapas del tratamiento son candidatos a la *graduación*. Esto implica que han permanecido en abstinencia, tienen un trabajo u ocupación y han resuelto problemáticas como ser, asuntos legales, familiares, salud, o de acomodación.

Éstos graduados, son alentados a mantener algún tipo de contacto informal con la institución, dando charlas o solo sirviendo de ejemplo o guía a otros miembros de la comunidad. Es frecuente que esto suceda espontáneamente por el apego y afecto formado hacia el equipo de la comunidad y, también es frecuente ver como muchos de éstos, buscan recibir formación en esta problemática y terminan trabajando en su comunidad de egreso, u otras comunidades terapéuticas.

3.3.2 El valor de los grupos dentro de la comunidad

Una herramienta clave contra los trastornos por consumo de sustancias, es la psicoterapia grupal y el valor que, dentro de una comunidad terapéutica, los residentes atribuyen al grupo. La psicoterapia grupal es un recurso terapéutico ampliamente utilizado en el ámbito de las drogodependencias o las comunidades terapéuticas, presentándose en diferentes formas o tipos de abordajes como ser grupos de autoayuda, grupos familiares, psicoeducativos, introspectivos, de prevención de recaídas (Calvo Estopiñán, Pérez Poza, Sacristán Martín & Paricio García, 2009).

El grupo tiene un gran valor terapéutico permitiendo a los integrantes aceptar y entender su problemática, dar herramientas para control de situaciones, y servirse de las experiencias de los demás integrantes. Los grupos, aumentan la motivación de adherencia al tratamiento, eleva el control sobre el craving y prepara al individuo para situaciones de riesgo. De esta forma, se eleva la autoeficacia de los integrantes y se ponen en prácticas nuevas alternativas de afrontamiento, disminuyendo las recaídas (Calvo Estopiñán et al, 2009).

En el trabajo desde comunidades terapéuticas, el trabajo con grupos resulta un elemento esencial en el proceso de cambio y aprendizaje de los residentes. El objetivo

principal del trabajo con grupos es la de brindar un espacio para la apertura personal y la libre expresión emocional tanto negativa como positiva, dentro de un marco seguro, de escucha y contención. Los participantes deben sentirse seguros para poder confiar en el grupo como una herramienta de cambio (De Leon, 2004).

Los diferentes formatos grupales dentro de las comunidades terapéuticas tienen el común objetivo de lograr los objetivos terapéuticos y educativos propuestos; por otro lado, debido a la naturaleza multidimensional de las problemáticas adictivas, los residentes suelen salirse mayormente beneficiados cuando los distintos formatos grupales persiguen fines terapéuticos determinados. Esto permite que en cada grupo determinado se aborden determinadas cuestiones de la vida del sujeto, como, por ejemplo, aprender a recibir y expresar sus emociones en grupos de sentimientos o, a profundizar temas íntimos y delicados de su historia personal en grupos estáticos. De esta forma, las determinaciones de los grupos son percibidos por los residentes, como elementos de orden y credibilidad del tratamiento (De Leon, 2004)

El cambio terapéutico dentro del trabajo grupal fue definido por Irvin Yalom (2000) como un proceso de enorme complejidad que atraviesa distintas experiencias humanas que funcionan de forma interdependiente. De esta forma, expuso con gran calidad aquellos elementos o factores que intervienen en los grupos y que implican la eficiencia de éstos, en el proceso de cambio. El autor propuso 11 factores terapéuticos de los grupos que se exponen a continuación.

- Por *altruismo* se expone la capacidad de los participantes de brindar ayuda al otro, por otro lado, mediante el altruismo se facilita la experiencia de sentirse útil y construir una mejor vinculación con los demás. La experiencia de asistir, también lo corre al sujeto de la autopercepción de verse continuamente como necesitado o incapacitado de resolver sus problemas, de esta forma, la conducta altruista dentro del grupo actúa como doble reforzador, elevando la autoestima de uno y reconfortando al otro.
- Las personas a menudo sienten que sus problemas no solo son catastróficos, sino que ellos son los únicos con esos problemas. En el trabajo con grupos, la *universalidad* se refiere a aquel elemento por el cual los sujetos se sienten y se dan cuenta que no son los únicos con tales problemas, y que no están solos en la lucha. De esta forma, la situación vivida por el sujeto se naturaliza y se le da

mayor carácter de normalidad, disminuyendo algunas percepciones defectuosas y reforzando el vínculo grupal.

- La *cohesión grupal* es un factor de mucha relevancia al ser un elemento que excluye la aparición de los demás factores. La cohesión implica el complejo de fuerzas que hacen que el grupo se sienta como una unidad y, por tanto, los miembros experimenten una adherencia e identificación hacia él. Solo tras la percepción de esta unidad, los miembros se sienten en condiciones de expresarse, compartir experiencias vergonzosas o dolorosas, recibir y brindar ayuda.
- *Infundir esperanza* son elementos que intervienen en la adherencia del sujeto y contribuyen en la creencia de efectividad terapéutica del grupo. La esperanza se requiere para que otros factores terapéuticos resulten en eficacia y, por otro lado, es indispensable que el sujeto adquiera la percepción de que sus problemas tienen desenlace y que él tiene poder como factor de cambio.
- La *transmisión de información* actúa sobre los componentes cognitivos del no-saber del sujeto. La transmisión de información permite a los miembros enterarse sobre la naturaleza de su problemática, las alternativas de resolución posible y el probable pronóstico de su situación. Éste, es un importante factor terapéutico ya que, al actuar sobre el no-saber, reduce la incertidumbre del sujeto, disminuyendo la ansiedad subyacente y permitiendo el abordaje de otras cuestiones como la resolución de problemas.
- Es frecuente que los individuos con problemáticas de abuso de sustancias provengan de dinámicas familiares disfuncionales o entornos desorganizados o de riesgo. De esta forma, el grupo se presenta como un lugar donde los miembros despliegan sus conductas, reflejando su dinámica familiar y su rol dentro de ellas. La *recapitulación correctiva* ofrece a los miembros, la posibilidad de interactuar de formas alternativas o más funcionales con los demás miembros, líderes o, los coordinadores del grupo.
- La *socialización* se refiere a la permanente interacción social que resultan en los grupos. La interacción social sustenta el continuo flujo de retroalimentación comunicacional, facilitando el *feedback* y posibilitando la evaluación del impacto de las conductas o reacciones de un miembro sobre le otro.
- El aprendizaje vicario es el aprendizaje que se da mediante la imitación u observación de un modelo de conducta preexistente (Bandura, 1986). De esta

forma, en el trabajo con grupos, la *imitación de conductas* ofrece a los miembros una constante oportunidad de emplear modelos de conducta más adecuados, y, de la misma forma, aprender cuales son las reacciones o conductas que conducen a consecuencias indeseables.

- El *aprendizaje interpersonal*, resalta el hecho de que la confirmación de la autodefinición es un elemento crucial en la estabilidad mental y en nuestro ser social. Esto quiere decir, que las interacciones sociales no se realizan por el solo hecho de obtener información o procurar algo de forma explícita, sino que en dicha interacción buscamos reafirmarnos mediante el otro, lo que resulta en el sujeto en una constante actualización de su identidad, de su pensar y la percepción que tiene de él, y de la que tienen los demás sobre él. Por tanto, la interacción dentro de los grupos ofrece a los miembros no sólo la oportunidad de aliviar su malestar, sino la de pensar y hacerse de forma diferente con y en relación a los demás.
- La *catarsis*, dentro de un marco ligado a la cohesión grupal y a la universalidad, constituye un factor terapéutico muy relevante en los miembros, al generar una descarga emocional que da alivio y es reconfortante. Sin embargo, la descarga de emociones no implica por si sola un factor terapéutico, sino en la medida que se vincula con los demás factores grupales.
- Los *factores existenciales* incluyen el reconocimiento de que la vida no siempre es justa, del hecho de a veces no es posible escapar de algunas contingencias, y de que uno tiene que hacerse cargo de su propia vida. El asumir e implicarse en estos factores, contribuye un mejor pronóstico terapéutico, y todos los integrantes, contribuyen con sus roles y experiencias a interiorizarse de tales factores.

4. Método

4.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

Para realizar este estudio se tomó el caso de una paciente en de 21 años con trastorno por consumo de sustancias, en comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. Inicio de consumo de THC a los 12 años y, de cocaína y benzodiazepinas a los 17 años. Desde julio de 2017 asiste a una institución para sujetos con consumo problemático de sustancias en calidad de internación. Anteriormente realizó tratamiento psicoterapéutico sin resultados favorables.

Se tuvo en cuenta también, en la descripción del caso, los aportes del director de la institución, operador socio terapéutico con más de 15 años de experiencia en el ámbito del consumo problemático de drogas. Por otro lado, se recurrió a la psicóloga, encargada de coordinar la mayoría de los grupos terapéuticos y principal terapeuta de la paciente. Por último, se tomó en cuenta las apreciaciones de la psiquiatra de la institución. Tales profesionales, están especializados en la problemática sobre drogodependencias y cuentan de forma conjunta con más de 30 años de experiencia en comunidad terapéutica y pacientes con dicha problemática.

4.3 Instrumentos

- Historia clínica de la paciente, donde se obtuvo información de su diagnóstico, síntomas, y antecedentes relevantes.
- Observación participante y no participante en distintos talleres grupales de la institución donde se buscó información de la forma que tiene la paciente de manejarse dentro de la dinámica de la institución y, de qué forma intervienen los profesionales en tales talleres.
- Entrevista semi-estructurada con la paciente donde se procuró ahondar su percepción sobre su sintomatología y los cambios autopercebidos dentro del proceso de rehabilitación.

- Entrevista semi-estructurada con la psicóloga de la paciente en la cual se buscaron datos que hagan hincapié en el funcionamiento general y la evolución de la paciente, además de las características de las intervenciones realizadas a dicha paciente.
- Entrevista semi-estructurada con la psiquiatra de la paciente donde se intentó abordar las particularidades del cuadro patológico de la paciente y la finalidad de la medicación en el tratamiento y su repercusión en el proceso terapéutico de la paciente.
- Entrevista semi-estructurada con el director de la institución donde se buscó acceder a una visión más integrada del funcionamiento general de la paciente, además de su progresiva evolución en el tratamiento.

4.4 Procedimiento

Se observó a la paciente diariamente tanto dentro de los talleres grupales como en la dinámica dentro de la comunidad además de salidas recreativas al campo deportivo municipal, agregando dos entrevistas semi-estructuradas con la paciente de unos 45 minutos.

Se trabajó de forma conjunta con el director y la psicóloga de la institución recibiendo constantemente sus percepciones sobre la paciente, sumando acotadas entrevistas semi-estructuradas de forma regular con cada uno de los profesionales. También se participó de las reuniones de equipo.

5. Desarrollo

A continuación, se hará una breve descripción de cómo y en qué contexto se produjo el ingreso de la paciente a la institución, se describirá su estructura y dinámica familiar, el desarrollo de su introducción a su problemática de consumo y los síntomas presentados hasta el comienzo del proceso de internación. Luego se detendrá en las intervenciones realizadas como parte del tratamiento, se buscará dar cuenta del propósito de dichas intervenciones y el preliminar impacto que tuvo en la paciente. Por último, se buscará destacar la evolución que tuvo la paciente dentro del marco terapéutico además de los cambios autopercebidos y observados por los profesionales, haciendo hincapié en su sintomatología y su calidad de vida en general.

5.1 Sintomatología, comorbilidad y funcionamiento general de la paciente con trastorno por consumo de sustancias al inicio del tratamiento.

Los datos del presente apartado se obtuvieron de la historia clínica contrastándolos con la información obtenida de la primera entrevista que el pasante realizó a la residente. Algunos datos fueron alterados para resguardar su identidad.

La paciente, a la que se decidió llamar Martina, tiene 21 años e ingresó a la institución en julio de 2017 en calidad de internación, por motivo de poli-consumo de sustancias. Se presentó muy desalineada, con señales de poca higiene y con una angustia marcada. La paciente refiere haber llegado a un punto de su vida donde decidió que no podía controlar más su situación, el consumo y los esfuerzos por conseguir la droga la habían alejado de sus amistades y familia, la habían desviado de sus responsabilidades, del disfrutar su vida y de su salud en general; criterio para el diagnóstico del consumo perjudicial (OMS, 2000). Todo esto, sirvió como punto de inflexión para que por voluntad propia buscara tratamiento y ponerle un fin a esta situación. Sus padres la acompañaron a la entrevista de admisión, asumiéndose como sus responsables que acompañarían y formarían parte del tratamiento de Martina.

En rasgos generales, y conforme a los datos obtenidos, Martina presenta una forma de ser un tanto inestable, muy emocional y con marcados rasgos distímicos. Se presenta tranquila, amable y colaboradora ante los demás, la mayor parte del tiempo. Mantiene dificultades en sostener cierta estabilidad en sus relaciones interpersonales, posee modestos recursos cognitivos y buena habilidad en trabajos artísticos como composición de canciones o dibujo. Muchas de estas cualidades o rasgos son esperables en cuadros por dependencia de sustancias o TLP (Beck et al., 1993; Kaplan & Sadock, 2006; Molina & Mesías 2015).

A propósito de su estructura familiar, su padre tiene 64 años y maneja una concesión de calesitas en parques y, la madre, de 58 años, desempeña sus actividades como ama de casa, ambos bebedores diarios. Martina es la única hija de esta relación; por otro lado, la madre tiene dos hijas, Valeria y Ana de 34 y 36 años respectivamente (consumidoras de sustancias), mientras que, por su lado, el padre tiene dos hijos varones, Martín (consumidor de sustancias) y Javier, de 36 y 34 años y, una hija mujer de nombre Elva de 40 años (bebedora diaria). Acuña (2006) ya había resaltado la importancia del aprendizaje por modelado de las conductas de consumo transmitidas

transgeneracionalmente. Con respecto a su dinámica familiar, menciona que sus padres nunca le pusieron límites y que “podía hacer lo que quería” y, las esporádicas veces que sus padres intentaban frenarla, ella reaccionaba de forma violenta y rebelde, lo que la llevaba a escaparse de la casa para ir a fiestas o reuniones sociales. Si bien, ella refiere tener una adecuada relación con todos sus hermanos, señaló que siempre existió poca comunicación en la familia en general, describe que ella pasaba “desapercibida” para sus padres, también señaló malos tratos, violencia y desentendimiento, en especial hacia su madre, con la que se buscó, dentro del tratamiento, incluir una re-vinculación; son cuestiones que, asevera Martina, fueron el contexto de riesgo por el cual se fue produciendo su acercamiento a las drogas (Becoña Iglesias, 2008).

Martina comenzó con el consumo de alcohol a los 13 años, en un principio solo los fines de semana, pero en significativas cantidades y con un progresivo aumento, también combinándolo con el consumo de cannabis; se podría decir que, de esta manera, se fue incursionando en el mundo de las drogas. A los 14 años tuvo su primer coma alcohólico seguido por otro episodio a los 15 años, sin embargo, esto no incurrió en que Martina repare en el daño que se estaba haciendo y cese el consumo. No obstante, luego del segundo coma alcohólico empezó a dejar el alcohol a un segundo plano, pero no por sus consecuencias, sino porque otra sustancia estaba comenzando a tomar el primer lugar.

A los 16 años, su familia se traslada a la provincia de Entre Ríos, donde vivirían los próximos cuatro años. Martina refiere que estos años fueron los momentos más lindos que tuvo, haciendo alusión a amistades y parejas significativas. Aquí fue donde su relación con las drogas iba a tornarse más compleja, incorporando las benzodiazepinas como su principal consumo a través de una pareja que también consumía. Refiere que los efectos provocados por las pastillas cada vez eran menores, llegando a consumir cuatro pastillas de *alplx* por día para alcanzar el efecto deseado, sosteniéndolo de forma casi diaria; lo que constituye una clara señal de tolerancia a la sustancia (APA, 2014). Con respecto a su manutención económica, refiere haberse adentrado en la comercialización de benzodiazepinas y en menor medida de cocaína y crack para poder mantener su propio consumo, requiriéndole de todo su tiempo, dejando de lado otras facetas importantes de su vida, condición constituyente de la dependencia psicológica (Kaplan & Sadock, 2006). Seguidamente incurrió en el consumo regular de cocaína, y de éxtasis de forma esporádica.

No obstante las dificultades en las cuales estaba inmersa, logró terminar el secundario, había repetido dos años pero pudo revertirlos y recibirse. Luego procuró seguir un curso terciario, que rápidamente dejó. Comenzó a trabajar, la mayoría de las veces de camarera en “antros” a su decir, o lugares peligrosos y con regular frecuencia de drogas. A razón de ello, siempre estuvo rodeada de amistades y parejas de ámbitos de consumo.

Martina cuenta qué de forma regular, a lo largo de todo su período de consumo, inició numerosos y fracasados intentos por cesar el consumo de sustancias, no llegando a poder sostenerlo por más de tres semanas. Señala que a los 20 años quedó embarazada y, a los 3 meses aproximadamente sufrió un aborto espontáneo, presumiblemente a causa de una sobredosis, comenta que se despertó confundida y cubierta de su propia sangre; esto implicó un fuerte quiebre emocional en su vida, que la llevó al primer intento serio de suspender el consumo, objetivo que no pudo sostener, volviendo rápidamente al consumo. Tomando en cuenta los criterios diagnósticos internacionales (APA, 2014; OMS, 2000), se pueden señalar aquí los numerosos deseos e intentos de cesar el consumo con su consecuente recaída, otra condición para el diagnóstico de las drogodependencias.

La residente se presenta como una persona que tuvo una infancia muy dificultosa, quejándose de su familia porque no le prestaban la atención que ella consideraba, por las situaciones violentas que tuvo que presenciar y que muchas veces se vio incluida y, por las peligrosas amistades que tuvo desde pequeña. Se queja de haber malogrado muchas buenas amistades y relaciones amorosas definiéndose como muy impulsiva y atribuyéndole a esta característica la causa de sus inestables vínculos, si bien, agravadas por las drogas, se señala consciente y responsable de este rasgo propio. También se presenta como una persona sensible y se queja de que, aproximadamente desde sus 17 años, presenta continuos cambios emocionales durante el día, no necesariamente a causa de estímulos apropiados. A propósito de esto, se refiere que es una situación angustiante y muy fatigadora, no poder sostener un estado de tranquilidad o de alegría, o tener que oscilar entre altibajos durante toda la semana, además de tener que pasar por numerosas crisis de angustia. Señala a este rasgo suyo, como el mayor obstáculo a la hora de controlar sus conductas de consumo y además, se refiere a que, el consumo que efectuaba, muchas veces tenía que ver con el estado ánimo de ese momento, intentando de esta forma, “equilibrarse” o mermar esas

desmedidas emociones; esto se coincide perfectamente con lo dicho por Molina y Mesías (2015), cuando expresan que, muchas veces, el consumo de sustancias en personas con TLP actuaría en forma de un intento de “automedicación” de sus desmedidos estados. Trayendo lo anteriormente dicho por Keegan (2006) y, nuevamente Molina y Mesías (2015) sobre los síntomas nucleares de los pacientes con problemáticas de consumo y TLP, es posible observar aquí, no solo como se presenta el escaso control de impulsos y la desregulación emocional como síntomas sobresalientes de su funcionamiento general, sino también como repercute de forma negativa en sus relaciones interpersonales, familiares y conductas de afrontamiento.

Teniendo en cuenta la teorización del craving (Beck et al., 1999), síntoma criterio para el diagnóstico de drogodependencias (APA, 2014; OMS, 2000) se expone lo siguiente: la residente, ha manifestado numerosos y continuos bajones anímicos o episodios de angustia aparentemente fomentados por su desregulación emocional (Molina & Mesías, 2015), lo que la llevaba, señala Martina, a tener intensos deseos de consumo cada vez que tenía estos episodios displacenteros, de igual forma, cuando estaba muy ansiosa o estresada; así las cosas, su craving era guiado mayormente por sus estados anímicos, lo que correspondía a un craving como *respuesta a la falta de placer*, en donde los impulsos por consumir se generan mayoritariamente como un recurso para afrontar y “regular” esos episodios displacenteros.

Por último, también se señala una ligera base ansiosa sobre las expectativas que tenía sobre la opinión de los demás. A propósito de los primeros días dentro de la comunidad terapéutica, lo explica señalando numerosas incomodidades, nervios y palpitaciones que sucedieron durante este periodo, por el solo hecho de tener que convivir, de repente, con muchas personas desconocidas, y por la intensa sensación que le generaba tener que expresarse en los grupos. Menciona que ésta característica la tuvo siempre, la cual la resolvía drogándose y, constituyeron una dificultad para sus relaciones interpersonales, concientizándose de esto, a partir de los primeros días dentro a la comunidad. Se describe con muchas inseguridades con respecto a la opinión de los otros, atribuyéndole un determinado valor, que terminan incidiendo en su estado de ánimo, generando y fomentando episodios de angustia. Esto es congruente con las conclusiones obtenidas en los estudios de comorbilidad sobre consumidores de cocaína (Bobes et al., 2011; Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006; Kaplan & Sadock, 2006; Larragaña, 2006; Marín-Navarrete et al., 2013; Molina &

Mesias, 2015), donde se señalan que sería más frecuente observar sintomatología ansiosa en consumidores regulares de cocaína, que, en consumidores de otras sustancias, como, por ejemplo, cannabis.

5.2 Intervenciones realizadas a la paciente dentro de la comunidad terapéutica.

En este apartado se propondrá hacer una muy breve descripción de la estructura terapéutica del trabajo en modalidad residencial dentro de la institución. Una vez descrito los lineamientos del programa, se hará un recorrido por las intervenciones efectivamente realizadas a la paciente en cada fase del tratamiento, se explicarán sus objetivos y sus repercusiones más inmediatas. Los datos incluidos en esta sección fueron extraídos de la observación participante y no participante realizada por el pasante dentro de los grupos terapéuticos, además de las entrevistas con la residente, la psicóloga y la psiquiatra de la institución.

5.2.1 Programa de tratamiento de la comunidad terapéutica.

Como se expuso anteriormente en la introducción, la institución donde se realizó la práctica de habilitación profesional, es una comunidad terapéutica que ofrece un tratamiento residencial y ambulatorio a personas con problemáticas de adicciones. Cabe destacar que es una institución mixta, donde se cuenta con lugar para 18 residentes varones y 9 residentes mujeres; a esto se le suman los pacientes que realizan un tratamiento ambulatorio, asistiendo diariamente pero no ocupando las instalaciones habitacionales.

El trabajo residencial dentro de la comunidad, comienza con una fase de admisión en donde se evalúa el estado y la situación particular del sujeto a ingresar, teniendo en cuenta que cumpla los criterios necesarios para poder ser incluido dentro de la institución, como ser, una problemática por consumo de sustancias, un estado clínico que no le impida realizar las actividades que requiere la comunidad o, también, tener en cuenta, características que puedan poner en riesgo el proceso terapéutico suyo o de los demás residentes (De León, 2004).

A continuación, se traen los trabajos de De León (2004), Goti (2000) y Sanchez-Mejorada (2015) para señalar, como la división por etapas del programa terapéutico de esta institución, resulta una homologación, a la estratificación del tratamiento propuesto por estos autores; sin embargo, algunas etapas se superponen con otras en este caso. De

esta forma, el tratamiento en esta institución se ensambla en: una etapa de internación, que comprendería la *etapa de inducción* y, el *tratamiento primario*, con una duración aproximada de 6 meses, en donde, como ya se ha expuesto, se intenta introducir progresivamente al residente en la dinámica y estructura de la comunidad e ir enseñándole las herramientas necesarias para afrontar y resolver situaciones que hasta el momento resultaban en conflicto. Las herramientas que se procura que los residentes adquieran, se transmiten mediante la enseñanza espontánea del staff o los residentes más antiguos pero, principalmente mediante los *grupos de inducción*, que son talleres específicos para la enseñanza de estos recursos, además de contener y tratar las primeras quejas e inquietudes que traen los residentes; las herramientas son, pedir explicaciones, aprender a respetarse los sentimientos, correr y separar situaciones de conflicto, blanquear transgresiones o faltas, entrenar habilidades resolutivas y, registrar sentimientos y problemáticas propias. Resulta pertinente, profundizar aquí en qué consisten los pedidos de explicaciones en esta comunidad; cada vez que algún residente comete una falta o actitud inadecuada, como, por ejemplo, léxico de calle, actitudes desatentas, comentarios o conductas fuera de lugar, incumplimiento de normas, entre otras, el residente que advierte la situación debe pedirle inmediatamente explicaciones por lo que acaba de cometer y darle una ayuda correspondiente para poder remediar esas cuestiones, siempre de forma respetuosa y con un protocolo. De esta forma, el sujeto que comete la infracción es advertido de sus conductas inadecuadas y que no le hacen bien, además de recibir una sugerencia para poder sobrellevarlas mejor y, el que hace el pedido, aprende a comunicarse de una forma no impulsiva ni agresiva, pudiendo lograr interacciones más adecuadas con sus pares. Así las cosas, se empieza a generar un ambiente de aprendizaje constante, sostenido socialmente (Bandura, 1982) y dirigido por el equipo terapéutico, haciéndose visible la enseñanza de herramientas mediante sus intervenciones (Beck et al., 1999).

En la fase residencial, también se participa de grupos terapéuticos que procuran ser oportunidades para poder poner en práctica las herramientas que se están aprendiendo, como ser *grupos de apertura y cierre* cada día, buscando aquí, el aprender a registrar sus sensaciones del día y poder expresarlas frente a sus compañeros; *grupos de sentimientos*, donde se manifiestan el registro de emociones frente a situaciones que van ocurriendo en la semana, además de aprender a expresarlas de forma adecuada y saber respetar y comprender las emociones del otro; también, *grupos estáticos*, que son

espacios terapéuticos para residentes más avanzados en la fase residencial, donde se entiende que el sujeto ha aprendido medianamente a manejar las herramientas y es tiempo de empezar a trabajar sus circunstancias más personales y complejas, se trata de grupos reducidos, conformados estratégicamente según la personalidad de cada integrante, donde los miembros presentan su historia de vida y acontecimientos más dolorosos, recibiendo la ayuda y comprensión de sus compañeros, además de la guía y devoluciones del coordinador. Los residentes también reciben talleres de arte, yoga y salidas deportivas buscando la dispersión y la flexibilidad de la rutina siendo espacios eficaces para poder observar el desenvolvimiento “en cancha” de los residentes. Por otro lado, se trabajan con *consecuencias*, entendiéndose como situaciones de aprendizaje o medidas de cuidado, que son aplicadas ante la falta deliberada hacia las normas y estructura de la comunidad, tratando de recrear la sociedad en la que no se pudo insertar, pero incluyendo las direcciones y límites que nunca tuvo. De esta forma, resulta idóneo lo dicho por Goti (2000) donde señala que el trabajo en comunidad terapéutica intenta ser una recreación de una adecuada vida en sociedad, así las cosas, las *consecuencias* ayudarían a marcar los límites que de forma implícita están inmersos en una sociedad, aprender a convivir con ellos, poder ponerse límites uno mismo ante conductas riesgosas y poder trabajar la tolerancia.

Luego de un pasar exitoso por la primera etapa se continúa en un *tratamiento ambulatorio* en la mayoría de los casos, donde se dividen en *fase inicial*, *fase intermedia* y, *fase final*. En la fase ambulatoria, correspondiente con la fase de *re-ingreso* extraída de los trabajos de Goti (2000), De León (2004) y Sanchez-Mejorada (2016), el sujeto ya no reside en la institución, pero si recurre frecuentemente a ella y, se encuentra trabajando o con alguna actividad estable. La fase ambulatoria de esta institución no se desarrollará en extenso, al no ser un nivel alcanzado en el tratamiento de la paciente Martina.

5.2.2 Intervenciones

En esta sección se procurará puntualizar en las medidas e intervenciones efectuadas hasta el momento en el tratamiento de internación de Martina. Se tomarán las subdivisiones de *fase de inducción y tratamiento primario* (Goti, 2000; De León, 2004; Sanchez-Mejorada, 2016), para una mejor descripción.

5.2.2.1 Fase de Inducción

La evaluación de admisión que se le practicó a Martina determinó que por sus circunstancias y por la complejidad de su problemática, un tratamiento ambulatorio no era lo adecuado para ella: se encontraba desbordada y no podía seguir exponiéndose a situaciones que la llevaran al consumo, era de suma importancia controlar los estímulos que recibía (Beck et al., 1999), por esta razón, se propuso un tratamiento de internación, que duraría, en primera instancia, unos 6 meses aproximadamente.

Antes de ingresar a la institución, se realizaron las revisiones correspondientes a las pertenencias que iba ingresar a la institución, atendiendo en que no ingresara drogas, elementos peligrosos u objetos no permitidos por la entidad. Se le asignó un médico para que le hiciera una revisión clínica y constatare si ingresaba a la institución con lesiones o daños en el cuerpo y, se informara de su estado de salud general para incluir y adelantar futuros tratamientos médicos, de ser necesarios, en su rehabilitación. Al cuarto día se le realizó una evaluación psiquiátrica recetándole con 12,5 mg de diazepam 3 veces al día, 12,5 mg de carbamazepina también dos veces al día y risperidona 25 mg una vez al día, después del desayuno y después de la cena; realiza un diagnóstico presuntivo de trastorno por consumo de sustancias comórbido con trastorno límite de la personalidad y, sobresaltando la pronunciada crisis de angustia con la que ingresó. Se le asigna un lugar para dormir en la habitación para mujeres, un cajón de pertenencias en la oficina del staff y un espacio para medicación clínica y psiquiátrica en el armario de medicación.

La primera semana se le dio un lugar de observación no participante dentro de los grupos y actividades. El objetivo fue que empezara de forma lenta y progresiva a asimilar la dinámica y estructura de la comunidad, sin precipitarla o cargarla con demasiada información en poco tiempo y que esto, generara montos de ansiedad o stress no deseados. En los dichos de De León (2004), se corrobora como los primeros momentos dentro de la comunidad consisten en días cargados de mucha ansiedad y, frecuentemente angustiosos puesto que, generalmente, acuden a una comunidad terapéutica porque estaban en una crisis que ya no podían manejar. De esta forma, se entiende la directiva de la comunidad a ir incluyéndola de apoco en las actividades, dándole mayor importancia por el momento, a que descanse y se tranquilice. Se le asignó una *hermana mayor*, para que la acompañara de cerca los primeros días, sea

mediadora de algunas de sus necesidades y vaya introduciéndola en las normativas y herramientas con las que deben manejarse dentro de la comunidad.

A la semana siguiente de la internación, se la pasa a estructura, esto quiere decir, que, habiendo tenido una primera aproximación a las actividades, normativas y dinámicas de la casa, ya es el momento para que empiece a participar como una residente más. Esto conlleva a participar dentro de los grupos, ejecutar las herramientas como por ejemplo el pedido de explicaciones, seguir las normas de la comunidad, participar de las actividades de cocina, limpieza y mantenimiento de la casa, además de poder recibir consecuencias en caso de faltas a las normas. Las normativas de la comunidad tenían como objetivo ir estructurando su rutina, condicionando actitudes prosociales y adaptativas y, contracondicionar conductas inadecuadas o disfuncionales, lográndolo, mediante el refuerzo y el contracondicionamiento (Acuña, 2006). Esto generó constantes movilizaciones sintomáticas, pero, aun así, se logró observar motivación en su afrontamiento, aunque muy limitado por sus inclinaciones ansiosas o dificultados recursos (Prochaska et al., 1992).

Se la incluye en los llamados grupos de inducción, en que, como se expuso anteriormente, el objetivo sería enseñarle el uso de herramientas necesarias para manejarse dentro de la comunidad. El objetivo de estas herramientas fue el de otorgarle a Martina, recursos de afrontamientos, con los cuales poder resolver las situaciones de una forma alternativa a las que venía usando hasta ahora. Como ya había mencionado Beck et al (1999), los sujetos con esta problemática mantienen escasos y defectuosos recursos para afrontar situaciones de stress, con lo cual, estas herramientas resultan fundamentales para trabajar la tolerancia, la comunicación y conductas adaptativas. En los grupos de inducción también se procuró, calmar ansiedades propias de los primeros días, contener la angustia, asesorarla de cómo seguiría el proceso de rehabilitación y, atender circunstancias particulares de la paciente; con respecto a esto último, Martina recalcó el hecho de su problemática con la madre, siendo un factor que le provocaba un malestar de tal medida, que fue necesario ir tomando medidas particulares para resolver esta cuestión.

A partir de la segunda semana, los padres debían asistir periódicamente a los grupos para padres, que tenían como objetivo, el trabajo de las medidas de cuidado necesarias para acompañar en el proceso terapéutico de Martina. Un ejemplo, pertinente de la necesidad de incluir a los padres en el tratamiento, era el hecho del consumo

explícito y diario de alcohol que sucedía entre sus padres y, como ya lo explicó Acuña (2006) sobre como la conducta de consumo frecuentemente es modelada transgeneracionalmente y, reforzada por Keegan (2006) cuando resalta que es un factor muy importante en la causalidad de los trastornos adictivos, resultaba fundamental trabajar el control y la prudencia de este tipo de conductas, además de concientizar la repercusión que puede tener estas cuestiones en el mantenimiento de las conductas de consumo de su hija. Gradualmente, también se fue procurando realizar un trabajo de revinculación con la madre. Estas intervenciones con la familia movilizaron mucho a Martina, generando, en primera instancia, enfrentamientos y situaciones de conflicto con ellos, al reabrir temas que por mucho tiempo se encontraban sin abordarse.

Una vez pasada a estructura, fue incluida también en los grupos de sentimientos, esto requirió que Martina hiciera un trabajo de autorregistro constante de las emociones que iba experimentando en la casa, debía anotarlos en el momento y depositar la nota en la caja de sentimientos, para, la semana siguiente, expresárselo al compañero o compañera con quien estuvo relacionada la emoción. Como había expresado Beck et al. (1999) sobre la relevancia de esta estrategia, tuvo como objetivo, mejorar la concientización de sus emociones, cuestión muy importante en Martina considerando sus frecuentes altibajos anímicos, que muchas veces, expresaba no entender lo que le pasaba o por qué se sentía de esa forma, aumentando la desesperación y la impotencia. A este respecto, resulta muy oportuno los aportes del director de la comunidad (Comunicación personal, 15 de septiembre de 2017), cuando expresa como estas personas tienen mucha dificultad para reconocer lo que sienten, y expresan una gran multiplicidad de emociones bajo la expresión “estoy con bronca”, incluyendo aquí la ansiedad, la ira, la angustia, la impotencia, etc. Otro objetivo de estos grupos fue que Martina pudiera aprender a expresar sus malestares con sus compañeros sin la posibilidad de hacerlo de forma violenta, o impulsivamente, esto era muy importante ya que el manejo agresivo de sus emociones la habían llevado, en un pasado, a dañar muchas relaciones interpersonales incluyendo a sus familiares. De esta forma, la meta de los grupos de sentimientos se hace coincidente con lo propuesto por Keegan (2009) cuando entabla que el principal objetivo de un tratamiento cognitivo-conductual debe ser tratar la desregulación emocional y las conductas impulsivas que frecuentemente presentan estos pacientes. Esta tarea, entonces, resultó de gran importancia en el

reconocimiento de sus emociones, y progresivamente fue disminuyendo la gravedad de episodios.

Alrededor de la cuarta semana, se le asignó un psicólogo para que realizara, a su vez, una terapia individual que funcione como complemento del proceso terapéutico dentro de la institución. En este espacio se procuró empezar a trabajar mediante un descubrimiento guiado (Beck et al., 1999), cuestiones más personales, como ser, las creencias disfuncionales que sostenían sus conductas desadaptativas, averiguar el contexto en el que sus fluctuaciones afectivas tenían lugar y la manera de afrontarlas, además de cuestiones personales, que por su índole no podía compartirlas en otros espacios.

Si bien algunos factores terapéuticos son propios de la modalidad de abordaje dentro de una comunidad terapéutica y no constituyen intervenciones propiamente dichas de un terapeuta, cabe resaltar el efecto terapéutico que tuvo la modalidad de tratamiento en este caso y, a que fines específicos respondía a la necesidad de decidir por un tratamiento de internación dentro de una comunidad terapéutica. Considerando la disfuncionalidad del contexto familiar en que se crió Martina, sus inestables relaciones sociales y la falta de una estructura o guía, que ordene y direcciona su día a día, fue de fundamental importancia el efecto que tuvo la estructura y dinámica del grupo comunitario en esta cuestión. Haciendo pie en la conceptualización de Yalom (2000) sobre la recapitulación correctiva y tomando la necesidad, en el caso de Martina, de ofrecer formas alternativas y más funcionales de vincularse dentro de un contexto familiar, los compañeros, el staff y la estructura de la comunidad en general ofrecieron el marco ideal para que ella pueda jugar su rol dentro de una estructura contenida y ordenada, aprendiendo y poniendo en práctica nuevos recursos para resolver conflictos de una manera más adaptativa y no impulsiva como lo venía haciendo. El objetivo de esto, al decir de Goti (2000) fue establecer una reorganización personal, en donde la dinámica de la comunidad sustituya a la familia y al grupo primario, permitiendo trabajar desde esa dinámica, que fue pauta y controlada. A propósito de esto, cuando se le pregunta a Martina que cosas encuentra positivas en el trabajo en la comunidad, se pronuncia de la siguiente manera, *“Yo creo que lo mejor de la casa es la estructura que tiene, la rutina, me ayuda a ordenarme y mantenerme estable, sino me cuesta mucho. Con eso pude disminuir mis bajones, me obliga a seguir, y el ver como mis compañeros también lo hacen me ayuda a ver cómo se puede hacer y eso incentiva”*. Así las cosas,

resulta claro como el aprendizaje, de recursos de afrontamiento, en este caso supone un aprendizaje social (Bandura, 1983) incluyendo toda la situación de aprendizaje, como ser, la observación de los logros de otros compañeros, la motivación, sus propios recursos, sus expectativas y la abstinencia. Todos estos factores, entre otros, influyeron positivamente en la autoeficacia de Martina, generando una mejor autoestima y repercutiendo positivamente en sus recursos de afrontamiento (López-Torrecillas et al., 2002).

Tratamiento Primario

Después de los primeros 30 días de ingresar a la comunidad, se fue procurando que Martina entrara de lleno en algunas dificultades centrales, como ser, su historia familiar, sus síntomas más limitantes y el craving.

Como ya lo habían planteado los trabajos de De León (2004), Goti (2000) y Sanchez-Mejorada (2015) esta fase representó un momento muy volitivo, en donde los episodios de angustia fueron frecuentes, el craving y las ganas de abandonar el tratamiento fueron una queja diaria y, consecuentemente se debió tomar otras medidas en el tratamiento de Martina.

La medida inmediata, y que ya se venía intentando de forma leve en la fase de inducción, fue el constante señalamiento de sus dificultades y sus maneras disfuncionales de afrontarlas, proponiéndole contantemente formas alternativas de hacerlo. Estas intervenciones, fueron especialmente observadas en los grupos de apertura y cierre de cada día, en donde la residente frecuentemente verbalizaba quejas o traía los pensamientos que le causaban desagrado o le estaban trayendo dificultades, en el cual rápidamente se le señalaba y se la invitaba a ponerse un objetivo semanal, como por ejemplo, “esta semana voy a tratar de registrarme lo más que pueda para poder entender por dónde vienen mis altibajos”, “creo que lo importante ahora, sería poder compartir con mis compañeros lo que me viene pasando”, “esta semana voy a ponerme las pilas con las explicaciones y los sentimientos”.

Al mes aproximadamente de la internación, una nueva evaluación psiquiátrica decidió retirarle la risperidona de su medicación y disminuir la dosis de diazepam, considerando que la agudeza de su crisis de angustia ya había pasado, procediendo a dejarla con 12,5 mg de diazepam y 12,5 mg de carbamazepina dos veces al día.

Otra acción necesaria fue la inclusión a los grupos estáticos, en donde como ya se explicó, consisten en grupos en donde abordan temas de su vida más íntima y personal. Mas allá de que este sea un paso ya programado para cualquier residente, es posible ubicar los propósitos específicos que se buscaron con esta intervención en el tratamiento de Martina.

Los grupos estáticos tuvieron como meta, por un lado, mermar la ansiedad provocada por los constantes deseos de abordar sus problemáticas más íntimas, hecho que Martina ya lo venía demandando y, poder resolver cuestiones de su pasado que repercutían problemáticamente en el aquí y ahora. Esto se trató mediante la reatribución de la responsabilidad (Beck et al., 1993) que ella pensaba tener sobre ciertos acontecimientos que le sucedieron y, por otro lado, por el sencillo hecho de darle un espacio en donde poder expresarse y transmitir sus penas recibiendo las ayudas y atenta escucha de sus compañeros. A propósito de esto, Martina expresó lo siguiente: *“Lo que más por ahí siento que me sirvió en este último mes fueron los estáticos, porque podía descargar y contar todo lo que me pasó, eso me hacía bajar un cambio, escuchar a mis compañeros también. Primero me ponía re nerviosa y no podía hablar por miedo a lo que digan los otros, pero luego sentí mucha comprensión de parte de todos, me hacía tener fe y no me sentía sola en esto”*. Aquí fue posible señalar como en este tipo de grupo se pudo sacar provecho de diversos factores terapéuticos mencionados por Yalom (2000), como ser la *catarsis*, la sensación de que no está sola en esto ni ella es la única que tiene ese tipo de problemas (*universalidad*) y, el motivador hecho de poder recibir esperanza mejorando sus expectativas para el futuro (*infundir esperanza*).

Resulta necesaria la descripción de ciertas actividades dentro del tratamiento como ser, las clases de arte y dibujo, las actividades deportivas y las clases de yoga. Las clases de arte, considerando la inclinación de Martina hacia estas actividades, fueron un espacio muy aprovechado por ella, resultando un espacio en donde podía ver como sus habilidades eran útiles y bien apreciadas, condicionando así, positivamente su *autoeficacia* (Marlatt & Gordon, 1985). Las actividades deportivas realizadas en el campo deportivo municipal tuvieron como objetivo lo expuesto por Beck et al. (1999) a propósito de la necesidad de incluir actividades aeróbicas en el tratamiento para, en este caso, mejorar y modificar la disfuncional creencia de Martina sobre sí misma, acerca de su autopercepción, y, al mismo tiempo, procurar que se identifique y aprecie los beneficios de una forma de vida saludable, en vez de una vida de consumo; esta

llevaría gradualmente a que Martina, modifique creencias y adopte otras, que mejoren su *autoeficacia* y sus recursos de afrontamiento (Marlatt & Gordon, 1985) . Como anteriormente se expuso (Beck et al., 1999; Molina & Mesías, 2006) los síntomas ansiosos son una frecuente dificultad en el consumo problemático y especialmente en el consumo de cocaína y, siendo el caso de esta residente, las actividades de yoga tuvieron como objetivo el ofrecer una herramienta para afrontar estas dificultades, procurando afrontar el craving y sus síntomas ansiosos de una manera más funcional (Beck et al., 1999); sin embargo, este no fue un espacio significativamente aprovechado por Martina, verbalizando desinterés e indiferencia con respecto a la tarea.

5.3 Evolución del cuadro de la paciente después de tres meses de tratamiento

Intentando estratificar el proceso de Martina, se procurará entenderla desde los estadios de Prochaska et al. (1992). En primera instancia, se debe considerar de forma breve la evolución que tuvo en el transcurso del proceso terapéutico, para así, tener una visión más acabada de la situación actual de la paciente.

Se puede considerar que antes de ingresar, Martina podría encontrarse en un momento avanzado del estadio de la *preparación* (Prochaska et al., 1992) puesto que sus deseos por afrontar su consumo eran evidentes, señalando numerosos intentos defectuosos de resolverlo, haciéndose evidente así, la confusión de las estrategias que implementaba para afrontar su problema. Una vez ingresada a la institución, se pudo observar como los deseos de cambio mantuvieron una ligera pero adecuada motivación en el tratamiento, pudiéndose observar esto en su desempeño tanto en las actividades de esparcimiento, como en los grupos terapéuticos o desempeño en cancha. Considerando esto, se hace congruente la postura de no incluir intervenciones muy agotadoras en esta fase e ir avanzando de forma gradual y paulatina, con lo propuesto por De León (2004), Goti (2000) y Sanchez-Mejorada (2015) y, en base a esto, adecuar las intervenciones a la motivación presente de cada estadio (Prochaska et al., 1992). Una vez atravesado este estadio, después de los primeros 30 a 45 días de iniciar tratamiento, se podría entender que Martina había mostrado indicadores coincidentes con el estadio de la *acción* (Prochaska et al., 1992), manifestando un mayor compromiso en sus maniobras de cambio, sin embargo, este momento fue acompañado de frecuentes deseos de abandonar tratamiento, señalando cansancio y deseos de volver a su casa, lo que demandó, como era esperable en esta etapa, un mayor trabajo del equipo terapéutico. Si bien, este momento terapéutico fue abordado con entusiasmo y buena motivación en algunas

ocasiones, también se presentaron diversos bajones anímicos o episodios de angustia, a lo que, eventualmente llevaron a la recaída del tratamiento.

No obstante la recaída del tratamiento, se pudieron observar diversas mejoras en el funcionamiento general de la residente, desde sus recursos y habilidades básicas hasta sus síntomas y la motivación.

A lo largo del tratamiento se pudo observar, en primer lugar, como las quejas con respecto al craving iban disminuyendo, primero por su intensidad y luego en la recurrencia; pudiendo corroborar esto, no solo en la verbalización de la paciente sino en los informes de salida de los fines de semana, redactados por sus padres, que eran dados a la institución, en donde, pese al haber, en algunas ocasiones, estado frente a elementos de consumo (alcohol) o, cruzarse con ex-amigos con quienes consumía, ella pudo afrontar la situación de una manera adecuada usando las herramientas que había aprendido.

Conforme la familia se fue introduciendo en el tratamiento, también se pudo constatar una mejoría en esta variable, puesto que la familia presentaba un mayor nivel de compromiso con las tareas y medidas de cuidado hacía su hija y, por la positiva repercusión que causaba esto en Martina, mejorando su estado de ánimo en general y su autoestima. Estas mejorías eran previsibles teniendo en cuenta la relevancia del factor familiar señalado en los trabajos de Becoña Iglesias (2008) y Bobes et al. (2011).

Con respecto a su autoimagen y su estado afectivo en general se puede señalar lo siguiente. Si bien, los bajones anímicos abruptos y recurrentes seguían presentes, se pudo observar una leve mejoría en su estado de ánimo en general, pudiéndose corroborar esto, por un lado, en las medidas de autocuidado que presentó, como la higiene diaria y su cuidado nutricional (pérdida de peso) y, por otro lado, en la remoción de algunos pensamientos automáticos sobre su imagen que le causaban angustia; objetivo de un modelo cognitivo-conductual que busca la remoción de aquellos pensamientos disfuncionales que subyacen a los síntomas (Beck et al., 1999; Beck, 2000). Esto también se constató en las muestras de entusiasmo frente a las actividades que fueron de su agrado, como las clases de arte o compartir con sus compañeros.

También fue posible observar modificaciones en su modo de afrontar situaciones mediante los recursos aprendidos en la comunidad. Si bien, los recursos de afrontamiento de Martina no se encontraban escasos al momento de ingresar, si se veían

muy dificultados por otros variables como ser, su estado de ánimo, su familia, la dependencia, entre otras; por lo tanto, resulta claro que una mejoría en estos factores repercutió de forma favorable en el potencial de sus recursos. Esto se puede corroborar, por un lado, en la progresiva creatividad que desplegó en las clases de arte, siendo sus producciones las más elogiadas entre sus compañeros, trasladando esto, a su autoimagen, en donde practicaba distintos cortes de cabello, a lo cual, ella se pronunciaba señalando que lo hacía para levantar su ánimo en momentos de angustia, y también porque efectivamente le gustaba; por otro lado, también se pudo corroborar un mejor manejo de las situaciones que le provocaban ansiedad, disminuyendo sus palpitaciones al hablar en los grupos, pudiendo aprender a expresarse de una manera más clara y precisa.

Trasladando el aprendizaje de recursos que tuvo Martina a sus síntomas más limitantes, entiéndase, la desregulación emocional y su impulsividad, éstos no tuvieron, a los tres meses de tratamientos, una modificación tan significativa como si lo fue en otras áreas. Si bien sus abruptas desregulaciones afectivas disminuyeron en su intensidad, seguían siendo una dificultad frecuente y demandando mucha energía en el tratamiento, tanto de su parte como del equipo profesional. En tanto su conducta impulsiva, se observaron pocas situaciones significativas, señalando un conflicto menor con una compañera y dos intentos serios de abandonar el programa, uno de ellos, lo acabaría por concretar, significando el fin del tratamiento para Martina.

Con respecto al momento de abandono, resulta pertinente señalar, que fue una acción un tanto premeditada, habiendo analizado una presunta oferta que tenía desde antes de ingresar al tratamiento, de irse a otro país a trabajar, en donde podría empezar una nueva vida, a su decir. Comenta que su plan era trabajar para juntar dinero y poder concretar el viaje, no pudiéndolo realizar estando dentro del programa. Por otro lado, la familia no estaba de acuerdo con su salida, que intentó contenerla en sus deseos de abandonar el tratamiento, lo cual no tuvo efecto frente a la seguridad de la decisión de la residente.

6. Conclusiones

A lo largo de este trabajo, fue posible la recolección de los datos necesarios para la posterior descripción del funcionamiento general, al inicio del tratamiento, de una paciente internada en comunidad terapéutica por Trastorno por Consumo de Sustancias

con una comorbilidad concomitante de Trastorno Límite de la Personalidad. También fue posible describir el tratamiento recibido y su evolución al cabo de tres meses.

Cierto es que las problemáticas actuales por el uso de drogas generan una importante repercusión en el sistema de salud mundial, no discriminando entre culturas ni clases sociales. Como se pudo constatar en el informe nacional sobre consumo de sustancias (DNOAD, 2017), nuestro país, en los últimos años, ha sufrido un incremento de la “normalización” del uso de drogas tanto legales como ilegales, variable que repercute directamente sobre la salud de nuestra sociedad, impactando en los centros de salud y demandando una mayor formación y compromiso de los profesionales avocados a estas problemáticas.

Se procuró explicar de qué forma, afecta el abuso de sustancias a las personas, en primer lugar, definiéndola como un patrón de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que repercuten negativamente y de forma significativa en la vida del individuo, en donde se destacan como síntomas principales, la dependencia tanto psicológica como fisiológica, la desregulación afectiva y el escaso control de impulsos (APA, 2014; Kaplan & Sadock, 2006; Keegan, 2009; OMS, 2000). Por otro lado, cabe destacar el frecuente contexto psicosocial en el que se forman estos trastornos, caracterizándose principalmente por familias disfuncionales, antecedentes familiares de consumo, insatisfacción de las necesidades básicas, proximidad y fácil acceso a las drogas, además de poseer un grupo primario insalubre que fomenten estas conductas como principales vías de afrontamiento de situaciones (Becoña Iglesias, 2008). Todas estas variables, van produciendo un quiebre en las áreas de la vida del sujeto, afectando no solo su salud, sino favoreciendo el abandono de facetas importantes de su vida, como la educación o el trabajo, su dinámica familiar, sus relaciones interpersonales, comprometiendo su situación económica y avocando todas sus actividades a la búsqueda y uso de drogas.

Se buscó describir el abordaje de estas problemáticas desde el modelo cognitivo-conductual, abogando su probada eficacia para el tratamiento de las drogodependencias (Carles, 2002; Gonzales Lomba & López Duran, 2017; Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo, 2008; Oropeza Tena et al., 2007; Rodríguez-Cano et al., 2016; Sanchez Hervás et al., 2002). Se explicó cómo, desde este modelo, las conductas adictivas se conciben como defectuosos mecanismos de adaptación sostenidos por distorsiones del pensamiento y, como esto, sumado al contexto psicosocial de estos sujetos, termina

relegando otras formas de afrontamiento, dejando frecuentemente, al consumo, como el único recurso que utilizan en su intento de adaptación. De esta forma, se buscaría revisar aquellas creencias del individuo que subyacen a las conductas adictivas, proponiendo otras maneras de afrontamiento y poniéndolas en práctica (Beck et al, 1999).

Cuando de consumo problemático se trata, la psicoterapia cognitivo-conductual, ofrece una serie de técnicas que van, desde intervenciones más cognitivas, como el descubrimiento guiado a estrategias estrictamente conductuales como el manejo de consecuencias, teniendo como objetivo reducir la intensidad de los síntomas y generar nuevos recursos en el sujeto, a fin de que pueda desenvolverse de manera más adaptativa (Beck et al., 1999). Sin embargo, como ya lo resaltaba Keegan (2009), las drogodependencias son problemáticas complejas que requieren ser abordados como tal, desde una perspectiva multidisciplinar. De esta manera, podría resultar insuficiente la aplicación de técnicas psicoterapéuticas sin acoplarlas en programas de tratamiento que procuren abarcar todas las variables posibles; a este respecto, los programas de tratamiento de Marlatt y Gordon (1985) y, Prochaska et al. (1993) ofrecen una alternativa interesante de analizar.

Por otro lado, se hizo necesario la descripción de la comunidad terapéutica como propuesta de intervención, al ser, esta, una modalidad de tratamiento ideal en donde poder implementar diversas estrategias terapéuticas y acoplarlas con un entorno seguro y controlado de estímulos, asegurando una evaluación constante del progreso. Se expuso que la comunidad terapéutica se trata de un instrumento de probada eficacia de modalidad residencial para al tratamiento de las drogodependencias, teniendo como supuesto que el sujeto deseará y buscará el cambio a través de la identificación con otros que comparten un mismo objetivo (De León, 2004; Goti, 2000). El objetivo de la comunidad terapéutica en definitiva es la reinserción social, y para ello, procura generar un ámbito controlado en donde cada residente puede jugar su rol dentro de una micro-sociedad, pero de una forma segura y aprendiendo y poniendo en práctica los recursos necesarios para desenvolverse en dicho espacio (Goti, 2000). De esta forma, el tratamiento en comunidad terapéutica ofrece una alternativa ideal en el tratamiento de las drogodependencias, pudiendo incluir en el programa, exámenes médicos, ofrecer un entorno controlado de estímulos, talleres o actividades educativas, donde implementar el aprendizaje de recursos novedosos, además de ofrecer distintos espacios como grupos

terapéuticos, tratamientos individuales concomitantes y talleres de acompañamiento para familiares o el grupo primario del residente. Claro está, como el modelo cognitivo-conductual puede incluirse idóneamente dentro del marco terapéutico de un programa de tratamiento residencial.

El caso de la paciente que ha sido tomado como parte del trabajo, representa un clarificador ejemplo de las diversas dificultades que atraviesan estos individuos y, el insalubre contexto en que de por sí, se encuentran inscriptos; resultando así en un arduo trabajo del equipo terapéutico y dejando en claro la diversidad de variables que hay que tener en cuenta en cualquier programa de tratamiento de adicciones.

Martina, ingresó a la institución con una marcada crisis de angustia, a lo que, luego de las evaluaciones pertinentes, se decidió un tratamiento de internación. Martina había consultado por síntomas de dependencia a las benzodiazepinas y a la cocaína principalmente. Comenzó con el consumo de alcohol desde muy temprana edad, lo que la llevó posteriormente a extender sus opciones de consumo, de manera continuada y regular. Proveniente de un contexto familiar muy disfuncional, en donde tenía padres y hermanos consumidores, no había podido entablar una saludable relación con sus padres, siendo esta, muy problemática, en especial con su madre.

De la evaluación psiquiátrica efectuada, además del trastorno por consumo de sustancias, se señaló que Martina reunía requisitos para incluirla dentro del trastorno límite de la personalidad, efectuando así una terapia farmacológica acorde a la patología dual. Entre sus síntomas más pronunciados, al margen de su dependencia psicofisiológica, caben mencionar un craving como respuesta a la falta de placer, algunos síntomas ansiosos, un escaso control de impulsos y una marcada sensibilidad, lo que la llevaba a tener diversos bajones anímicos que dificultaban el tratamiento.

Se procuraron señalar todas las intervenciones y directivas efectuadas durante su tratamiento, como ser, las inclusiones en grupos terapéuticos de la comunidad, las tareas diarias inherentes a cada grupo, los espacios individuales, intervenciones puntuales dentro de dichos espacios, además del factor terapéutico grupal que jugó un papel de significativa importancia dentro del tratamiento en comunidad terapéutica. A esto, habría que incluir las evaluaciones médicas, psiquiátricas, psicológicas y, el trabajo con la familia y el grupo primario de la paciente.

Es posible afirmar que durante el primer mes de tratamiento, la residente efectuó un alentador tratamiento, mostrando signos de entusiasmo y ganas de rehabilitarse. Si bien con las dificultades propias de su cuadro, logró adaptarse suficientemente bien a las actividades y recursos que le ofrecía el programa. Posteriormente se fue produciendo una merma en su proceso, señalando muchas dificultades y deseos de abandonar el tratamiento. Al margen de esto, fue posible observar cómo, al cabo de tres meses, Martina había aprendido a manejar sus bajones anímicos de una manera más adecuada, disminuir su craving y sus conductas impulsivas, además de reducir sus nervios y la incomodidad que le generaba el trabajo con grupos.

A propósito del desenlace del tratamiento, se deduce que una relajación por parte de la paciente habría sido un factor determinante ya que, en las últimas semanas, podían registrarse síntomas de cansancio y desgano con respecto al tratamiento, también fue posible constatar esta hipótesis con las continuas verbalizaciones de la residente, en donde mencionaba “tener la cabeza afuera” y estar centrada en las cosas que pasaban en su casa y en sus expectativas sobre el futuro. Resulta clarificador entonces, las menciones de De León (2004) acerca de que, en la fase del tratamiento primario, es frecuente observar pacientes que producen un amesetamiento en su progreso terapéutico, presentando mayores riesgos de recaída o de abandono del tratamiento.

Parece claro, que el desafortunado fin del tratamiento de la paciente, resultó una dificultad a los propósitos de este trabajo, limitando así, el poder observar una continuidad del proceso terapéutico, no pudiendo corroborar con la bibliografía analizada, los signos y síntomas de estadios más avanzados del proceso terapéutico. Por otro lado, queda en deuda, el haber estado más atento a ciertos indicios de las semanas previas, para poder haber intervenido de alguna manera diferente, pudiendo en el mejor de los casos, prevenir el abandono del tratamiento; no se pudo corroborar el anticipo de esta circunstancia en los profesionales de la institución, tampoco si procuraron intervenciones de último momento para que la paciente revierta sus deseos de abandono. A propósito de esto, se señalan las pocas horas destinadas a la práctica, cuestión a señalar, por ser un hecho que, a lo largo de la práctica profesional, dificultó mucho el seguimiento, por parte del pasante, del proceso de la paciente, adjudicando esto, a razón de que eran múltiples las situaciones de valor terapéutico que sucedían día a día y a toda hora, repercutiendo de forma muy fluctuante en los síntomas, signos y reflexiones que traía Martina al tratamiento. En síntesis, el seguimiento del proceso

terapéutico resultó muy dificultoso, por la discontinuidad asistencial a la institución y, considerando las numerosas vicisitudes que sufría la paciente, modificando así, de manera abrupta el estado actual de la paciente, resultando en confusiones y mayor trabajo para el observador.

Con respecto a la institución, se podría señalar que darle mayor relevancia a la formación académica de las profesionales in situ podría ser una estrategia muy beneficiosa para el adecuado funcionamiento de la comunidad, proveyendo de herramientas teórico-técnicas que puedan utilizar ante determinadas situaciones o, facilitando el reconocimiento de indicadores para prevenir posibles recaídas. Esto, quizás resulta más necesario entre los operadores socio-terapéuticos, que generalmente son los que mayor tiempo pasan con los residentes, además, de que muchos de ellos, hayan ingresado a la institución con acotada formación teórica, ameritando así, un mayor hincapié en esta cuestión. Por otro lado, también resultaría positivo una periódica evaluación externa del equipo de trabajo, beneficiándose con esto, en supervisiones de pacientes y dificultades clínicas en general, además de obtener una evaluación general del estado actual de la formación y recursos del equipo.

También habría que señalar el escaso apoyo gubernamental que la institución percibe por parte del gobierno, ya sea municipal o provincial, estribando esto, en la falta de convenios o alternativas ofrecidas a la institución como programas de reinserción laboral o propuestas educativas que fomenten la adecuada readaptación a la sociedad. Sin duda, esto sería una ayuda muy necesaria, considerando las dificultades sociales que experimenta esta población, el poder acceder a una actividad laboral que acompañe su rehabilitación.

Con respecto al proceso que conllevó este trabajo, resulta necesario señalar el positivo rol que tuvieron los profesionales de la institución para la realización de este trabajo, desde aportes de material bibliográfico hasta haber dedicado tiempo en numerosas oportunidades para aclarar conceptos o despejar dudas. Estas cuestiones fueron de vital importancia para el desenvolvimiento del pasante, permitiéndole valiosos espacios de observación dentro de los grupos terapéuticos y, de participación, en otros.

Como corolario, es posible afirmar que las problemáticas de drogas son un problema complejo en demasía. Esto requiere tanto de la participación activa del estado,

desde sus diversos organismos y el sistema de salud, estableciendo convenios y centros adecuados de tratamientos para poder abordar estas cuestiones, como un compromiso constante de los profesionales intervinientes en este ámbito, ponderando la constante formación y un continuo entrenamiento en estas patologías; también se afirma la necesidad de continuar con investigaciones dedicadas a aportar conclusiones que actualicen y mejoren el trabajo de los profesionales en el ámbito de las drogodependencias.

7. Referencias

- Acuña G. (2009). *Comprendiendo las adicciones: La teoría del aprendizaje y su aplicación en la prevención de recaídas*. Santiago de Chile: Sociedad chilena de salud mental.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5° Ed). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Bandura A., (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Becoña Iglesias E., & Maite Cortés T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez., M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. Madrid: Enfoque editorial SC.
- Calvo Estopiñán P., Pérez Poza A., Sacristán Martín P., & Paricio García C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*, 21 (1), 15-20.
- Carles, M. J. (2002): Eficacia de la terapia y modificación de conducta: Una psicología basada en la evidencia. *Rev. Asoc. Prof. Ter. Modif. Conducta*, 1, 2-8.
- Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas, (2017). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias. DNOAD: Buenos Aires.
- Gonzales Lomba, C., & López Duran, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Health and Addictions* 17 (1), 15-26.
- Goti, E. (2000). *La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Kaplan, H., & Sadock, B., (2006). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana.
- Keegan, E., (2009). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psi*, 3, 5-8.
- Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *Revista liberaddictus*, 10, 2-7.
- Llorente del Pozo, J.M. y Iraurgi Castillo E.I. (2008) Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína *Trastornos adictivos*, 10 (4), 252-274. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)76374-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)76374-8)
- Lopez Torrecillas F., Salvador M. del M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y Forense*, 2 (1), 33-51.
- Marlat, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildfor Press.
- Molina, R., & Mesías B. (2015). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad en la red de atención a las drogodependencias. *Revista de Patología Dual*, 2 (1), 1-4.
- Marín-Navarrete, R., Benjet, B., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J., & Medina-Mora M. E., (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones *Salud Ment*, 36 (6), 473-478.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*. Viena: UNODC.
- Oropeza Tena, R., Medina-Mora Icaza M. E., & Sánchez Sosa, J. J., (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2) 219-231.
- Pereiro Gomez, C. (2006). Salud y Consumo. *Monografía Patología orgánica en adicciones*, 18 (1), 5-8.

Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 102-114.

Rodríguez-Cano R., Olivencia-Lorenzo, J. J., López-Ríos F., & Gómez del Pulgar Arrufat., G. *Psicología Conductual*, 24 (1), 161-178.

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., del Olmo Reyes, G., Molina Bou, N., & Morales Gallús, E., (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 81, 21-29. Recuperado en 11 de octubre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100003&lng=es&tlng=es.

Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós