

**Universidad de Palermo**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Licenciatura en Psicología**

**Trabajo Final Integrador.**

**Título: Grupo de sentimientos y su relevancia en el tratamiento de las adicciones.**

**Alumno: Frutos Cristian.**

**Tutora: Gabriela Ramos Mejía.**

**Fecha: 2/3/2021**

• <b>Índice</b>	
• <b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
• <b>2. Objetivo General.....</b>	<b>2</b>
• 2.1 Objetivos Especificos.....	2
• <b>3. Marco teórico.....</b>	<b>3</b>
• 3.1 Definiciones de adicción.....	3
• 3.1.1 Áreas afectadas por la patología.....	6
• 3.1.2 Emoción disfuncional en adictos.....	9
• 3.2 Modos de abordaje.....	10
• 3.2.1 La comunidad terapéutica.....	13
• 3.2.1.1 Grupos dentro de la comunidad terapéutica.....	15
• 3.2.2 Grupo de sentimientos.....	17
• 3.2.2.1 Intervenciones y su importancia.....	19
• 3.3 Investigaciones sobre los resultados del grupo de sentimientos.....	21
• <b>4. Métodos.....</b>	<b>23</b>
• <b>5. Desarrollo.....</b>	<b>24</b>
• <b>6. Conclusiones.....</b>	<b>37</b>
• <b>7. Referencias.....</b>	<b>40</b>

## **1. Introducción**

El siguiente trabajo tiene por finalidad, describir el dispositivo “*grupos de sentimientos*”, dentro de una comunidad terapéutica, con la finalidad de conocer cuál es su relevancia dentro del tratamiento de adicciones. Este proceso fue llevado a cabo en una comunidad terapéutica ubicada en provincia de Buenos Aires, donde se abordan problemáticas relacionadas al consumo de sustancias y alcohol, con la modalidad de internado y tratamiento ambulatorio. En este lugar se desarrollaron las prácticas de habilitación profesional, realizándose actividades como: participación activa en grupos de sentimientos, reuniones de equipo, supervisión de las historias clínicas, redacción y corrección de informes, y entrevistas a profesionales y pacientes, con la finalidad de indagar sobre la utilidad del grupo, sus aportes, y las diferentes visiones de ambas partes. Lo importante de este estudio consta en indagar sobre la emocionalidad disfuncional en personas con consumo problemático, ver como esto afecta dominios tales como las habilidades sociales, el control de impulsos, y la expresión y reconocimiento de sentimientos, proponiendo este dispositivo como herramienta para fortalecer dichas áreas afectadas.

## **2. Objetivos:**

### **Objetivo general:**

Analizar el dispositivo “*grupo de sentimientos*” en la comunidad terapéutica situada en Provincia de Buenos Aires, sus intervenciones y su relevancia en el tratamiento de adicciones.

### **Objetivos Específicos:**

- 1- Indagar según la visión de los profesionales sobre el grupo de sentimientos, la finalidad del mismo y su relevancia dentro del tratamiento de adicciones.
- 2- Describir el funcionamiento del grupo de sentimientos y las intervenciones realizadas en el grupo.

- 3- Analizar la visión de los pacientes sobre la utilidad y aporte del grupo de sentimientos.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Definiciones y aproximaciones al concepto de adicción**

Al adentrarse en la temática de abuso de sustancias psicoactivas, hay que mencionar qué significado se le otorga. Las Sustancias Psicoactivas o habitualmente llamadas drogas psicoactivas, son aquellas que, a través de su consumo, pueden modificar el psiquismo habitual del ser humano, y que su uso constante refiere a una constante búsqueda de placer (Medranda de Lázaro & Benítez Rubio, 2006).

La Organización mundial de la Salud (2005), define tres tipos de sustancias. Por un lado, las sustancias lícitas bajo prescripción médica, que frecuentemente son auto-administradas para calmar el dolor, para conciliar el sueño, como herramienta psiquiátrica, etc. Por otro lado, se encuentran las sustancias ilícitas, donde se encuentran las que su consumo resulta penado por la ley, y en esta categoría entran drogas como el cannabis, los opiáceos, los alucinógenos, la cocaína, etc. En otra categoría se encuentran las sustancias lícitas, de uso habitual, en donde se encuentran las drogas de fácil acceso, como lo son el alcohol, el tabaco, la cafeína y las bebidas estimulantes.

Continuando con la anterior definición de consumo de sustancias psicoactivas, Aguilera (2014) y la Fundación de Ayuda contra la drogadicción (FAD) definen que hay diferentes niveles de consumo entre la población. Se distinguen primeramente los consumidores experimentales, donde se engloban personas con experiencias únicas de sustancias psicoactivas, con la finalidad de conocer el efecto que éstas mismas causan, un índice muy elevado no reincide hacia otras etapas. En segundo lugar, se encuentran los consumidores ocasionales, los cuales consumen la sustancia en situaciones sociales, debido a que ya conocen el efecto causante, y no hay un uso constante de la sustancia. Luego se encuentran los consumidores habituales, donde quien consume lo hace tanto individual como socialmente y busca su efecto, este tipo de consumo determina la peligrosidad dependiendo de la sustancia que se consuma. Por último, se encuentra la categoría de compulsivos o

drogodependientes, en donde el hábito de consumo gira entorno de la vida del sujeto, y afecta en la vida diaria y el desempeño habitual.

Por otra parte, también resulta pertinente hablar sobre la historicidad referente al constante cambio de paradigma al denominar el problema del consumo. Primeramente, hay que mencionar que la concepción de abuso de sustancias, no fue siempre la misma, ni tampoco sus enfoques explicativos.

Actualmente, la definición más utilizada, para describir la adicción, dependencia o abuso de sustancias, es la planteada en el DSM 5, elaborada por la American Psychiatric Association (2013). Esta misma refiere al consumo excesivo de sustancias, marcado por el consumo cada vez mayor para provocar el efecto deseado, y necesidad constante de consumo, acompañada por cambios en la conducta, en las relaciones sociales y a nivel psicológico. Sin embargo, el abuso de sustancias no es visto desde la misma perspectiva de trastorno mental en todos los modelos explicativos.

Por otro lado, desde la década de 1960, se apuntó a cambiar de etimología, debido a que frecuentemente la palabra “adicto”, denotaba cierta connotación despectiva (Mastandrea, 2016), por lo que en 1987, en la versión en la tercera edición del DSM –R (APA, 1987), comenzó a utilizar el término dependencia, pero a su vez este mismo ya poseía una connotación relacionada al consumo de fármacos de manera excesiva, o mejor conocido como fármaco-dependencia, y por otra parte esta definición solo haría referencia a la necesidad fisiológica, y no a la psicológica, que resultaría una dimensión de estudio importante. La definición utilizada, es la de abuso de sustancias, debido a que entra en consenso con adicción, que hace a la dimensión psicológica, y dependencia, que hace referencia a la dimensión fisiológica (Mastandrea, 2016).

Habitualmente se utiliza el modelo médico, para explicar la conducta adictiva, debido a que puede explicarse desde una epistemología los mecanismos de recompensa, relacionados al placer típico del consumo. Entre los circuitos involucrados, se puede mencionar el dopaminérgico, que se ve afectado al momento del consumo, elaborando un comportamiento adaptativo, utilizado en otras actividades para crear gratificación ante nuevos hábitos, como por ejemplo la actividad física diaria. Utilizado este mecanismo, los receptores dopaminérgicos al ser estimulados de manera “artificial”, necesitan cada vez

menos de los estímulos internos, y más de los externos, para lograr el efecto deseado (Becoña & Cortés, 2010).

Por otra parte, dicha definición pertenece a la clara dependencia física, que existe en el consumo, pero no explica los mecanismos conductuales por los cuales se causa la aprensión psicológica a las sustancias, por lo cual se tiende a clasificarla como una enfermedad, al igual que otras dolencias físicas, en donde el “enfermo” ocupa un rol pasivo ante la situación (Pons, 2008). Es necesario incluir las variables sociales y psicológicas que interactúan en la adicción, para explicar también los cambios que se producen a ambos niveles durante el consumo (García, 2015).

Cabe mencionar que hay una clasificación, hacia la cual se han abocado más específicamente los factores sociales del consumo, como podrían considerarse las definiciones culturales. Existen muchas definiciones en base a la subcultura del consumo, los nichos del mismo, e incluso la etiqueta social recibida, pero, en definitiva, todas hacen referencia a un campo de relaciones, entre sujeto, sustancia y contexto (Apud & Romaní 2007). Este tipo de estudios comienzan en 1972, con Zinberg (1972), en donde al estudiar a los soldados luego del uso de opiáceos, durante la guerra de Vietnam, se pudo observar que la adicción a los sedantes utilizados, no se debieron solamente a una constante exposición física, ni a rituales conductuales, sino al contexto en que necesitaron dichos analgésicos.

Continuando con esta perspectiva Elisardo Becoña (2011), propone diferentes determinantes relacionados con el consumo problemático. Menciona factores como la disponibilidad y precio, las características sociodemográficas, los iguales y amigos, la percepción de peligro, estado emocional y estilo de afrontamiento, etc. Pero en definitiva propone que el momento clave para el inicio de la conducta adictiva se encuentra en la adolescencia, en donde el desarrollo físico, académico, social, emocional, etc. Jugaran un papel importante en la decisión personal de consumo o no consumo de sustancias.

Las relaciones familiares también juegan un papel importante en el desarrollo de la adicción, como así también en cualquier trastorno psicológico. En la gran mayoría de los casos, si el paciente termina con la conducta adictiva, pero en su hogar se dan relaciones disfuncionales, es muy probable que regrese a las conductas adictivas (Mastandrea, 2016).

Otro aspecto a tener en cuenta, que se plantea en la terapia cognitiva de Beck, Wright, Newman y Liese (1993), es que el abuso de sustancias, se da al igual que muchos trastornos

mentales, por consecuencia de esquemas nucleares disfuncionales (pensamientos que dirigen la conducta) a temprana edad, lo que requiere por supuesto un involucramiento de los vínculos primarios del individuo.

Por otro lado, Young (1999), propone 5 dimensiones para explicar las problemáticas de esquemas disfuncionales tempranos. Entre los que se encuentran Desconexión y rechazo: en donde los individuos son vulnerados a carencias de afecto, alimentación, aceptación y estabilidad. Perjuicio y autonomía: que refleja un ambiente complicado y sobreprotector. Dimensión de límites inadecuados: se da en dinámicas de familias con excesiva permisividad, y límites poco claros. Tendencia hacia el otro: cuya dimensión supone la vulnerabilidad de necesidades personales, por satisfacer las de otra persona. Sobrevigilancia e inhibición: refiere a un ambiente familiar severo, demandante y punitivo. Según Góngora y Chattás (2008), luego de una revisión a los perfiles expuestos en estas 5 dimensiones, la de desconexión y rechazo, resulta la más adecuada para explicar la conducta adictiva, debido a que el abandono es un sentimiento típico en la adicción.

Una definición más completa, y que incluye todos los factores antes mencionados NIDA (2011), propone una definición que incluye los aspectos sociales, familiares, contextuales psicológicos y biológicos, cuando anteriormente solo consideraba estos últimos, considerándola como una enfermedad del cerebro, debido al constante cambio de paradigmas con respecto a la causalidad del trastorno, sus áreas afectadas y su incapacidad de explicación desde una sola perspectiva.

### **3.1.1 Áreas afectadas por la patología**

La adicción trae consigo problemáticas en todas las áreas relacionadas a la conciencia. Según De León (2000) los adictos poseen un nivel primario de conciencia, con respecto a lo que hacen, a lo que sienten y a lo que perciben o juzgan, debido a que la conciencia es uno de los factores principales para formular un juicio correcto acerca del mundo que los rodea. Esto se puede relacionar a los problemas consecuentes por el abuso de sustancias, o por situaciones conflictivas vividas en periodos anteriores al consumo. Estas circunstancias de riesgo pueden ir desde, parentalidades disfuncionales, hasta situaciones de abuso nunca reveladas, por lo que resulta habitual que su forma de desenvolverse en la sociedad sea conflictiva, prolongando así la conducta adictiva.

El consumo problemático también genera así mismo distorsiones en el pensamiento. Beck (1971), denomina a este fenómeno distorsiones cognitivas, proponiendo que los sujetos que padecen alguna patología, llevan consigo una distorsión en la forma de ver la realidad, debido a experiencias pasadas.

Continuando con esta explicación, Beck y colaboradores (1999), plantean que el consumo repercute en las creencias y afectos del sujeto que las padece, por lo que favorece a mantener la conducta adictiva, y a su vez tiene fuerte incidencia en las recaídas en caso de que el sujeto piense tratar su problemática. A su vez si hay que mencionar distorsiones cognitivas más frecuentes como consecuencia del deterioro causado por el uso de sustancias, Beck, Wright, Newman y Liese (1999), aseguran que la distorsión “*falacia de control*”, caracterizada por la percepción de extremo control o escaso control de recursos, ante las problemáticas.

Con respecto a su manera de desenvolverse en particular, autores como otros autores como Moos (Ebatha & Moos, 1994), toman la teoría de Lazarus y Folkman (1986), quienes definen afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas externas y/o internas que son evaluadas por el sujeto como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” (p.164). Este modelo a su vez se dividiría en dos partes. Por un lado, la percepción de la situación (evaluación primaria), y por otro lado los recursos para hacerle frente (evaluación secundaria).

Complementando esta teoría, continúan explicando que las cogniciones o conductas de afrontamiento pueden estar orientadas hacia la aproximación al problema, como método de afrontamiento, o hacia la evitación del problema (Ebatha & Moos, 1994). En este último aspecto, y con relación al consumo de drogas, Wills (Wills & Hirky, 1996), considera que este mismo podría considerarse un mecanismo más de evitación a situaciones estresantes, ya que, según este mismo, en la conducta de consumo, hay una regulación de emociones desagradables de manera instantánea, hay una desviación del foco de preocupación y hay una búsqueda de soluciones mágicas que no requieran demasiado esfuerzo por parte del sujeto que las padece.

Siguiendo la línea de esta última definición, Villagrán (2018), afirma que el constante intento de evitar sentir sensaciones negativas, sobre todo emociones, hace que las personas con consumo problemático generalmente pierdan conciencia de las acciones propias, y del mundo que les rodea. Principalmente hay una búsqueda incesante de placer, que a su vez se distancia de la concepción de felicidad, dado que, según el autor, resulta necesario postergar placeres inmediatos, con la finalidad de alcanzar niveles más altos de desarrollo personal.

Desde una perspectiva social, Arribas (2001) afirma que entre las mayores problemáticas ante las que se enfrenta el consumidor, se encuentra su exclusión social, debido al lugar en que la misma sociedad los segrega. Asimismo el autor continúa diciendo que el consumo conlleva a: una deficiencia social; marcada por las habilidades sociales perdidas debido al consumo de sustancias, una discapacidad social; debido a que no realiza actividades sociales típicas del ciudadano modelo o prototípico (ejemplo: conseguir un trabajo), y una minusvaloración social: dado que le cuesta conseguir trabajo, estudiar u otro tipo de actividades que encarnan un rol social, se encuentra en una situación desventajosa socialmente. Desde una visión social, “*el adicto es considerado como un residuo*” (Arribas, 2001 p. 4).

Otra rama más integral de la psiquiatría y el tratamiento de adicciones propone que a menudo estas últimas tienen una elevada comorbilidad, y que a menudo se atribuyen cambios comportamentales al consumo de sustancias, cuando en realidad se deben a patologías de fondo, como es en el caso de los trastornos de personalidad. El NIDA (National Institute of Drug Abuse), propone tres escenarios verificados, en donde si bien patologías no explican una a la otra, hay una relación entre ambas: el consumo excesivo de sustancias intensifica la sintomatología de otra enfermedad (como es el caso del cannabis y la psicosis); manifestaciones de psicopatologías clínicas, se relacionan con el aumento del consumo (el consumo de tabaco y su relación con la mejor cognición en el caso de la esquizofrenia); ambas alteraciones pueden venir de un factor común, como lo es alteraciones genéticas o traumas infantiles (Szerman, Haro, Martínez-Raga & Casas, 2011).

Desde un aspecto neurológico, Ford & Russo (2006), proponen que consecuencia del uso de sustancias psicoactivas, y los constantes cambios en el sistema dopaminérgico, encargado del mecanismo de recompensa, del serotoninérgico, encargado de la inhibición de

conductas y emociones, y por otra parte la norepinefrina, químico orgánico dedicado a actuar como neurotransmisor e involucrado en procesos homeostáticos. Como consecuencias se mencionan una disfunción en el reconocimiento emocional normal, hipervigilancia, definido como respuesta neurológica rápida ante situaciones amenazantes, o hiper-arousal, relacionada con la atención espontánea. En los tres casos esto se presenta ante situaciones innecesarias, sobre todo en que se quita la sustancia de la vida de la persona.

### **3.1.2 Emoción disfuncional en adictos**

Entre las áreas que presentan cambios debido a problemas de consumo de sustancias, resulta habitual registrar cierta dificultad en el procesamiento de las emociones a nivel general. Según Yun (2007), desde una perspectiva evolutiva, la función de las emociones en el ser humano es de alerta ante un peligro inminente o alguna situación placentera. Estas reacciones de lucha o huida resultan de vital importancia, para entender el malestar del adicto, y su constante búsqueda del placer. Por otra parte, James Lange (1927), propone que la evaluación de las sensaciones emocionales, y la interpretación de las respuestas corporales ante las mismas, harían parte de la definición de los llamados sentimientos.

La adicción desde una perspectiva emocional resulta una mezcla entre una hedonista búsqueda sin límites de placer y una evasión permanente de situaciones estresantes, encontrando en el consumo su “*mejor salida*” para afrontar situaciones displacenteras (Villagrán 2018).

Otra forma de explicar los cambios emocionales que resultan consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas podría registrarse en la corteza insular interoceptiva (Contreras, Cerie & Torrealba, 2008). Esta área del cerebro se relaciona a la percepción de sensaciones propias del cuerpo, como lo son las dolencias viscerales, el calor, sensación de cansancio, etc. Ante el consumo de drogas, esta área pierde su sensibilidad, al igual que el área prefrontal, dedicada al control de las conductas voluntarias.

Durante los periodos de abstinencia, los consumidores, reciben una fuerte sobre estimulación, debido a que dicha área se encuentra nuevamente en funcionamiento. Los cambios emocionales y conductuales tienen una relación directa con el mantenimiento del consumo, debido a que el constante malestar emocional auto percibido, incide en las

conductas de búsqueda de la sustancia, para aliviar el malestar (Contreras, Cerie & Torrealba, 2008).

Por otra parte también, entre las afecciones neurológicas que sufre quien abusa de sustancias, se encuentra una gran desregulación en los niveles de serotonina, dopamina y norepinefrina, relacionados con el reconocimiento de las emociones. La hiperactivación se presenta como síntoma insistente, se presenta a menudo, por lo que comúnmente pacientes con altos niveles de dependencia fisiológica, tienden a sentir desconfianza en los demás, e incluso revivir experiencias traumáticas ante la sobreestimulación emocional, que se produce en el tratamiento (Ford & Russo, 2006).

Continuando con la temática, pero desde otra corriente psicológica, Goleman populariza el concepto de “Inteligencia emocional”, que la define como una capacidad específica para percibir y manejar las emociones propias, y del mundo exterior, con la finalidad de orientar la conducta de manera asertiva al interactuar con los demás (Goleman, 1995, 2010). Basados en este supuesto, investigadores como Fernández, Jorge y Bejar (2009), proponen que la incapacidad para reconocer las emociones personales, al igual que las del medio social que los rodea, facilita ciertas patologías psicológicas, entre ellas las adicciones.

Continuando con el reconocimiento de emociones, pero con respecto a las personas que rodean al adicto, una investigación en la que se comparaba la capacidad de percibir las emociones en las demás personas, basándose en las expresiones faciales, llegó a la conclusión de que las personas con consumos problemáticos tienden a reconocer menos emociones básicas como la ira, el miedo y la tristeza (Fernández-Serrano, Lozano, Pérez-García & Verdejo-García, 2009).

Por otra parte, estudios realizados por Riley y Schutte (2003), afirman que tanto la regulación de las emociones y el reconocimiento y decodificación de estas, resultan áreas severamente dañadas por la adicción, y que a su vez resultan un gran predictivo para recaídas en tratamiento.

### **3.2 Modos de abordaje**

Al momento de trabajar las adicciones y sus distintos dominios alterados, resulta complicado adecuarse a un modelo en específico que reúna todas las características para poder abordar las áreas que se encuentran afectadas.

Haciendo una referencia histórica, es necesario comenzar por las primeras instituciones en donde se trataban todas las patologías mentales, incluyendo el abuso de sustancias. Durante el siglo XIX, no existía un criterio diferencial de las patologías, solamente había una clara diferenciación entre cordura y locura, por lo que se recluía a los llamados “enfermos mentales”, en los psiquiátricos, en donde sus extravíos mentales eran reprimidos firmemente y aislados de la sociedad (Pinel, 1985). Durante este periodo ya se registraban casos de alcoholismo, y dependencia a ciertas sustancias, como también se experimentaba con la psicosis y el uso de LSD, en relación a los niveles de creatividad (Rodríguez, 2009).

A lo largo del siglo XX, comienza a cambiar el positivismo como perspectiva imperante en la ciencia, y a su vez comienzan a surgir movimientos anti-psiquiátricos, donde se planteaban otro tipo de dispositivos para trabajar problemáticas más específicas, como las adicciones (Rodríguez, 2009).

Trabajar a nivel individual, siempre resultó inconveniente para el tratamiento de una adicción, y esto en parte se debe a que resulta difícil que el consumidor pueda depositar confianza en el terapeuta, si este último no consume, y a menudo este factor resulta problema para el proceso de alianza terapéutica. Desde su narcisismo y deseo de autosatisfacción constante, siguiendo por sus sensaciones físicas distantes a lo cotidiano, hasta las percepciones por parte de la sociedad de la conducta impulsiva de adicción como antisocial. Resulta difícil que el paciente logre entrar en confianza con quien no conoce sus sensaciones. El trabajo en grupo resulta más conveniente para este tipo de trabajos, ya que hay un proceso constante de identificación con el otro que cuenta sus experiencias (Zucker, 1961).

Entre los primeros en marcar una diferencia de enfoque se encuentra The Oxford Group, fundado por Frank Buchman en 1921. La idea principal constaba en un “rearme moral”, con la idea de utilizar la espiritualidad como un arma para tratar las adicciones, contrario a la moral imperante luego de la primera guerra mundial (Mansilla, 2001).

Durante la década de 1930 comienza a crearse una nueva corriente terapéutica de intervenciones. Los Alcohólicos Anónimos, surgen hacia 1931, bajo el amparo teórico de Carl Jung, ante la consulta realizada por un paciente alcohólico llamado “*Roland H.*”, en donde el doctor afirma que cualquier tratamiento útil requiere una conversión espiritual (Jung, 1963). Este enfoque trataba de excluir lo más posible las miradas de profesionales de la salud, se basaba en terapias de grupo y oración, manteniendo el anonimato entre los pacientes, donde también estos mismos forman trabajadores del área, según la efectividad de su tratamiento (Yaria, 1998).

Durante la década de los 60’, llegan dos corrientes muy importantes: Daytop y Progetto Uomo. Por un lado, la primera corriente, fundada en 1963, por Daniel Casriel, propone una terapia basada en la ayuda mutua, desde una perspectiva piramidal, constando de la opinión de ex-adictos trabajando en el tratamiento, y basando esta jerarquía, en mayor o menor tiempo de sobriedad. Fundada en Roma por Mario Picchi en 1969, llega Progetto Uomo, que proponía incluir a la familia del afectado en el tratamiento, además de elaborar un enfoque conductista y a su vez, basado en la autoayuda mutua, donde se ve al adicto como responsable de sus actos (Rodríguez, 2009).

Por otra parte, ya había otro importante modelo desarrollado, que había comenzado a principio de la década de los 40’, que tenía por nombre Modelo Minnesota. Basado en el modelo de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, proponía la abstinencia total y la inclusión de la atención de la familia en el tratamiento. Cambia también su paradigma con respecto a la visión del adicto, al proponerlo como una enfermedad, en la cual el mismo no es culpable de la misma, sino que es una víctima de la enfermedad (Rodríguez, 2009).

Por otra parte, Maxwell Jones en Escocia, propone un cambio de paradigma en la psiquiatría de la época, y la visión de los hospicios. La visión de la internación de los pacientes, su relación piramidal con los doctores y las enfermeras estigmatizaba aún más el tratamiento de enfermedades como la adicción, además de no ayudar a resolver la problemática. Por eso luego de la Segunda Guerra Mundial, propone un movimiento en donde se pueda convivir en constante ayuda, tanto de los profesionales, como de pacientes, en donde estos últimos, puedan tomar un rol protagónico en el tratamiento, haciéndose responsable de sus acciones, tanto a nivel personal, como de ayuda mutua. También poseía

como característica el trabajo en el aquí y ahora, en la cotidianeidad. A este nuevo enfoque lo llamo “*la comunidad terapéutica*” (Rodríguez, 2009).

Este último enfoque se nutriría también de las corrientes de anteriormente nombradas, como Uomo o Minnesota. Según George de León (2000), esta resulta una perspectiva adecuada para el tratamiento, debido a que hay un registro adecuado de las emociones, los pensamientos y las acciones disfuncionales que originaron y mantienen la adicción, en el día a día.

### **3.2.1 La comunidad terapéutica**

La comunidad terapéutica es un modelo de intervención para dependientes, en constante convivencia con otros pacientes, y con el equipo correspondiente, cuya finalidad consiste en detectar las conductas de abuso en el momento correspondiente, e intervenir como educador en pos del cambio (Muñoz, 2004). La convivencia en la vida diaria sirve como herramienta para evocar o provocar, situaciones que demanden la comunicación o expresión por parte de los pacientes, utilizando las diferentes estrategias y dispositivos para el cambio.

El término Comunidad terapéutica surge en Reino Unido en la década de 1950, aunque es en Estados Unidos en donde se populariza este modelo. La idea consistía en ser la contracara de los hospitales psiquiátricos convencionales, teniendo como nueva premisa, el intercambio entre los pacientes como factor de cambio principal. Como antecedentes se toman de influencia Alcohólicos Anónimos y Synanon, basados en modelos de autoayuda (Llorente, Mezo & Barrutia, 2011).

Durante mucho tiempo no se consideró la significancia de la convivencia entre pacientes en los hospitales psiquiátricos, y como esto influía en el tratamiento de diferentes patologías. Por el contrario, las conductas de los pacientes eran determinadas por los enfermeros y médicos de los hospitales, sin tener en cuenta a los pacientes como un grupo social, sus habilidades, cuanto podían aprender de los demás, y cuanto podían enseñar en el intercambio (Jones, 1956).

La importancia de esta modalidad de tratamiento consiste en que el paciente adicto pueda alejarse del ambiente que lo relacione con el consumo. Alejarse de un ambiente

conflictivo, no solo por el acceso a sustancias de abuso, sino por situaciones violentas que pueden presentarse con personas relacionadas a la cultura de la adicción, ya que resulta de importante relevancia para crear en el paciente una nueva perspectiva de vida, guiada por los valores, las costumbres y la educación de la comunidad (De León, 2000).

Con esta premisa, muchas comunidades terminan por optar hacia una lejanía de la ciudad, recluyéndose en granjas, zonas rurales, barrios privados, etc. Esto promueve un fuerte cambio emocional en el adicto, quien se despega del mundo real durante el tratamiento. Aunque esta modalidad también puede desencadenar recaídas, debido a que el paciente no aprendió a desenvolverse en un mundo real, en donde tenga que evitar el uso de sustancias. Las comunidades ubicadas en la ciudad, lejos de barrios problemáticos, termina siendo también una opción viable, pero la principal idea es que en donde se encuentre, se pueda desarrollar una cultura de comunidad, alejada del resto (De León, 2000).

Para el ingreso a la comunidad se tiene en cuenta: Las sustancias de consumo, como también su frecuencia o patrón del mismo; Nivel de disfunción biopsicosocial del paciente; Puntos débiles y fortalezas a trabajar; El contexto que rodea al paciente (familia, ámbito, trabajo, etc.). Esta patología surge como una más de las disfunciones en la vida del paciente, por lo que el trabajo de múltiples problemáticas implica un abordaje integral (Llorente, Mezo & Barrutia, 2011).

La cultura de la comunidad terapéutica, se llama a esas características físicas del lugar, que hacen que el paciente sienta que está en su casa. Esto implica el uso de carteleras con los diferentes estadios de tratamiento, carteleras con las frases de las comunidades o slogans y reglas, como carteleras de divisiones de equipo de limpieza, el área particular del staff, y del grupo de pacientes, etc. (De León, 2005).

También dentro de la comunidad terapéutica existen ciertas normas, principios y valores a seguir, para que fluya de otra manera la convivencia, propiciando en el paciente un cambio integral, por ejemplo: el no uso de drogas, violencia o acting out sexual. A su vez posee un staff (operadores, que pueden ser especialistas o ex-adictos), terapeutas individuales, sesiones de grupo, asistencia a las familias, etc. Todo hace parte de un modelo intensivo de intervención (Llorente, Mezo & Barrutia, 2011).

Por otra parte, no se puede atribuir netamente el éxito del tratamiento al dispositivo que se utiliza. La adherencia al tratamiento se ve influenciado a su vez, por factores como las habilidades cognitivas (Katz et al., 2005), los estilos de afrontamiento y rasgos de la personalidad son también influyentes en la adherencia (Navarro et al., 2001). Sin embargo, el éxito en el mismo, y el abandono de conductas impulsivas relacionado al consumo de sustancias, ha demostrado relacionarse con el tiempo dentro de una institución terapéutica (Havassy, Hall & Wasserman, 1991). En mayor medida se puede identificar que el estilo de afrontamiento, factores de personalidad, vivencias anteriores, y la motivación, resultan así de mayor importancia para el éxito de un tratamiento, en especial en la comunidad terapéutica (Hernández, Londoño, 2012).

### **3.2.1.1 Grupos dentro de la comunidad terapéutica**

Los grupos surgen antes de la comunidad terapéutica, es esta última la que se crea como un contenedor de las diferentes modalidades de grupos. La idea de grupos surge como contracara de la mirada de los hospitales, tiene como propósito principal, la ayuda mutua entre pacientes, debido a que no hay persona que entienda mejor a quien está pasando por una circunstancia difícil, que quien haya pasado por lo mismo anteriormente o lo esté pasando en ese mismo momento, y esta es una de las principales ventajas del trabajo en grupo, la empatía (Mullen, 2005). Precisan también normas para su correcto desarrollo, por ejemplo, el no uso de verbalizaciones ofensivas, violentas, o gestualizaciones que inciten a lo anteriormente mencionado (De León, 2000). Por otra parte, las reuniones tienen un formato circular, dando la idea de igualdad entre todos los miembros presentes (Mullen, 2005).

Existen diferentes tipos de grupos entre los cuales, los pacientes no siempre ocupan el rol principal, ni el staff actúa del mismo modo. Hay grupos orientados hacia amigos de los pacientes, grupos orientados a la educación de los familiares, grupos orientados a parejas de los pacientes, etc. Estos grupos hacen parte de lo que George de León (2000), refiere como la vida fuera de comunidad, la cual el paciente tiene que lograr su inclusión para el trabajo. En estos casos el staff propicia un rol de educador.

Sin embargo, el autor propone que los grupos de encuentro son la base de la comunidad terapéutica, debido a que en los mismos se entrena las áreas de la conciencia que se encuentran alteradas (De León, 2000).

Según Escudero y Rodríguez Zafra (2012) en estos grupos, lo importante es el desarrollo vivencial, en donde los participantes son el núcleo y la razón de este. Por otra parte, los profesionales ocupan un rol de facilitador de los procesos de evolución grupal y desarrollo personal del mismo. Estos dispositivos también cumplen con una función principal de interacción interpersonal, en donde se busca nuevas relaciones interpersonales, con personas desconocidas, coincidiendo en situaciones similares de vida.

Los trabajos en grupo a su vez traen repercusiones positivas en cuanto al fortalecimiento neuronal, sobre todo de las neuronas espejo, dedicadas al entendimiento y aprendizaje de conductas realizadas por otros individuos, o también llamado aprendizaje vicario. Según Leurance Tan (2017), esto se relaciona también con la formulación de la identidad y la autopercepción, debido a la constante identificación con otros pacientes en el caso de la adicción.

Dentro de las comunidades terapéuticas, y sus dispositivos correspondientes, se encuentran diferentes grupos, que tienen la finalidad de fortalecer una parte en particular que se encuentra afectada por la patología. Estos grupos se llaman, grupos de crecimiento personal, y su finalidad se encuentra en la comunicación entre las personas, la experiencia emocional y la reflexión (De León, 2000).

A su vez dentro de las modalidades respectivas a GDP (grupos de crecimiento personal), o también llamados grupos de autoayuda, se encuentran diferentes vertientes o manifestaciones del crecimiento. Según plantea George De León (2000), existen tres tipos de grupos: Grupos de encuentro: que consisten en reuniones diarias, con el fin de facilitar la expresión de los pacientes; Grupos de sondeo: en donde se trabaja a fondo la expresión y los orígenes de esta; y Grupos Maratón: donde la finalidad es la expresión ininterrumpida, en un periodo de tiempo más largo que lo habitual, como campamentos o retiros.

De las tres categorías de grupos, según George de León (2000), son la base de los grupos en la comunidad terapéutica. La significancia de estos dispositivos implica traer a

conciencia, aquellas dificultades, que significan una problemática para los ideales de la comunidad, por parte de otros miembros, por medio de la confrontación. Dentro de los grupos de encuentro, existe la categoría de “Grupos de problemáticas”, en donde este proceso se da precisamente entre los residentes, que pueden ser: conductas, actitudes, pensamientos o sentimientos. El autor remarca la necesidad de separar cada aspecto de la conciencia por separado.

### **3.2.2 Grupos de sentimientos**

Como una de las modalidades, surgen los “*Grupos de sentimientos*” o de expresión de sentimientos, con la finalidad de acentuar sentimientos provocados o evocados, como resultado de la constante convivencia entre los miembros de la comunidad. Resulta fundamental trabajar esta dimensión, debido a la relación que posee con la comunicación y el control de impulsos (Barrilado, 2015).

Algunos grupos de sentimientos apuntan hacia la comunicación de los sentimientos y emociones, como lo son los propuestos en las comunidades terapéuticas, mientras otros se encuentran más relacionados con el control de impulsos y la mediación entre las sensaciones y la expresión de emociones.

En terapias personalizadas basadas en Estrés Post-Traumático; caracterizado por la vivencia de alguna vivencia traumática, pensamientos intrusivos al respecto y una hiperactivación sensorial, se recurre a la educación de habilidades emocionales y reconocimiento de las sensaciones respectivas (sentimientos), como una forma viable de trabajar con adicciones, debido a que al igual que el trastorno anteriormente mencionado, la hiperactivación sensorial, los pensamientos intrusivos, y la dificultad para el reconocimiento de las emociones, resultan síntomas de las problemáticas emocionales del abuso de sustancias (Ford & Russo, 2006).

Este tipo de abordaje consta de tres fases, divididas bajo el nombre en inglés FREEDOM (libertad). La primera fase se coloca bajo la letra F. (focusing) y recurre llamado a la focalización, con tres pasos bajo el nombre S.O.S. en referencia al pedido de ayuda, con sus significados en inglés de cada parte del primer pasó. S por Slow Down, o en español desacelerar, tiene la finalidad de frenar, bajar los impulsos y aclarar los pensamientos. O

referente a Orient, que tiene como finalidad orientar la atención hacia las sensaciones corporales. La última S referente a Self-Cue (señal del cuerpo), que básicamente trata en interpretar las señales propioceptivas (del propio cuerpo), o de los demás miembros del grupo (Ford & Russo, 2006).

La segunda fase, continúa con cinco de las siete letras. R, que significa Recognize (reconocer), se trata de identificar los disparadores de estrés. E, referente a Emotions (emociones), identificar los sentimientos primarios. E, Evaluate (evaluar), cuáles son los pensamientos o declaraciones con respecto a lo que sucede en el cuerpo. D, proviene de Define (definir), y hace referencia a establecer metas personales primarias. O, Option (opción), crear alternativas que permitan llegar a esas metas primarias (Ford & Russo, 2006).

La tercera fase, refiere a la letra M, proveniente de Make a contribution (haz una contribución), que consta en ayudar a los pertenecientes al grupo, con la información necesaria para afrontar el malestar cada vez que aparecen los síntomas anteriormente mencionados. El dispositivo FREEDOM, resulta bastante útil ante la sintomatología recurrente en los momentos de abstinencia, o en el impulso incesante de consumo y pensamientos intrusivos al respecto (craving), por lo que esta estrategia cognitiva, puede resultar efectiva (Ford & Russo, 2006).

Por otra parte, los grupos que se trabajan en la comunidad terapéutica, en su gran mayoría resultan basados en los propuestos por la temática “Synannon Game” (Mullen, 2005). Este tipo de dispositivo se ubicaba dentro de lo que se conocía como movimiento Synannon, creado en la década de 1960, en el cual se combinaban un estilo de vida, con la expresión de sentimientos y emociones por parte de los pacientes, hacia otros (Vanderplasschen, Vandeveld, De Ruyscher & Broekaert 2017).

La principal idea de esta modalidad de intercambio de sentimientos resulta en la habilidad constante de aprender a expresarse, de una manera similar a cualquier juego o deporte, sin la necesidad de hacer constante énfasis teórico sobre que están aprendiendo, sino que el aprendizaje se de manera fluida y casi in-intencional. Al igual que otros grupos de la comunidad terapéutica, se trata de grupo de crecimiento personal, donde los pacientes pueden observar a los demás utilizar la técnica, sirve como enseñanza y ayuda mutua. Esto a su vez

dignifica a los pacientes, debido al empoderamiento resultante de aprender, a comunicarse mejor, reconocer sus habilidades, reconocer sus sentimientos y poder revertir situaciones (Mullen, 2005).

El grupo consta de un formato, para que la atención se encuentre fijada en la expresión de los sentimientos del residente, y no en la expresión en contra o favor del residente como persona (De León, 2000).

### **3.2.2.1 Intervenciones y su importancia**

El Formato en el cual se presenta y se comunican los sentimientos en el grupo, posee características específicas, en cuanto a los roles y en cuanto a la metodología. En este grupo en particular el profesional solo debe funcionar como facilitador de la comunicación, debido a que la asesoría entre iguales demuestra tener más éxito en tratamiento de las adicciones (M. Mas-Bagá, 2006). Según el procedimiento, planteado por George de León (2000), con respecto a la comunidad terapéutica y los grupos de encuentro, es que los sentimientos o conductas a remarcar con respecto al compañero, deben escribirse en un papel y el coordinador debe verificarlo, con la finalidad de trabajar sobre la organización y la planificación, a la hora de la confrontación.

El proceso consta de tres partes: Confrontación, conversación y clausura (De León, 2000).

-La confrontación refiere a la expresión del sentimiento que evoca o provoca la otra persona. Este aspecto resulta interesante, como punto de análisis para el facilitador o terapeuta, debido a que quedan expuestos los mecanismos comunicacionales deficientes, al igual que las relaciones conflictivas significativas del paciente (De León, 2000).

-La conversación es el paso siguiente, en donde luego de haber escuchado la confrontación, el paciente decide si aceptar o no dicha confrontación, y revelar su vivencia emocional respectiva. Este último punto puede cambiar de acuerdo con las particularidades y el enfoque de cada comunidad. Con respecto a esta fase del proceso, el terapeuta puede intervenir, utilizando el momento de movilización, para ahondar en sentimientos reprimidos, exagerados, repetidos en varias ocasiones, etc. Como herramientas para desarmar las

defensas del residente, el terapeuta puede utilizar el humor, sobre-exageración, recuerdos emotivos ligados a los sentimientos. Todo depende de lo que requiera la situación.

-La conclusión es el último paso. En este paso el grupo recomienda un camino o decisiones que tomar, o su opinión al respecto del desenlace de los sentimientos. La fase suele ser prescindible en algunos grupos de sentimientos, es más común su uso en los grupos de reflexión.

George de León (2000), afirma que la importancia de este protocolo resulta en organizar las experiencias emocionales de los adictos, así como su manera de confrontación, y trabajar sobre la autoconciencia del residente. Por otra parte M. Mas-Bagá (2006), afirma que los beneficios del tratamiento de sentimientos en la comunidad terapéutica, sobre todo los basados utilizando los grupos autoayuda, se ve reflejado en la confianza que se establece entre los pacientes en relación a sí mismos, sus compañeros, los profesionales que trabajan como facilitadores del grupo (que en el caso de operadores terapéuticos ex-adictos, sirve como modelo a seguir), y las personas involucradas con las pacientes fuera del tratamiento (familiares, amigos, etc.).

Zucker (1961), menciona como un grupo en el cual se ponen en manifiesto los sentimientos, puede llegar a servir para despertar conciencia en los pacientes. Ante una situación que se vive en la comunidad, y la expresión de descontento con sus compañeros, puede que el paciente sienta más identificación, o sus compañeros vean un reflejo en la situación. Estos sentimientos a su vez se pueden relacionar con sensaciones de su pasado, hasta donde se puede rastrear el porqué de las conductas antisociales.

El facilitador o terapeuta, debe detectar las dificultades que se presentan en la comunicación, si uno de los residentes reacciona de manera inadecuada ante la confrontación o si se dificulta la expresión de la misma, sobre todo con pacientes ante los cuales las técnicas de intercambio grupales resultan nuevas, la idea es que puedan respetar el protocolo correctamente, de manera que adquieran las habilidades a trabajar (Flores, 2001).

Por otra parte, también debe mostrar neutralidad y a su vez lograr el involucramiento emocional de los pacientes, para que estos se sientan en confianza para poder expresarse, debido a que usualmente encuentran dificultades al hacerlo ante los demás, sobre todo por

sentimientos de identificación. Sin embargo, facilitadores demasiado carismáticos, puede generar desconfianza, idealizaciones, problemáticas transferenciales, etc. (Flores, 2001).

Si durante la expresión de sentimientos, alguno de las pacientes, o incluso el terapeuta, toca temáticas que pueden despertar identificación con positiva con su vida anterior a la internación, y negativa con respecto al tratamiento, esta expresión puede llevar a que o algunos pacientes sientan identificación, con su vida anterior, y recaigan en conductas adictivas, o que el paciente en efecto acabe por abandonar el grupo (Tan, 2017).

En pacientes con conducta adictiva, cualquier sensación que les haga creer que su vida antes del tratamiento, fue mejor, debe ser interrumpida, incluso si esto provoca sentimientos positivos en el terapeuta o facilitador, o incluso en caso contrario, si lo que cuenta un paciente, despierta sensaciones negativas en el terapeuta, pero genera sentimientos y pensamientos que ayudan a la orientación que se busca en los pacientes, resulta positivo continuar con la interacción (Tan, 2017).

### **3.3 Investigaciones sobre los resultados de grupos de crecimiento personal**

Referido a este último punto, en cuanto a la relación del paciente con el mundo exterior, y las personas que lo involucran, la psicoeducación que se produce en los grupos de crecimiento personal es una herramienta clave, para la prevención de recaídas y para trabajar otras problemáticas de fondo relacionadas con el consumo. La sustancia de consumo fue utilizada por el adicto para tapar problemáticas emocionales e intentos fallidos de resolución de conflictos (Mas-Bagá, 2006).

El uso adecuado de las herramientas aprendidas en la comunidad, y el feedback de la misma, se relaciona con la adherencia al tratamiento, lo que a su vez influye en la retención del residente, a la vez que el aprendizaje de estos métodos de confrontación tiene por finalidad la réplica por parte del paciente, en el mundo exterior a la comunidad, para un mejor funcionamiento en su ámbito social (Mas-Bagá, 2006).

Siguiendo desde la perspectiva social, los grupos de crecimiento personal, resultan un buen agente socializador e inclusivo para los pacientes. El uso de calificativo que a menudo no se tienen en cuenta como “hermano” o “familia”, en la comunidad, hacen que el sujeto se

sienta parte de algo, situación que a menudo durante su carrera adictiva carece. Por otra parte, la noción de crecimiento personal, hace referencia al empoderamiento que recibe el paciente al aprender a manejarse de otra manera más exitosa en el mundo (Molina-Fernández, 2011).

Por otra parte, hay investigaciones como las de Garcia y Nasco (2006), en donde demuestran que los grupos de crecimiento personal, donde se trabajan dominios en particular, resultan situados entre los de menor interés por parte de los pacientes ubicados en comunidades terapéuticas, en comparación con otros grupos como los terapéuticos, en donde el rol del terapeuta es más visible.

En un caso personalizado, el uso de grupos de sentimientos sirvió para resolver adicciones y solucionar situaciones traumáticas pasadas. En el caso que describen Ford y Russo (2006), comentan sobre una joven llamada “Cathy”, que se encontraba realizando un tratamiento por adicción a varias sustancias. La paciente sufrió abusos sobre el primer periodo de su infancia, y eso le traía problemas con su actual pareja. Al utilizar las herramientas inculcadas, de un tipo de terapia llamada TARGET (Trauma Adaptative Group Educación and Therapy), supo rastrear e informarse acerca de las funciones de sus sentimientos, sus pensamientos negativos y sus conductas adictivas. Logro controlar sus ansias de consumo, resolvió la relación existente entre el consumo y las respuestas emocionales, lo que ayudo a finalizar su tratamiento y servir como apoyo a nuevos pacientes (Ford & Russo, 2006).

Según Lieberman, Yalom y Miles (1973), los grupos de crecimiento personal, resultan una experiencia positiva para la gran mayoría de los pacientes. Sin embargo los autores Guillermo Gil Escudero y Veronica Rodriguez Zafra (2012), concluyen en que resulta difícil, diferenciar entre lo que se considera un cambio positivo dentro de tratamientos en los que se usan modalidades de grupo orientadas al crecimiento del desarrollo personal, debido a que no siempre se puede especificar que el cambio se dio por la utilización específica de ese dispositivo, si es una cualidad que el paciente ya había adquirido anteriormente, o si la había adquirido o entrenado con algún otro de los dispositivos con los que trabajo (por ejemplo la terapia individual).

#### **4. Metodo**

##### **Tipo de estudio**

Descriptivo

##### **Muestra:** Participantes

Paciente R- 34 años, ingresa al programa por voluntad propia. Edad de inicio de consumo: 15 años. Motivo de ingreso: consumo de cocaína. Etapa del tratamiento: Reflexión. Tiempo en la comunidad: 6 meses.

Paciente C- 25 años, ingresa a la comunidad por voluntad propia. Edad de inicio de consumo: 16 años. Motivo de ingreso: consumo de cocaína. Etapa del tratamiento: Reinserción. Tiempo en la comunidad: 9 meses.

Paciente A- 24 años, ingresa a la comunidad por voluntad propia. Edad de inicio de consumo: 15 años. Motivo de ingreso, consumo de marihuana y cocaína. Etapa del tratamiento: Bienvenida. Tiempo en la comunidad: 1 mes.

Alejandra: 40 años. Psicóloga, directora del Staff. 15 años trabajando en la institución. Áreas encargadas: Staff, grupo de sentimientos, grupo de bienvenida y reinserción social.

Angie: 49 años. Técnica y especialista en adicciones, acompañante terapéutica. 2 años trabajando en la institución y 15 trabajando otras instituciones. Áreas encargas: Grupo de sentimientos y operadora terapéutica.

##### **Instrumentos:**

- Observación participante: Se presenciaron las sesiones de grupo de sentimientos, y otros dispositivos grupales, con intervención en casos puntuales y reuniones de equipo.
- Entrevistas semidirigidas: Se realizaron a los pacientes, a los profesionales como psicólogos y operadores terapéuticos. En el caso de los pacientes se indago sobre: la sustancia de consumo habitual, tiempo en la comunidad, etapa del tratamiento, su opinión sobre el grupo de sentimientos, cuáles fueron las dificultades que se

presentaron al adquirir dicha herramienta, en que aspectos se vieron fortalecidos durante su uso, y que les aporó de útil en el tratamiento. Con los terapeutas se hablaron temas como: el tiempo trabajando en la comunidad, su función dentro de la misma, la finalidad del dispositivo, sentimientos relacionados al consumo, raíz teórica del mismo y su importancia en el tratamiento.

- Historias clínicas: Se utilizaron para corroborar información respectiva a etapa del tratamiento, tiempo y que sustancias consumió.

### **Procedimiento**

Las observaciones se realizaron en el lapso de aproximadamente 4 meses. Periodo correspondiente al tiempo de duración de las pasantías. Las entrevistas se realizaron durante el periodo antes mencionado, con una duración aproximada a 15 minutos en el caso de los pacientes, y 20 minutos en el caso de los profesionales. Con respecto a las historias clínicas, se las necesitó para recoger información respectiva a los pacientes. Toda información pertinente referida al dispositivo, o a los pacientes, fue registrado en un cuaderno de notas personales.

### **5. Desarrollo**

A continuación, se indagará en las entrevistas realizadas a los profesionales y los pacientes con respecto al “grupo de sentimientos”. Estos grupos se llevaban a cabo dos veces por semana, entre las poblaciones que convivían las 24 horas del día en la casa, lo cual comprendían los grupos de Bienvenida (desde el momento que ingresan a la casa, hasta completados los dos meses), y el grupo de Reflexión (desde el segundo mes, hasta los seis meses de internado). Había otra población conformada por los miembros de Reinserción Social (desde los seis meses de internado, hasta finalizar el año), los cuales o poseían un trabajo, o se encontraban estudiando, por lo que no estaban las 24 horas en el hogar. Entre las dos primeras poblaciones y la tercera, solo se respetaban sentimientos una vez cada dos semanas. Los que se encontraban en Externación (de los 12, a los 24 meses), no tenían contacto con estas tres primeras poblaciones.

### **5.1 Visión de los profesionales sobre el grupo de sentimientos, la finalidad de este y su relevancia dentro del tratamiento de adicciones.**

En la entrevista realizada con una de las operadoras terapéuticas llamada “Angie”, la misma comunico su visión con respecto al grupo de sentimientos diciendo: *“me parece un buen espacio para expresar lo que sentían los pacientes, después de haberlo identificado, debido a que, durante muchos años, no pudieron expresarlo con palabras”*. La opinión de la profesional va en contraposición del concepto de “inteligencia emocional” planteado por Goleman (1995, 2010), debido a que se contradice con la capacidad para identificar y expresar emociones. Por otra parte, esta condición, significa un factor relevante al hablar de reincidencia en el consumo de sustancias (Riley & Schutte, 2003).

La operadora terapéutica reafirmo su opinión con respecto a la importancia de los grupos, en relación a la expresión de emociones en miembros de la comunidad terapéutica. Continúo explicando *“durante su carrera de consumo, que es la manera en que llamamos al periodo de consumo constante, el adicto aplaca todos sus sentimientos con la sustancia. Es tanto lo que se guardan en todo ese periodo en que se alejan de sus padres, que ciertas amistades los dejan de lado”*. Esta perspectiva coincide con lo planteado por Arribas (2001), en la percepción social del adicto como un *“residuo social”*, la cual fomenta su dificultad para expresarse.

Concluye diciendo *“cuando llegan luego de un mes de sobriedad terminan vomitando sus sentimientos, y ahí es donde entra el grupo”*. En esta ocasión lo mencionado por Angie, posee cierta relación con perspectiva de Ford y Russo (2006), quienes afirman que las personas con problemas de consumo de sustancias, encuentran dificultades en el reconocimiento de emociones, acompañado también por pensamientos intrusivos y sensaciones relacionadas al estrés post-traumático. Por otra parte, su opinión con respecto a los grupos de sentimientos, coincide con la visión de Barrilado (2015), con respecto a los grupos, y su tarea específica de educar con respecto al manejo correcto de los sentimientos y emociones.

Alejandra psicóloga que trabaja también hace años en la institución, comentó su visión con respecto al grupo afirmando que *“el grupo funciona como una de las partes de la*

*psico-educación que reciben los pacientes, donde trabajan en particular áreas de conflicto emocional que se da día a día entre ellos*". En la comunidad terapéutica se realizan diferentes tipos de grupos, con la finalidad de educar diferentes sectores de la conciencia, según el modelo de George de León (2000). Estos grupos poseen una base teórica de la que se nutren, formuladas por el movimiento Synannon (Vanderplasschen, S & E Vandavelde, De Ruyscher & Broekaert 2017). La idea de estos grupos, coincide con la perspectiva adoptada por Mullen (2005), quien propone que los grupos deben ser un espacio donde trabajar áreas dañadas por la adicción, pero que dicho entrenamiento no se realice a nivel consciente.

*"Lo importante de estos tipos de grupos es ir teniendo un registro de lo que sucede también, registrar que cosas que es lo que les pasa, y como es su evolución dentro del tratamiento"* dice Alejandra refiriéndose a cuál es la relevancia dentro del tratamiento. Esto posee una relación entre la perspectiva de Muñoz (2004), con respecto a la comunidad terapéutica, donde el convivir y el trabajo diario entre los pacientes, logra evocar conductas o pensamientos que tienen una clara relación con el consumo de sustancias. Una vez puesto en manifiesto, sirve como guía para trabajar con el mismo, modificando estas cuestiones relacionadas con el consumo.

Alejandra afirmó que quizás el sentimiento que más se relacionaba con la adicción, era la frustración, y sus derivados. Por otra parte, Angie llegó a la misma conclusión, diciendo *"frustración, debido a que tienen una mezcla muy grande entre lo que sienten, lo que les sucede y lo que expresan... Yo creo que eso o alguna otra emoción negativa"*. Ambas opiniones se relacionan quizás con lo planteado por Arribas (2001), quien considera que la perspectiva social negativa que posee el adicto, repercute en su desenvolvimiento, tanto social como productivo. Por otra parte, Góngora y Chattas (2008), luego de hacer una revisión en los esquemas disfuncionales, planteados por Young (1999), consideran que la dimensión desconexión y rechazo es la que más se relaciona con la conducta adictiva, debido a que predomina un sentimiento de abandono, afirmación que no coincide con lo planteado por ambas profesionales.

Con respecto a la finalidad del dispositivo, la psicóloga continúa diciendo que sirve para que los pacientes desarrollen habilidades y que puedan frenar sus impulsos. Esta perspectiva posee una relación con lo planteado por Ford y Russo (2006), quienes consideran

que la afección en el sistema serotoninérgico, influye en la inhibición de conductas. Los autores también refieren al respecto de los grupos en donde los pacientes expresan sus sentimientos, diciendo que a menudo en estos lugares se re-experimentan situaciones de consumo o conductas relacionadas con el mismo, y que la misión de estos dispositivos, es trabajar con esas sensaciones basándose en procedimientos relacionados al estrés post-traumático (Ford & Russo, 2006).

Por otra parte, la operadora aseguró que *“también sirve a que se desinhiban, y se quiten los miedos”*. Esto puede ser explicado desde la perspectiva de Mullen (2005), quien plantea que, en los grupos de expresión de sentimientos dentro la comunidad terapéutica, es importante la concepción de autoayuda mutua, o ayuda entre iguales, debido a que esto facilita el empoderamiento entre los miembros, hace que los mismos se sientan en confianza al hablar con personas que pasaron por la misma situación, a su vez que los utilizan como referentes para el progreso.

Al continuar la entrevista, se consultó a Alejandra acerca de la relevancia de los grupos de sentimientos en el tratamiento. La psicóloga contestó *“También hay otro tipo de abordajes que resultan en mi opinión más importantes, por ejemplo, los grupos de familia y de amigos, debido a que en definitiva ellos (los pacientes), vuelven a sus casas, y si en su casa está todo para atrás, no sirvió nada la educación que acá le dimos... Entonces es bueno educar también el ambiente en el cual los chicos se van a desarrollar a futuro”*. El papel de las relaciones familiares en el éxito del tratamiento que plantea la psicóloga, establece una clara semejanza con la percepción de Mastandrea (2016), pues el autor considera que, si el paciente logra frenar las conductas adictivas y en el hogar no hay un ambiente propicio, este mismo volverá a consumir. Por otra parte, en referencia al ámbito familiar y en donde ocurren los primeros años de vida, autores como de Beck, Wright, Newman y Liese (1993), considera que muchas patologías se dan como consecuencia de vínculos primarios disfuncionales.

Alejandra concluye diciendo *“El grupo de sentimientos, representa un tercio del éxito del tratamiento, pero no es garantía de nada”*. Autores como García y Nasco (2006), consideran que los grupos de autoayuda poseen un escaso lugar en la percepción de los pacientes al referirse al éxito del tratamiento. Sin embargo, Alejandra a comparación de los autores le dio un lugar bastante importante comparando la opinión de estos últimos. Por otro

lado, Gil Escudero y Rodríguez Zafra (2012), llegan a la conclusión similar a la que plantea la psicóloga, debido a que afirman que es difícil atribuir parte del éxito a una sola técnica, sin tener en cuenta todo el contexto en el cual se desarrolla, en relación a las demás técnicas utilizadas en una comunidad terapéutica.

Por otra parte, Angie concluye diciendo *“No sé realmente que parte ocupa en el tratamiento, me parece que es importante debido a lo que produce. Aunque es la primera vez que trabajo con este dispositivo... Antes trabajaba con formas correctas e incorrectas de expresarse”*. Cabe destacar que la operadora antes de comenzar a trabajar en la comunidad actual, trabajaba en otra institución, donde había una perspectiva más relacionada al Modelo de Minnesota, de Alcohólicos Anónimos. Desde esta perspectiva el adicto es un enfermo y ocupa un lugar de víctima de dicha enfermedad (Rodríguez, 2009). Por otra parte, a diferencia de modelos en donde el paciente y sus potencialidades son protagonistas del cambio, este modelo utiliza mucho una perspectiva religiosa como guía (Yaria, 1998).

## **5.2 Funcionamiento del grupo de sentimientos y las intervenciones realizadas en el mismo.**

Durante las sesiones de *“Grupos de Sentimientos”*, se pudo observar que este dispositivo partía de la base propuesta por George de León (2000), con respecto a los grupos en la comunidad terapéutica, basados en la metodología de *“Synannon Game”* utilizada en la gran mayoría de establecimientos con esta perspectiva (Mullen, 2005), mezclando con ciertos enfoques de Progetto Uomo, basándose en la autoayuda mutua entre los participantes (Rodríguez, 2009), y Experiencia Minnesota, partidaria de la abstinencia total y el trabajo sobre las conductas adictivas (Rodríguez, 2009), según los miembros del staff entrevistados.

De acuerdo a cada una de las 3 divisiones que participaban en los grupos de sentimientos, cambiaba la manera en la cual los participantes realizaban el intercambio. Esto hace parte de las jerarquías en las que se basan las comunidades terapéuticas, influencia de las comunidades Daytop, tomando el tiempo de abstinencia como factor de posicionamiento de jerarquías (Rodríguez, 2009).

Los pacientes que se encontraban en bienvenida realizaban el dispositivo tal cual lo plantea George de León, escribiendo en un papel pequeño el nombre de él o los participantes

con los cuales quería expresar sus sentimientos durante la semana (De Leon, 2000). Al momento de ingresar a la comunidad terapéutica, muchos pacientes llegan con un estado biopsicosocial deteriorado, y la institución se enfoca en fortalecer las áreas cognitivas en las que se encuentran bien, y trabajar en aquellas que se encuentran mal, coincidiendo con la perspectiva de los autores Llorente, Mezo & Barrutia (2011), pero teniendo siempre como principal referente el modelo de comunidad terapéutica de George de Leon (2000). El área social es quizá uno de los puntos más débiles de quienes consumen, y también el entorno es un factor predecible para las recaídas, según la perspectiva de Arribas (2001), por tal motivo la institución utiliza los grupos de encuentro y de autoayuda, como eje para fortalecer la resocialización.

Con respecto a esta temática hubo un episodio en particular que captó la atención del Staff y del resto de pacientes que realizaban un grupo de sentimientos. En una ocasión un paciente nuevo en la institución perteneciente a un barrio conflictivo, al cual pertenecían más de un paciente, lo identificaban por dedicarse a la distribución de sustancias adictivas en el barrio en el que residía. La imagen en sí del sujeto causaba una gran carga emocional para los pacientes, debido a la asociación con su carrera de consumo, una situación que asimila a lo planteado por George de León (2000), donde menciona la importancia del entorno de la comunidad terapéutica. Por otra parte, el paciente resultaba conflictivo a la hora de presenciar los grupos en los cuales se expresaban los sentimientos, dado que, durante las sesiones grupales, quería expresar sentimientos contra el staff, constituyendo así en una falta al propósito del grupo. La situación plantea una relación negativa con la dinámica de los grupos descrita por M. Mas-Bagá (2006), debido a que el principal motivo de los dispositivos de crecimiento personal, es promover la autoayuda mutua entre iguales, teniendo como referentes a los demás pacientes, y no poner como foco de atención a los miembros del staff.

En este caso en particular, el paciente realmente resultaba problemático a la hora de recibir las devoluciones, debido a que habitualmente las interpretaba como violentas y no podía controlar sus impulsos, situación que se asemeja a lo planteado por Arribas (2001), con respecto al déficit en las habilidades sociales que presentan las personas con consumo problemático. Debido al peligro que resultaba el sujeto tanto para la comunidad terapéutica, como para algunos miembros del staff, tras una reunión de equipo se decidió intervenir con

una medida disciplinaria más conductual, además de una autocrítica con respecto a su accionar impulsivo hacia a la institución. Medidas que encuentran su origen principalmente en la corriente de Progetto Uomo (2009), debido a que se consideraba al paciente como principal agente de cambio. El paciente termino por abandonar el tratamiento.

Aunque el dispositivo grupo de sentimiento era explicado por el Staff durante el periodo de bienvenida a cada uno de los pacientes, los inconvenientes resultaban habituales al momento de realizar las reuniones. El uso de los hermanos mayores (pacientes en un estadio más avanzado del tratamiento), con la finalidad de instrucción constante es otra de las herramientas con las que contaba la comunidad (Mullen, 2005). Este mecanismo era llevado a la práctica teniendo en cuenta las afinidades probables o el perfil psicológico del ingresante.

De esta manera cuando llegaban los días que tenían los grupos de sentimientos, se utilizaba una caja dividida en secciones con el nombre de cada uno de los participantes de la comunidad, de manera que se realizaba una lectura nombre por nombre y se exponían los sentimientos que se respetaron. La idea detrás de dispositivo hecho de una manera tan exhaustiva es que los nuevos pacientes puedan adquirir estas herramientas, y reparar cualquier mal uso de las habilidades sociales, vía la constante repetición similar a lo planteado por Flores (2001), quien además remarca el rol del terapeuta como facilitador de la comunicación, y no como participante del grupo, debido a que estos últimos podrían sentirse juzgados por expresar lo que sienten.

De igual manera los pacientes podían utilizar un cuaderno personal, en el que podían escribir y recordar que sentimientos habían expresado, con quien los habían intercambiado durante la semana, y utilizarlos como guía al momento de mencionarlo en el grupo. Estas ideas, tanto las de la caja con los nombres, como los cuadernos en donde se anotan los sentimientos, hacen parte de lo que George de León (2005), denomina la cultura de la comunidad terapéutica, que diferencia la comunidad terapéutica de cualquier otro lugar, pero que a su vez va en contra de las apariencias de los hospicios tradicionales (Llorente, Mezo & Barrutia, 2011). Por otra parte, Alejandra comenta que el staff utiliza un cuaderno, para anotar los sentimientos que expresan cada uno de los pacientes, debido a que es habitual que repitan sentimientos que dijeron los demás, para no tener que pensar o evadirse de la tarea.

Seguía contando con respecto al cuaderno “*ahí también anotamos otras actividades que realizan durante el día, como los grupos ni bien se despiertan, el almuerzo, y quienes tienen a cargo la limpieza... Cumple más que nada la función de una agenda*”. Estos elementos también hacen parte de lo que George de Leon (2005), denomina la cultura de la comunidad terapéutica, y se basa en la organización y estructura de un lugar en donde los pacientes puedan sentirse en casa, pero a su vez puedan organizar el día a día en la institución. De igual manera el staff ocupaba estos elementos como guías para la toma de decisiones, y para notificar el progreso de los pacientes.

Todo este dispositivo, era acompañado de una modalidad corporal, en donde los participantes que expresaban sus sentimientos, como quienes los recibían, debían poner sus manos encima de las piernas, para evitar la gesticulación durante el momento en que se producía el intercambio. Las reglas que poseen los grupos están basadas en las pautas estipuladas por George de Leon (2000), quien explica la necesidad de focalizar el dialogo en los sentimientos y no en las reacciones de quienes las expresan o reciben, que también puede desembocar en una situación violenta. La institución incorporo de esta manera esta modalidad corporal haciendo hincapié en el uso de las manos. Sin embargo, la psicóloga Alejandra comento “*la idea de la postura, es para que no se estén gesticulando mientras se respetan los sentimientos, realmente no hay mucho detrás...*”.

Estas cuestiones también pueden ser causante de otras problemáticas a nivel emocional en los pacientes. Si bien la intencionalidad del dispositivo es que, en el intercambio de expresión de sentimientos, haya algún tipo de situaciones que vinculen a los pacientes con situaciones pasadas, y que en concordancia con lo que plantea Zucker (1961), este mecanismo sirva para rastrear el origen de conductas relacionadas con la adicción, también puede resultar desalentador para la convivencia de los mismos, las verbalizaciones agresivas al momento del intercambio. En particular en una ocasión un paciente se sintió muy afectado por la manera de comunicarse de otro participante, y menciono esta problemática en el grupo, vinculándolo también con experiencias relacionadas a la violencia familiar. En relación a lo planteado por Tan (2017), sobre las temáticas en el grupo de sentimientos, y la percepción negativa de alguno de los pacientes sobre el tratamiento, si al paciente le causa

mucho malestar las sesiones grupales, esto puede llevar a una visión positiva de su vida antes del tratamiento, y en consecuencia abandonar el mismo.

Los pacientes más avanzados, pertenecientes a la etapa de reflexión solamente utilizaban un papel en donde anotaban durante la semana con quien/es se querían respetar, y no utilizaban cuadernos para recordar el sentimiento, ni con quien querían intercambiarlo, con la idea de que utilizaran la memoria para recordar con quien debían expresar sus sentimientos. La postura corporal continuaba siendo la misma. Esto concuerda con lo planteado por Flores (2001), con respecto a los protocolos en los pacientes nuevos y su manejo correcto, contrario a los pacientes con más tiempo en la institución, que ya podrían manejar mejor la expresión de sentimientos, y tenían una visión más clara del dispositivo.

En cuanto a los pacientes pertenecientes a la etapa de reinserción social, ellos expresaban sus sentimientos con respecto al resto de la comunidad, sin necesidad de utilizar otras herramientas como los recordatorios en papel. En esta instancia del tratamiento, los pacientes participaban del grupo solo una vez cada dos semanas, para expresar sus sentimientos hacia personas que se encontraban en etapas anteriores a la reinserción, como lo eran bienvenida y reflexión. En el caso de querer expresar algo a sus compañeros que se encuentran en el mismo estadio del tratamiento, lo hacían al finalizar otras sesiones grupales, en las que solo se encontraban ellos, sin necesidad de obedecer ningún protocolo en específico.

El terapeuta u operador terapéutico que trabajaba en ese momento con el grupo solo funcionaba como facilitador de la experiencia, además de corregir la expresión de los participantes, si consideraba que alguno estaba poniendo más énfasis en las acciones de los demás, que en los sentimientos que exponía. Alejandra comentó al respecto: *“Hay chicos que utilizan la situación, como para vengarse de alguien y decirle en público un montón de cosas, es parte también de la adicción”*. Esto coincide con lo planteado por los autores Ford y Russo (2006), quienes plantean que, a nivel neurológico los adictos experimentan una hiperactivación, y esto a su vez acarrear desconfianza en su entorno, lo que podría explicar la hostilidad hacia los demás pacientes del grupo que plantea la terapeuta.

Con respecto al rol del terapeuta durante los grupos de sentimientos, Alejandra contesto: *“La verdad el foco no está puesto tanto en el terapeuta sino más bien en los chicos, el terapeuta lo único que hace es guiar la conversación que se lleva a cabo en el intercambio”*. Según George de León (2000), el terapeuta ocupa un lugar de facilitador, en donde solamente debe intervenir, en caso de que note alguna dificultad en la comunicación entre los pacientes. La institución en particular tomaba como referente esta postura, aunque contextualizándola a el entorno social de los pacientes.

Alejandra continúa explicando *“En definitiva lo que hacemos es autoayuda, o autoayuda mutua en este caso... La idea es que ellos entrenen esta habilidad, y si se van un poco del objetivo, orientarlos”*. Esto concuerda con lo que plantea Mullen (2005), con respecto a los grupos en la comunidad terapéutica, donde el entrenamiento en las habilidades comunicativas, se da sin una intencionalidad clara. Sin embargo, según la comunica la terapeuta, también hay un trabajo consciente en la corrección del discurso.

### **5.3 Visión de los pacientes sobre el grupo de sentimientos, y su utilidad.**

En la entrevista con el paciente A., perteneciente al sector de bienvenida, contesto de la siguiente manera, al ser interrogado con respecto a la visión que tenía acerca del grupo de sentimientos: *“Siento que el grupo de sentimientos es muy bueno, y sirve para ser más objetivo en lo que uno siente, el hecho de exteriorizarlo hace que uno se sienta mejor, aprendí de ahí a que no hay que guardar los sentimientos”*. El correcto uso de las emociones hace parte del concepto “Inteligencia Emocional” utilizado por Goleman (1995; 2010), en contracara, los pacientes al llegar a la institución, demuestran un deterioro significativo en lo que respecta al uso, reconocimiento y expresión de emociones.

En el caso puntual del paciente, este mismo demostraba serias dificultades al momento de expresar lo que sentía. Si bien resultaba habitual, que los pacientes durante el periodo de bienvenida carezcan de habilidades sociales, en concordancia con la concepción de deficiencias sociales, planteado por Arribas (2001), el paciente percibía el grupo de sentimientos, como una situación estresante. En las reuniones de equipo se decidió recurrir a intervenciones que logren un despertar en el paciente, involucrándolo en tareas del hogar en donde haya más contacto con otros pacientes, medida que refiere a la modalidad de trabajo

de la Experiencia Minnesota (Rodríguez, 2009). También se requirió un acompañamiento más exhaustivo por parte de su “*hermano mayor*”, para lograr una mayor adherencia al tratamiento, como lo plantea la modalidad de Progetto Uomo (Rodríguez, 2009). Gracias al trabajo en las sesiones de grupo, se logró incrementar las habilidades comunicativas del joven.

En la entrevista con el paciente R., y su visión acerca del grupo de sentimientos, este comunico: “*En un principio odiaba el grupo de sentimientos, porque sentía que me remarcaban “defectos”, y como antes era una sola vez a la semana, detestaba ese día*”. Este momento hace referencia a la “confrontación”, parte inicial del intercambio de sentimientos (De León, 2000). En cuanto a la dificultad por parte del consumidor de sustancias al momento de trabajar con los demás, Zucker (1961), menciona sentimientos de autosatisfacción y hedonismo como consecuencia del consumo. Por ende, se encuentra cierta similitud entre la dificultad del trabajo en equipo por parte del paciente, con respecto a sentimientos habituales en la patología.

El paciente continúa diciendo al respecto: “*Me tomo tres meses para dar vuelta esa situación, hoy me gusta, pero tuve mis problemas constantes con mis permisos (evasión por medio de chistes o bromas)*”, desde una perspectiva emocional, el adicto busca constantemente la evasión de situaciones estresantes (Villagrán, 2018). El paciente continuo con la anécdota: “*debido a que tuve problemas con eso, dos meses atrás tuve que preparar una reflexión al respecto*”, esto hace parte de la modalidad de trabajo de la orientación humanista de Progetto Uomo, con la finalidad de potenciar las capacidades propias (Rodríguez, 2009).

Finalizando con respecto a su valoración del grupo, el paciente dice: “*Hoy me gusta porque entiendo la finalidad, y lo importante que es remarcar situaciones que se pueden cambiar*”. El trabajo en grupo, y el carácter vivencial que hay en el mismo (Escudero & Rodríguez-Zafra, 2012), facilitan los procesos de identificación (Zucker, 1961), y a su vez esto hace parte del aprendizaje vicario que se utiliza (Tan, 2017).

En la entrevista con el paciente C, perteneciente al estadio de Reinserción Social, este mismo comentó acerca del grupo de sentimientos: “*En lo personal el grupo de sentimientos*

*me sirvió mucho, me hizo bien el darle nombre a toda esa mezcla de sentimientos que tenía, registrarlos*". Esto coincide con lo que Goleman (1995, 2010), define como inteligencia emocional, y es en esa dirección que está enfocada esta técnica grupal.

El paciente continúa expresándose al respecto: *"Sirve para relajar y descargar malas sensaciones que nos atormentan, es bueno decir las cosas, no comérselas"*. Este es un punto que los autores Ford y Russo (2006), consideran significativos en las sesiones grupales, dado que el reconocimiento de las sensaciones corporales, y la sobre-activación del cuerpo ante estímulos relacionados a vivencias anteriores, hace parte de las problemáticas de la adicción, aunque en la comunidad el uso del dispositivo no haga tanto hincapié en las sensaciones corporales. El paciente concluye al respecto: *"Me sirvió para mis vínculos en general, gracias a eso puedo separar, respetarte un sentimiento no significa que quieras cambiar a la otra persona, o que en definitiva la otra persona te cambie"*.

Volviendo a la opinión del paciente A., se le pregunto qué le aportó el grupo de sentimientos, a lo que el mismo contestó: *"Lo importante es no guárdate lo que sentís, por la forma de confrontar con los demás, anteriormente me decían algo y yo no sabía que decir"*. Villagrán (2018), hace referencia a las conductas evasivas a las que recurre quien posee un consumo problemático. En este aspecto la conducta evasiva del paciente A, podría considerarse como una consecuencia más del consumo. Esto a su vez se relaciona con las maneras de afrontar la realidad que posee cada persona, y la percepción que tiene esta misma con respecto a sus recursos y el peligro del mundo que lo rodea (Lazarus & Folkman, 1986).

En relación con el paciente A., durante las sesiones de grupo de sentimientos, constantemente tenía problemas con respecto a su manera de expresarse, ya que a menudo los demás pacientes lo reprendían diciendo que no llegaban a entender que es lo que quería decir, y según ellos *"se enredaba al momento de explicar algo"*. Opinión que coincide con lo planteado por George de Leon (2000), quien planteaba que la conciencia era el área más dañada por el consumo. Tomando esta perspectiva la institución recurre al trabajo por separado, función de la mente.

Por otra parte, el paciente durante otros grupos en la comunidad, confeso que recurrentemente en su infancia vivió situaciones de violencia física por parte de un familiar

cercano, temática que consideraba que tenía alguna relación con su forma de expresarse. Esto posee una relación con lo que plantea Young (1999), con respecto a la dimensión de desconexión y rechazo. Desde otra perspectiva Mastandrea (2016), comenta que las una parentalidad disfuncional a menudo puede ser la raíz de problemas de consumo, y sirven para mantener la conducta adictiva, debido al fuerte choque de la realidad con el que se encuentran muchos pacientes, durante su mejoría y reinserción social.

Si bien este ejemplo no fue algo concreto del grupo de sentimientos, su repercusión estaba a la vista en gran manera a la hora de expresarse en el mismo. En una reunión de equipo se decidió que, como intervención en su hogar, el paciente utilice los mismos mecanismos del dispositivo de grupo de sentimientos. El trabajo en el hogar también resulta importante para afirmar una adherencia al tratamiento, y planear una estrategia de reinserción social, debido a que, en muchas ocasiones, el paciente no posee un ambiente propicio para iniciar una vida sin consumo. Llorente, Mezo y Barrutia, (2011), plantean que, al ingreso a la comunidad, hay que tener en cuenta también el contexto y la vida familiar del paciente, aspectos que tiene en cuenta la comunidad y con el que trabaja desde el inicio del tratamiento.

Por otra parte, en otra ocasión este mismo paciente fue advertido por otro, que afuera de la comunidad había una persona consumiendo, a lo que A., se acercó y vio que efectivamente sucedía lo que le habían mencionado. Esto resultó un punto en contra del sitio en donde se encuentra la comunidad, debido a que las comunidades terapéuticas deben estar alejadas de la población habitual, lejos de barrios peligrosos, o donde el paciente pueda encontrar consumo fácilmente (De León, 2000). El paciente también comunicó la necesidad de trabajar en la expresión de sentimientos en su hogar, debido a que cada vez que tenían una salida programada los fines de semana, el deseo de consumo se acrecentaba, por la cercanía de un “bunker” (casa de venta de drogas), que se encontraba en la misma cuadra de su casa.

Este suceso afectó mucho al paciente, de tal manera que evitó tomar su medicación en un momento del día, y a la noche de ese mismo día tomo en doble medida, para bajar los niveles de ansiedad. Esto si bien es un hecho que podría considerarse aislado, hace parte de una conducta de consumo, debido a que toda sustancia que se utilice para alterar el procesamiento habitual, y se use en pos de encontrar gratificación placentera, es considerado sustancia psicoactiva (Medranda de Lázaro & Benítez Rubio, 2006).

En la entrevista con el paciente R., con respecto a la relevancia del grupo dentro del tratamiento, este contestó: *“Tiene una relación con el éxito del tratamiento, porque crea situaciones que a menudo se esconden, crea cierta introspección”*. Esta es una de las herramientas que utiliza el grupo de sentimientos, según Barrilado (2015), el grupo es un lugar en donde se expresan los sentimientos que genera la convivencia con personas de las mismas características, y la institución se sirve de esto para trabajar cuestiones de índole social.

El paciente sin embargo continúa mencionando algo en contra del dispositivo: *“Si todos te lo dicen es porque algo les genera, lo malo de eso es que te expone ante los demás, y a nosotros (los adictos), no nos gusta que nos digan las cosas”*. En este paso de confrontación, se exponen modos deficientes de comunicación, y sirve para estudiar posibles relaciones conflictivas del paciente (De León, 2000).

Por otra parte, reivindica los procesos de introspección en el grupo de sentimientos, mencionando: *“Otras actividades como “Clown” (comedia), nos permite ser más divertidos, pero no hay un momento de reflexión como en el grupo”*. Esto sin embargo puede ser una de las problemáticas ante las cuales se encuentra el paciente, sus constantes “permisos”, debido a que, al ser un momento en el cual él puede desarrollar su habilidad para el humor como forma de evadir de situaciones estresantes (Villagrán, 2018). Por otra parte, también este taller de comedia sirve para potenciar habilidades que los pacientes tienen, y encontrar sus puntos fuertes para trabajar, algo que deriva del modelo de intervención de Progetto Uomo (Rodríguez, 2009).

Con respecto a la utilidad y relevancia del grupo de sentimientos, el paciente C., dijo: *“Registrarme fue un antes y un después. Desde ahí puedo diferenciar situaciones, ver qué relación tienen los sentimientos con respecto a las decisiones, que no pudiste resolver anteriormente. De otra manera es normal que lo que tiendas a hacer es mandar todo a cualquier lado e ir a drogarte”*. Esta afirmación se relaciona con la idea de distorsiones cognitivas (Beck, 1971), y su relación con la psicopatología y el consumo de sustancias (Beck, Wright, Newman & Liese 1999).

El paciente C., contesto ante la pregunta “¿Qué es lo que más te costó del grupo de sentimientos?” de la siguiente manera: “Lo que más se me hacía difícil de respetarme con los chicos, eran los sentimientos de envidia, me sentía expuesto. Lo tuve que hacer sobre todo cuando veía que compañeros pasaban de fases”. Por estos motivos, el trabajo a nivel individual siempre resulto inconveniente, debido a que fuera de los intereses personales, el adicto no piensa en las demás personas, recurrir al trabajo con semejantes, puede ayudar a restaurar procesos de empatía (Zucker, 1961).

Luego comuniqué que los sentimientos que más fáciles le resultaron expresar dentro de la comunidad, fueron los de alegría y felicidad, lo cual demuestra sentimientos de pertenencia e inclusión con los demás pacientes (Molina-Fernández, 2011), mostrando a su vez también un posicionamiento más empático (Zucker, 1961), aunque el paciente C., también afirmó que en ocasiones no tenía mucho problema en comunicar rechazo e impotencia, debido a que era muy habitual el uso de esas emociones en la comunidad.

Finalizando la entrevista al paciente C., se le preguntó si consideraba que había algún tipo de relación entre los sentimientos y el consumo de sustancias, a lo que el mismo contesto: “hay una relación... Yo por ejemplo relaciono el dolor, la angustia, la tristeza, por ser ignorado... Son cosas que si las tratas a tiempo creo que podés evitar el consumo”. La sensación de “familia” o de “hermandad” que se forma en la comunidad puede ser uno de los aspectos de más adherencia al tratamiento (Molina-Fernández, 2011), en un paciente que ha llegado hasta reinserción social.

Por otra parte, en la entrevista con el paciente A., su opinión con respecto a las dificultades con el grupo de sentimientos, se expresaron de otra manera: “Los sentimientos que más me costaron traer al grupo, son el enojo y la bronca, me cuesta mucho el tiempo de espera para dar la devolución o decir lo que me da bronca”. La activación sensorial, y su alteración en el pensamiento fluido, al momento de revivir sentimientos (Ford & Russo, 2006), resulta un punto de partida relevante, para considerar que el aprendizaje de las técnicas en la comunidad terapéutica, puede ser volcado en el exterior con una finalidad positiva (Mas-Bagá, 2006).

Desde la perspectiva del paciente R., hay sentimientos que también se relacionan con el consumo, y comento lo siguiente: *“los sentimientos que se relacionan con el consumo, en mi caso son la soberbia, y mis permisos constantes, debido a que me permitía haciendo chistes con la gente que tenía al lado, podía conseguir dinero y consumir, que te lo remarquen los demás me parece bueno, para empezar a modificarlo”*. Aquí se comprueba nuevamente el constante pensamiento hedonista del adicto, pensando en su satisfacción personal constantemente (Zucker, 1961).

Finalizando con el paciente A., este dio su opinión de la siguiente manera: *“los sentimientos que más relaciono con el consumo, es el dolor por los sentimientos que te guardas, tristeza y alejamiento. Me parece genial la forma en que se dan las intervenciones, es uno de los grupos que más me ayudo”*. En este caso, el intercambio de sentimientos que se produce en el grupo, genera en el paciente una re-experimentación de vínculos anteriores, con la opción de que en esta ocasión este mismo puede procesar la información de manera diferente (De Leon, 2000).

Las opiniones con respecto al grupo de sentimientos variaron de acuerdo a las creencias y la visión de cada individuo perteneciente a la comunidad. Por un lado, Alejandra consideraba que el grupo era parte de un engranaje de distintos tipos de dispositivos de ayuda que recibían, pero que no era lo más importante. Por otra parte, Angie comento que se trataba de una técnica efectiva para que los pacientes, puedan exteriorizar las problemáticas interiores. En este aspecto los tres pacientes entrevistados, tenían algún recuerdo en el cual, el uso del dispositivo del grupo de sentimiento influencio parte de su desempeño en la comunidad. Si bien este tipo de grupos posee una dinámica diferente a otras de otros tipos de grupos, en esa diferencia radica su importancia, en el trabajo de autoayuda mutua en el que se ven involucrados los pacientes.

## **6. Conclusiones**

Durante el trabajo se ha cumplido el objetivo de analizar el dispositivo de “grupo de sentimientos” en la comunidad terapéutica situada en Provincia de Buenos Aires, sus intervenciones y su relevancia. Por otra parte, la visión de los profesionales apunta hacia dos direcciones distintas.

La visión de los profesionales varió bastante. Desde la percepción del grupo como una herramienta más de educación de habilidades sociales (Arribas 2001), hasta la percepción de esta misma herramienta útil para tratar problemáticas internas que acongojan a los pacientes, como lo define Mullen (2005), que habla de la misma como una herramienta de empoderamiento.

Durante las sesiones de grupo en donde se actuó como observador participante, se apreciaron casos en los que una situación ocurrida en el grupo era puntapié para hablar de otras problemáticas más profundas, y que por otra parte durante la convivencia del día a día, se daban situaciones conflictivas o de gran carga sentimental, que terminaban por tener una gran repercusión dentro del grupo de sentimientos. En definitiva, pensar el grupo como un dispositivo válido por sí mismo, resulta ilusorio. Es en el constante intercambio del día a día en donde se dan las situaciones para luego trabajar. Esto es parte de la cultura de la comunidad terapéutica (De León, 2000).

El estudio del dispositivo no tiene ningún sentido, si no se lo estudia en relación con la comunidad y sus diferentes dispositivos. Resulta difícil analizar de un factor en particular, teniendo en cuenta las constantes variantes que se dan entre todas las técnicas que se utilizan en la comunidad (Gil-Escudero & Rodríguez-Zafra, 2012).

La visión de los pacientes por otra parte apuntaba a recuerdos y situaciones particulares en las que el grupo sirvió para intervenir en distintas temáticas. Pacientes con problemáticas de comunicación se vieron afectados positivamente por esta técnica, y a su vez se plantearon situaciones del pasado que resultaban problemáticas. En un futuro el utilizar

este tipo de herramientas en su medio familiar o social (Mas-Bagá, 2006), probablemente ayudará con el uso de sustancias, y el medio ambiente que lo propicia (Mastandrea, 2016).

Por otro lado, la herramienta también sirvió para trabajar cuestiones relacionadas a la conducta adictiva, como son la búsqueda de placer constante y la evasión de situaciones displacenteras (Villagrán, 2018). También se logró trabajar otros aspectos más profundos como el sentido de pertenencia a algo, debido al constante sentimiento de abandono por parte del consumidor. En este aspecto la comunidad terapéutica funciona como un agente social, en donde la relación resulta mucho más estrecha (Molina Fernández, 2011), y donde los pacientes tras un proceso de autoayuda mutua, se ven envueltos en un proceso de constante aprendizaje.

Todas las perspectivas ofrecen una funcionalidad, y se entiende que lo principal en el grupo es la ayuda al crecimiento personal, por intermedio de los demás. Por otro lado, el uso de una técnica en particular, no es algo que garantice el éxito del tratamiento ni nada similar. Así como para lograr el cambio en la comunidad terapéutica es necesaria la ayuda de los demás, de esta misma forma esta técnica necesita de las demás para poder favorecer el cambio.

### **Limitaciones**

Entre las principales limitaciones de este estudio, se encuentra el análisis de una técnica que hace parte de una modalidad de tratamiento. Esta misma se ve influenciada por otros aspectos que hacen a la cultura de la comunidad terapéutica, como las actividades del hogar, las divisiones de acuerdo a las jerarquías, el tiempo de permanencia dentro de la comunidad, etc. Desde la perspectiva de la que se nutre el trabajo en la comunidad terapéutica, atribuir resultados a una sola técnica sin tener en cuenta los demás dispositivos del abordaje, puede resultar en una visión sesgada del éxito del tratamiento.

Otra limitación se encuentra en la elección de los participantes para el estudio. Se podría haber incluido a pacientes en un estadio aún más avanzado, como así también a más profesionales involucrados en la temática, que pudiesen arrojar otras perspectivas teóricas en el uso de la técnica. Hubiese aportado más al estudio de la técnica, incluir personas de la

comunidad con más años de antigüedad, cuando la institución no contaba con este dispositivo.

Por otra parte, el tiempo de trabajo en la comunidad terapéutica, coincidió con la decisión por parte de la institución, de excluir a las mujeres de la modalidad de internado. Por lo tanto, el estudio no contó con otras condiciones que hubiesen agregado otras perspectivas, sobre la convivencia y la cultura de la comunidad terapéutica, con la presencia de mujeres.

En el trabajo no se indagó acerca de otras modalidades de expresión de sentimientos en grupo. Ni tampoco se planteó el estudio del uso de la técnica, en otro tipo de modelo de abordaje, que no sea la comunidad terapéutica. Esto podría haber aportado información interesante al estudio.

### **Perspectiva crítica y aporte personal**

El trabajo resultó interesante, debido a que la vida en comunidad resulta una experiencia que contrasta con la vida en la ciudad, incluso teniendo en cuenta que la misma se encuentra dentro de un sector residencial bastante poblado. Por otra parte, el hecho de estar tan cerca de la ciudad influyó en varias ocasiones a que los pacientes se inquieten y tengan recuerdos con situaciones de consumo. Con respecto a la técnica, en un principio parecía ser de mucha importancia, debido a las situaciones que se presentaban a menudo, pero faltaba en ocasiones que se indagara más en cuanto al trasfondo del que venían dichos sentimientos, y frecuentemente muchos pacientes expresaban situaciones de fuerte angustia, y tenían que esperar a terminar el grupo para poder tener una charla personal con alguno de los operadores. La sección de conversación entre los pacientes, fue reducido para acortar más el tiempo de la técnica, sin embargo, en algunas ocasiones, una devolución más exployada entre los participantes, podría aportar más a la cohesión del grupo.

También el estudio del grupo proporcionó una mirada más interesante con respecto a las emociones y su relación con el consumo. Cuanto influye el estado emocional de los pacientes en la percepción de la realidad, y como esto a su vez incide en la reinserción del

sujeto a la sociedad. Por otra parte, el control de impulsos en adictos resulta un área también significativa, al correlacionarla con los estados emocionales. En este último aspecto la técnica no hace tanto hincapié, y resulta de vital importancia, sobre todo en los pacientes con menos tiempo en la comunidad, donde la abstinencia caracterizada por los pensamientos intrusivos, las sensaciones corporales y necesidad constante de consumo están muy presentes.

### **Nuevas Líneas o problemas de investigación**

Las nuevas corrientes de mindfulness y el trabajo sobre los impulsos que plantea, podrían utilizarse algunas de las técnicas de relajación y meditación, en la modalidad de Synannon, utilizada por la institución. Por otra parte, la técnica descrita por Ford y Russo (2006), que establece una similitud entre la adicción y el estrés post-traumático, dividiendo la técnica en tres partes: en una primera se busca bajar los impulsos y pensamientos intrusivos, en una segunda reconocer el sentimiento que genera el malestar, y por último el paciente hace una contribución al grupo con respecto al malestar que siente. Este dispositivo, podría ser de gran utilidad sobre todo en los pacientes con menos tiempo en la comunidad, debido a que está destinado sobre todo a pacientes que sufren abstinencia.

Por otra parte, otras formas de expresión de sentimientos, en donde no haya necesidad de expresar de manera verbal lo que sienten los pacientes, podría resultar más dinámico y cumpliría con el objetivo de la técnica, ejercitar un área de la mente, sin hacerlo conscientemente. Uno de los pacientes menciona un taller de teatro (clown), en el cual trabajan situaciones personales a través de la comedia. La modalidad de grupo de sentimientos también podría servirse de esta rama terapéutica.

## **7. Referencias:**

- Alvarez-Yaria, J., (1998). La comprensión de otras personas y sus manifestaciones de vida. *Publicación del Instituto de Prevención en la Drogodependencia*. Universidad del Salvador.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: Author.
- APA (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>a</sup>ed.revisada) (DSM-III-R), Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).
- Apud, I.; Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos de Drogodependencias. *Salud y drogas*, 16, (2) pp. 115-125. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>.
- Arribas, J. R. (2001). Proceso de construcción de un estigma: la exclusión social de la drogadicción. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 4(2), 233-243.
- Becoña E., (2011) Determinantes psicosociales. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Ed.), *Manual de Trastornos Adictivos* (pp. 37-49). Madrid, España: Enfoque Editorial S.C.
- Becoña, I.E. y Cortés, T.M. (2010) Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias Centrada en la familia. Sociodrogalcohol. Recuperado de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, Affect, and Psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24 (6), 495. Doi:10.1001/archpsyc.1971.01750120011002.
- Beck, A.T., Wright, F., Newman, C. F., Liese, B. S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York-London: The Guilford Press.

Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, 39 (1/4), 106. Doi: 10.2307/1415404.

Contreras, R., Ceric, F., Torrealba, F., (2008). El lado negativo de las emociones: la adicción a drogas de abuso. *Revisión en Neurociencia* 47 (9), 471-476. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Fernando\\_Torrealba/publication/331130896\\_El\\_lado\\_negativo\\_de\\_las\\_emociones\\_la\\_adiccion\\_a\\_drogas\\_de\\_abuso/links/0c960528e462e4e8ea000000/El-lado-negativo-de-las-emociones-la-adiccion-a-drogas-de-abuso.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fernando_Torrealba/publication/331130896_El_lado_negativo_de_las_emociones_la_adiccion_a_drogas_de_abuso/links/0c960528e462e4e8ea000000/El-lado-negativo-de-las-emociones-la-adiccion-a-drogas-de-abuso.pdf).

De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing Company.

De Leon, G. (Amity Foundation). (2005). *The TC Training Series volume III*. (DVD). De: <https://www.youtube.com/watch?v=vVZAkERIV2w&t=1212s>.

Fernandez Barrilado, A. (2015). *La inteligencia emocional en el contexto de la recuperación del consumo de drogas*. (Tesis de Pregrado). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/41664>.

Fernández, B., Jorge, V., & Bejar, E. (2009). Función Protectora de las Habilidades Emocionales en la Prevención del Consumo de Tabaco y Alcohol: Una Propuesta de Intervención. *Psicooncología*.

Fernández-Serrano M, Lozano O, Pérez-García M, Verdejo-García (2009). Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug Alcohol Depend.* 2010; 109(1-3), 57- 64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.007>

Finland, M., & Jones Jr, W. F. (1956). Staphylococcal infections currently encountered in a large municipal hospital: some problems in evaluating antimicrobial therapy in such infections. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 65(3), 191-205. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1956.tb36638.x>.

- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81. Doi: <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.1.63.49730>.
- Ford, D. F., Russo, E. (2006). Trauma-Focused, Present-Centered, Emotional Self-Regulation Approach to Integrated Treatment for Posttraumatic Stress and Addiction: Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy*, 60 (4) 335-355. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.4.335>.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (s.f.). Información sobre Sustancias: Formas de consumo de sustancias. Recuperado de: <http://www.fad.es/sustancias>.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud Y Drogas*, 15(1), 5–14.
- Gil-Escudero G., Rodríguez-Zafra, (2012). Cambio Conceptual en los Grupos de Crecimiento Personal. *Miscelánea Comillas*. 70 (137), 397-442. Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/686>.
- Goleman, D., Barlow, Z., & Bennett, L., (2010). Forging New Forms in New Orleans: From Emotional to Ecological Intelligence. *Teacher Education Quarterly*, 37(4), 87-98. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ904902.pdf>.
- Góngora, V., & Chattás, A. (2008). Esquemas desadaptativos tempranos en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Acta Psiquiátrica y Psicológica De América Latina*, 54, 87-95.
- Havassy, B. E., Hall, S. M. & Wasserman, D. A. (1991). Social support and re-lapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16 (5), 235-246. Doi: [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(91\)90016-B](https://doi.org/10.1016/0306-4603(91)90016-B).
- Jung, D. C., & May, I. (1963). The Bill W.—Carl Jung Letters. *AA Grapevine*, 19(8), 2.
- Katz, E. C., King, S. D., Schwartz, R. P., Weintraub, E., Barksdale, W., Robinson, R. et al. (2005). Cognitive ability as a factor in engagement in drug abuse treatment.

- American Journal of Drug y Alcohol Abuse*, 31(3), 359-369. Doi:  
<https://doi.org/10.1081/ADA-200056767>.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986 a). El concepto de Afrontamiento. *En Estrés y procesos cognitivos* (pp.140-244). Barcelona: Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts. Basic Books (AZ)*.
- Llorente, J. M., Mezo, M., & Barrutia, I. (2011). Comunidades terapéuticas. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Ed.), *Manual de Trastornos Adictivos*. (pp.293-301). Madrid, España: Enfoque Editorial S.C.
- Mas-Bagá, M. (2006) La REBT en una comunidad terapéutica: REBTC. *Revista de toxicomanías*. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2211148>.
- Mansilla, J.C., (2001) Historia de las Comunidades Terapéuticas. *Curso de posgrado en asistencia a la droga dependencia*.
- Mastandrea-Vallejo E., (2016). *¿De qué hablamos cuando hablamos de adicciones?* (Tesis de final de grado). Universidad de la Republica. Uruguay.
- Medranda de Lázaro, M.I., & Benítez Rubio, M. R. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción: Definición de drogas -Clasificación de drogas. Pag. 36, 41. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. 8.
- Molina Fernández, A.J. (2011) El método para un dependiente: un análisis desde las Ciencias Sociales. *Revista Adicción y Ciencia*. Recuperado de  
<http://www.adiccionyciencia.info>.
- Moos, R., & Moos, B., (1994). *Family environment scale manual: Development, applications, research* (3ra ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Mullen, R. (Amity Foundation). (2005). *Improving Encounter Groups Volume 1*. (DVD)  
De: <https://www.youtube.com/watch?v=km0IgydOLBk>.

- Muñoz, F. A., (2004). Comunidad terapéutica para drogodependientes y relación educativa. *Acciones E Investigaciones Sociales*, (19), 127-144. Doi: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.200419277](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200419277).
- NIDA. (2011). *Principles of Drug Addiction Treatment. A research-Based Guide* (2rd Ed.). NIH Publication.
- Organización Mundial de la salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Recuperado de: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)
- Pinel, P. (1985). Tratado Medico Filosófico. *Policía interior y reglas a seguir en los establecimientos dedicados a los alienados*. (Cta. Ed.). Publicación de la Cátedra II de Historia de la Psicología. Facultad de Psicología. UBA.
- Pons-Diez, X., (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis* 4 (2) pp.157-186. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332008000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006).
- Riley, H., & Schutte, N. S. (2003). Low Emotional Intelligence as a Predictor of Substance-use Problems. *Journal of Drug Education*, 33(4), 391–398. <https://doi.org/10.2190/6DH9-YT0M-FT99-2X05>.
- Rodríguez, A. C., (2009). Aspectos Teórico-Metodológicos, de las Comunidades Terapéuticas Para la Asistencia de la Droga Dependencia: Sus Comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy* 37, pp. 317-327. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/185/18516803015.pdf>.
- Serrano, M. Á. H., & Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 47-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21323171004.pdf>.

- Szerman, N., Haro, G., Martínez-Raga, J. & Casas, M. (2011). Patología Dual (Patología psiquiátrica). En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Eds.) *Manual de Trastornos Adictivos* (pp.113-121). Madrid, España: Enfoque Editorial S.C.
- Tan, L., When Neurobiology meets Psychotherapy: Mirror Neurons, the Social Brain and Group Work with the Addicted Population. *J Addict Res* 1(1): 1-4. Recuperado de: <https://open-access.imh.com.sg/bitstream/123456789/5132/1/88%20When%20Neurobiology%20Omeets%20Psychotherapy%20Mirro.pdf>.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., Ruysscher, C., Vandavelde, D., & Broekaert, E. (2017) In Search of Evidence-Based Treatment in TCs for Addictions: 40 Years of Research in TC De Kiem (Belgium), *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12 (2-3), 177-195, Doi: 10.1080/1556035X.2017.1312656.
- Villagrán Hernández, L. A. (2018). *Estrategias emocionales para la rehabilitación de adicciones*. (Maestría). Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México.
- Wills, T.A., & Hirky, E. (1996) Coping and substance abuse: a theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 279-302). New York, EE. UU: John.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota-Florida, EEUU: Professional Resource Press.
- Yun, A.J., Doux, D. J., Daniel S.M., (2007). Brewing Controversies: Darwinian Perspective on the adaptive and maladaptive effects of caffeine and ethanol as dietary autonomic modulator. *Medical Hypotheses* 68 (1) 31-36. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.01.068>.
- Zingberg, N. E. (1972). Heroin Use in Vietnam and the United States. *Archives of General Psychiatry*, 26 (5), 486. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750230096019.

Zucker, A. H. (1961). Group psychotherapy and the nature of drug addiction. *International Journal of Group Psychotherapy*, 11(2), 209-218. Doi: <https://doi.org/10.1080/00207284.1961.11508163>.