

La reinserción social en las etapas del ciclo vital en pacientes adictos de una
comunidad terapéutica

Giulianna Gómez

Tutora
Gabriela Ramos Mejía

Universidad de Palermo

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos de investigación	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	4
3.1 Adicciones	4
3.1.1 Definición	4
3.1.2 Factores de riesgo	5
3.1.3 Redes de contención	7
3.2 Comunidad Terapéutica	9
3.2.1 Historia	9
3.2.2 Definición	11
3.2.3 Tratamiento, intervenciones y estrategias	12
3.2.4 Reinserción social	15
3.3 Reinserción Social y Ciclo Vital	15
3.3.1 Definición	15
3.3.2 Juventud	17
3.3.3 Adultez	19
4. Metodología	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Participantes	20
4.3 Instrumentos	22
4.4 Procedimiento	22
5. Desarrollo	22
5.1 Planificación del proceso de reinserción social en la comunidad terapéutica	22
5.2 Procesos de reinserción social de dos pacientes en diferentes etapas del ciclo vital	26
5.3 Expresiones del entorno familiar de pacientes en el proceso de reinserción	29
6. Conclusiones	31
Referencias	36

1. Introducción

Para la materia de Prácticas y Habilitación Profesional se realizaron las pasantías en una institución no gubernamental que se dedica a la rehabilitación de la drogodependencia con modalidad de comunidad terapéutica. Se asistieron a reuniones virtuales vía zoom, debido al contexto actual de pandemia, con observación no participante en diferentes grupos tales como: de bienvenida a familias que empiezan el tratamiento, de padres de pacientes que están internados en la comunidad, de las parejas de los pacientes en tratamiento, de padres de pacientes con tratamiento ambulatorio y de pacientes que están en la fase de reinserción.

Para este trabajo se tomó como base la siguiente pregunta: ¿cómo la comunidad terapéutica puede contribuir a la reinserción social en las diferentes etapas del ciclo vital de personas adictas a sustancias psicoactivas?, haciendo un estudio de caso entre dos pacientes que estuvieran transitando la reinserción social en dos etapas del ciclo vital, un joven y un adulto, con el objetivo de observar de qué forma los factores externos de la persona dificultan o ayudan en el resultado esperado del proceso.

Para el desarrollo de este, se tuvo en cuenta la planificación del proceso de reinserción social en la comunidad terapéutica indagando en la especificidad de los tratamientos al tener en cuenta aspectos como la edad, la historia de consumo, los factores desencadenantes y la personalidad, además, de ver también lo que llega a expresar la familia de una persona que está en recuperación. Todo esto con el fin de poder identificar los factores internos y externos que confluyen en el tratamiento de una persona en rehabilitación, encontrando de esta forma que a pesar de que la edad es un factor influyente no determina la efectividad del tratamiento, pues la persona al tener muchos aspectos en los que debe trabajar le imprime su sello individual al tratamiento en general por lo que muchas veces resulta relevante determinar otras características de la persona antes que la edad.

2. Objetivos de investigación

2.1 Objetivo General

Analizar las diferencias en los procesos de la reinserción social en dos pacientes en distintas etapas del ciclo vital de una comunidad terapéutica para determinar las dificultades que aparecen en el entorno.

2.2 Objetivos Específicos

Determinar cómo se planifican los procesos de reinserción social teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital en el que se encuentran los pacientes de la comunidad terapéutica.

Comparar los procesos de reinserción social entre un adulto joven y un adulto pertenecientes a la comunidad terapéutica.

Describir las dificultades que expresa el entorno familiar del paciente durante el proceso de reinserción social.

3. Marco Teórico

3.1 Adicciones

3.1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (2010) define la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que genera necesidad o dependencia hacia alguna sustancia, actividad o relación, siendo esta progresiva y con la implicancia de factores genéticos, biológicos, sociales y psicológicos con episodios de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. En ese orden, se puede definir el trastorno por consumo de sustancias, siendo que cualquier droga consumida en exceso puede provocar una activación inmediata en el sistema de recompensa del cerebro que refuerza los comportamientos y la elaboración de recuerdos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) provocando así una activación intensa en ese sistema logrando que se llegue a ignorar las actividades normales, además, en el DSM5 se divide el trastorno por las sustancias consumidas por el paciente, logrando una especificidad del tema. El trastorno por consumo de sustancias estimulantes, como lo son las anfetaminas o la cocaína, se caracteriza por provocar en el paciente un deterioro o malestar clínicamente significativo que se manifiesta en un plazo de 12 meses y que debe cumplir con al menos dos de los criterios especificados en el DMS5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En Argentina, la Secretaría de Políticas sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), es el organismo encargado de generar información estadística para lograr una mejora pública en la atención directa de usuarios de sustancias psicoactivas que son asistidos en diferentes áreas de la Secretaría. En el último boletín sobre las casas de atención y acompañamiento se ve que la Provincia de Buenos Aires concentra el 49% del total de usuarios asistidos dentro de los meses de enero a junio de 2019, seguido de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el 22,4% (Dirección Nacional del Observatorio Argentino de

Drogas, 2019). Así mismo, en otro de sus estudios publicaron que entre los jóvenes de 18 a 24 años se observa la menor percepción de riesgo del consumo experimental de sustancias psicoactivas y que además entre este rango de edad el 37% de la población sintió curiosidad por probar alguna droga (Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas, 2018).

Es necesario aclarar que no toda persona que consume sustancias es considerada un adicto o drogodependiente, la diferencia radica en el uso y la periodicidad con la que aparece el consumo. Para esto se pueden definir tres tipos de consumo: el *uso*, que puede ser experimental o recreativo, el cual aparece esporádicamente y donde la persona tiene la capacidad de interrumpir la acción cuando así lo desee y aún no aparece ningún problema de salud, sin descartar el daño que puede generar una sobredosis o algún accidente; el *abuso*, donde la razón del consumo suele ser más por pertenecer al grupo social y la aceptación de este, el uso se vuelve más compulsivo y se observa un patrón que produce dificultades físicas importantes; y por último, la *dependencia*, que se da progresiva o abruptamente, donde el deseo de consumo es irresistible y si se deja de consumir empiezan a aparecer síntomas físicos y psicológicos además de una fuerte ansiedad y pérdida de control (Cadena, 2015).

De todo lo anterior es necesario aclarar que para que un individuo se vea inmerso en un proceso de abuso o de dependencia existen unos factores, tanto internos como externos, que favorecen dichos comportamientos; es por ello que, a continuación, analizaremos los principales factores de riesgo que influyen en los procesos de drogodependencia de cualquier individuo.

3.1.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo se pueden definir como una característica interna o externa del individuo que favorece la aparición o predisposición de que se produzca un fenómeno (Sipán, 2020). Dentro del tema amplio de las adicciones se han logrado determinar varios factores de riesgo que favorecen su aparición, los cuales se han agrupado en cuatro categorías: en el plano individual, en el ambiente familiar, en el entorno social y en el plano comunitario. El hecho de que la persona esté expuesta a la droga en cualquier ámbito y la misma sea validada, aumenta la probabilidad de que se sumerja en el mundo de la adicción, así mismo, el género y la vulnerabilidad de variables genéticas, pueden condicionar a la persona al consumo problemático (Aguilar Bustos, 2012).

En el plano individual encontramos aquellos factores que son únicos de la persona como lo físico, psicológico, actitudes y personalidad que pueden o no estar relacionadas con el consumo, pero que si se dan de una manera inadecuada ayudan en conjunto con otros

factores al surgimiento de la adicción, por ejemplo, en este plano una autoestima baja, inseguridad, depresión, fracasos, falta de perseverancia, impulsividad y dificultades en la socialización, son algunas características que son comunes en la mayoría de estos casos (Sipán, 2020).

Por otro lado, en el ambiente familiar, lo cual se considera como la red más influyente en la persona desde muy corta edad, son los encargados de empezar la socialización. Los factores de riesgo presentados en este ámbito suelen tener mucha atribución en la enfermedad, pero al igual que los demás factores no son determinantes de ella. El consumo por parte de los padres, la baja supervisión y disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conductas antisociales, las bajas expectativas para los niños o para el éxito, el abuso físico y la violación, son algunas de las características que aparecen en este aspecto y que inciden directamente en la calidad de vida de la persona (Herrero, 2020; Sandoval, 2014). Así mismo, es de relevante importancia el estilo parental que manejen, pues es muy influyente en las actitudes que se desarrollan frente al consumo de sustancias, siendo el estilo autoritario aquel en donde los padres o adultos ejercen control pero sin una correcta comunicación; el estilo permisivo, en donde se tienen una buena comunicación pero sin supervisión; y el estilo negligente se refiere a aquellos padres o adultos que no ejercen control ni comunicación, siendo estos los estilos parentales que favorecen que adolescentes y jóvenes tengan mayores riesgos (Cano, Solanas, Marí-Klose & Marí-Klose, 2012)

En la categoría del entorno social, siendo la escuela el primer ambiente en el que se encuentran los individuos con sus pares, se puede producir un rechazo por parte de estos a las conductas disruptivas, lo que favorece la aparición del consumo a raíz de la marginación (Barea et al., 2010). A su vez, si la persona encuentra un grupo de pares con características disruptivas similares, donde alguno de ellos sea consumidor recurrente y que además exista una actitud favorable hacia las drogas por parte de los demás, ayudará al individuo a que se acerque al consumo problemático (Herrero, 2020).

Por último, los factores de riesgo asociados al plano comunitario, hacen referencia al contexto social en el que está inmerso el individuo en donde es posible adoptar diferentes posturas y costumbres que se llevan al estilo de vida diario, factores como la pobreza, la privación económica y social, la desorganización comunitaria, los cambios de lugar, las creencias y normas favorables de la comunidad al consumo de sustancias, la disponibilidad y fácil acceso a las drogas, y la baja percepción social de riesgo de cada sustancia, son aquellos que están intensamente relacionados con el consumo (Sipán, 2020; Herrero, 2020).

Además de estos factores mencionados, también se encuentra el estrés, el cual es definido como un estímulo que desestabiliza y altera las condiciones normales de nuestro cuerpo, siendo éste un componente que es correlativo a su aparición en épocas tempranas de la vida, pues varios estudios han demostrado que si se expone al niño a situaciones estresantes, dependencia de nicotina en los adultos y una relación disfuncional familiar, es más propensa la aparición de adicciones cuando sea un adulto, por lo tanto, al ser los efectos de las situaciones estresantes duraderos y sustanciales se puede pensar en el estrés como un factor de riesgo tanto para el consumo como para las recaídas, pero que tiene cierto grado de control (Kuhar, Corvalán, Fuentalba & Gysling, 2016)

Ahora, para tratar esta relación sujeto-droga que se produce en la adicción, indistinto de cuales sean los factores de riesgo iniciales, se puede llegar a un punto final en la enfermedad, el cual puede ser mediado por los diferentes dispositivos de asistencia terapéutica que ayudan a resolver las pautas de esta relación. Actualmente, existe una variedad de estos dispositivos que, si nos remitimos a sus inicios, tienen un origen común en las comunidades terapéuticas de la década del 50' que se fundaron en Estados Unidos, de las cuales hablaremos en el apartado 3.2 del presente trabajo (Carrizo, 2010).

3.1.3 Redes de contención

Como ya vimos, al ser el entorno tanto familiar como social un factor de riesgo en el consumo problemático, es también un factor de protección, que, de conservarlo y reeducarlo correctamente, puede ayudar en todo el proceso de rehabilitación.

Las relaciones sociales que tiene el individuo a lo largo de su vida se entrelazan en diferentes niveles formando un tejido o red, que es una forma de organización social que está en un continuo intercambio de ideas y modos de hacer, donde se destaca una noción de apoyo y refugio y que suelen tener interacciones regulares y espontáneas en torno al factor de interés generando así el apoyo social (Sandoval, 2014).

Entendemos entonces una red de contención como aquella que es percibida amplia, diversa y saludable que ofrecen un sistema de apoyo social a la persona (Arranz, 2010), y que moldean al individuo para que construya su identidad, pudiendo dividir estas redes en cuatro categorías: familia, amistades, laborales y comunitarias, las cuales se caracterizan por no ser estáticas, ser estructurales, teniendo en cuenta la funcionalidad de los integrantes y los atributos de los vínculos, siendo cada una particularmente diferente (Sluzki, 1998).

Enfocándonos en la adicción, las redes de las personas adictas suelen ser de menor tamaño, suelen tener las mismas problemáticas ya que influyen a la persona dentro de la

misma problemática y pueden servir como factor de riesgo o factor de protección, siendo este último capaz de reducir, neutralizar o eliminar el riesgo de la adicción (Herrero, 2020).

La familia en general juega un papel fundamental en el desarrollo social de la persona desde muy corta edad, ya que son los promotores de las actitudes prosociales, respuestas empáticas y valores sociales (Cadena, 2015), ahora, la familia del adicto suele tener un funcionamiento inicial carente de leyes y representantes, así como también de falta de límites e incongruencia en la jerarquía, siendo una interacción muy disfuncional con padres usualmente ausentes o violentos, que terminan adaptándose a la enfermedad de la adicción y haciendo que los roles se vuelvan más rígidos, con muchos conflictos, peleas, críticas y represión, que llevan al individuo a buscar por otro camino algo de libertad, igualdad y aventura que suelen encontrar en el grupo de pares de adictos (Storti, 2012; Pérez, 2013), y además, generando en los hijos repercusiones a nivel psicológico y físico como por ejemplo, la disminución de la capacidad para relacionarse con sus pares, dedicando menos tiempo a otro tipo de actividades lo que genera estar en un estado de ansiedad continuo, y que puede terminar en el desarrollo de una enfermedad mental (Bardají, Borrueel & Castilla, 2016).

Resulta relevante hablar de la familia, puesto que una de las primeras causas y consecuencias cuando se habla de adicciones resulta en el contexto socio-familiar en el que está inmerso la persona adicta, siendo que el abuso de drogas hace un entorno inestable y de violencia, apareciendo consecuencias duraderas en el tiempo como la falta de comunicación, aislamiento, falta de sentido de pertenencia y de identidad, así mismo, las familias al ser transmisoras de creencias y valores llegan a condicionar la probabilidad de consumo (Salvia, Bonfiglio & Rodríguez, 2015).

En la mayoría de los estudios dedicados a las adicciones, el factor de la familia es uno de los más estudiados, donde la composición del núcleo familiar, el tamaño de la familia, el orden de nacimiento y el nivel socioeconómico son las variables de mayor presencia. Los resultados muestran que un hogar monoparental, ya sea a raíz de un divorcio, separación o muerte de uno de los padres, son factor de riesgo de un desajuste psicológico y consumo de drogas; en cuanto al tamaño de la familia, no se encontró un patrón único, a pesar de que en la mayoría de los estudios aparecían que las familias con más de 5 hijos presentaban algún tipo de adicción; por último, el orden de nacimiento no muestra una relación definida con el consumo problemático, al contrario del nivel socioeconómico, donde se mostró que los adictos suelen pertenecer a clases sociales más desfavorecidas con un trabajo inestable o con desempleo. Además, los valores tradicionales y religiosos eficientes que son transmitidos por parte de la familia, como lo son la integración a actividades, una relación cercana a padres y

tener creencias religiosas se relacionan con un menor consumo de drogas (Ayerbe, Espina, Martín, Pumar & Santos, 1997; Piña & Salcido, 2012).

Ahora bien, dentro de las áreas más afectadas en la familia por el consumo de drogas de algún integrante se encuentran: efectos en la salud psicológica, como, por ejemplo, cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, culpa, miedo o confusión; efectos en la salud física tales como algunas relacionadas con el estrés, hipertensión, úlceras, pérdida del apetito o compulsión por la comida; efectos en las relaciones familiares, como reorganización de roles, alteración en la comunicación o ruptura del núcleo familiar; efectos en el ámbito financiero, ya sea por gastos de diferentes tratamientos o por robos por parte del adicto; efectos en el ámbito laboral donde el trabajo del familiar se ve afectado por disminución del rendimiento laboral y de la concentración además de la necesidad de pedir permisos para acompañamientos; y por último, efectos en la esfera social siendo la tendencia al aislamiento, reducción de las actividades de ocio o miedo al rechazo social algunos de los síntomas que aparecen (Calvo, 2007).

Por todo lo anterior nombrado, es que se vuelve necesaria la intervención integral tanto a los adictos como a sus familias, ya que ellas también han sufrido las consecuencias de esta enfermedad intentando contener y enseñando a enfrentarse a manejar la situación nueva de tener un hijo/familiar en tratamiento para así poder llegar a una recuperación total de ambas partes, donde cada una debe tener su propia motivación y capacidad de aceptar e incorporar el cambio en el día a día (Pérez, 2013; Bardají, Borrueal & Castilla, 2016).

Por último, cabe destacar que cuando el adicto es capaz de buscar ayuda, es porque detrás existe una situación límite como por ejemplo un deterioro físico importante o por el contrario una red estable, que hace que la persona empiece a reaccionar sobre su problema y se sienta motivado para generar el cambio ya que para la persona enferma, no es un problema la adicción, así mismo, durante el tratamiento, la red significativa que mayormente resulta siendo afectada es la familia y el apoyo por parte de ésta, porque por lo general se van a generar resultados positivos en los internos y en todo el tratamiento en general (Pérez, 2013; Bardají, Borrueal & Castilla, 2016).

3.2 Comunidad Terapéutica

3.2.1 Historia

Es necesario arrancar por nombrar a uno de los primeros dispositivos de ayuda que apareció en el mundo el cual fue el grupo de Alcohólicos Anónimos, fundado en 1935 en Estados Unidos por el Dr. Robert Holbrook Smith y Robert Griffith Wilson, ya que a partir

de ahí empieza la historia de los dispositivos de ayuda que tenemos en la actualidad (Carrizo, 2010).

En la década de los 50', mientras en Inglaterra se atendían en las *comunidades terapéuticas* que más bien eran hospitales psiquiátricos, a los prisioneros torturados y soldados de la segunda guerra mundial con trastorno de estrés postraumático, Jones aparece para proponer un cambio sustancial dentro de las instituciones incorporando una idea democrática entre los pacientes y los profesionales a cargo, donde se pretendía una comunicación más amplia entre estos, lo que se llamó modelo Jones, que más adelante encontró su anclaje en las Comunidades Terapéuticas para pacientes psicóticos; en Estados Unidos, aparece el modelo Daytop en los grupos de autoayuda que fueron protagonistas en este país, donde no habían profesionales de la salud mental ante un rechazo y descreimiento imperante de psiquiatras y personal de salud mental (Carrizo, 2010; Comas, 2008).

Una década más adelante, el término de comunidad terapéutica se empieza a usar para denominar los tratamientos residenciales libres de droga, también llamados grupos de convivencia o “Comunidades libres de droga”, donde los adictos empezaban a vivir juntos delimitando un lugar de abstinencia sobre todo en Estados Unidos. Entonces aparece “Synanom”, fundada por un ex miembro de Alcohólicos Anónimos el cual empieza a captar alcohólicos y heroinómanos, ofreciendo un espacio de contención integral actuando como una familia sustituta, pero sin brindar algún tipo de trabajo terapéutico. Uno de los grandes aportes de Synanom son los grupos de encuentro, donde la dinámica está regida por el confrontamiento entre los pacientes, regulando la vida cotidiana y facilitando la expresión de sentimientos y reflexiones entre pares (Carrizo, 2010; Llorente & Fernández, 1999).

Hacia la misma época de los 60', surge la comunidad en Daytop Village, siendo este dispositivo el que proporcionó varias de las pautas que se manejan en la comunidad terapéutica actualmente. Ésta fue fundada en 1963 por el Dr. Alexander Bassin, Daniel Casriel y el padre William Brien, en principio diseñada para la rehabilitación de convictos del sistema penitenciario que con el tiempo fue evolucionando a un modelo mixto con intervención profesional, con una organización interna de jerarquías que intenta regular la cotidianeidad. Dentro de los aportes más importantes aparece el uso de etapas dentro del proceso de rehabilitación, la aparición de profesionales y adictos recuperados en los equipos terapéuticos y la regulación y jerarquización en los roles de convivencia (Carrizo, 2010; Llorente & Fernández, 1999).

A raíz de estos modelos, en Italia surge el “Proyecto UOMO” en 1979 y el “Proyecto Hombre” en España del 1989, con fuertes influencias americanas, reconocen la influencia

familiar, la definición de objetivos terapéuticos individualizados y la conformación de equipos integrados por profesionales, exadictos y voluntarios (Carrizo, 2010).

3.2.2 Definición

La comunidad terapéutica (CCTT) es entonces, un centro residencial donde los internos conviven con presencia continua del equipo técnico multidisciplinario, y donde tienen objetivos y tiempo de duración pautado desde el principio de la internación, intentando reproducir una vida cotidiana real, la cual es la fuente principal del aprendizaje social y la que ayuda a que los residentes tengan crecientes responsabilidades generando también un entorno de autoayuda (Comas, 2008). Se puede definir como un medio terapéutico residencial que se basa en la interacción entre el usuario, los pares y el equipo multidisciplinar que realiza intervenciones intensivas, coordinadas y orientadas a la rehabilitación integral del usuario (Llorente, Mezo & Barrutia, 2011). De León es el gran referente en la investigación y sistematización de este dispositivo, y la define como una estrategia de autoayuda desarrollada en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina convencional (Carrizo, 2010).

Existen diversos tipos de comunidad terapéutica, el más común y presente en casi todo el mundo, es el enfocado en adictos a drogas ya que constituye un soporte central y da bases para la creación de otros tipos de CCTT; otro tipo de CCTT, son los enfocados en otras adicciones como lo son la ludopatía, trastornos de alimentación, fármacos o vigorexia, entre otras adicciones nombradas tanto en el DSM5 como en el CIE-10. Un tercer tipo de CCTT son los centros de menores, donde van aquellos que son objeto de una medida judicial o los que reciben medidas de protección. Y, por último, las unidades penitenciarias de reinserción social son el cuarto tipo de CCTT, las cuales coexisten dentro de la misma prisión, siendo pabellones exclusivos para reinserción (Comas, 2008).

En Argentina, se han desarrollado CCTT desde el ámbito privado y desde el ámbito público. En el ámbito público, existe el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO) creado en la década de los 70s, el cual tiene un método de asistencia ambulatorio incluyendo profesionales de toxicología, psiquiatría y psicoanálisis. Dentro del ámbito privado y en la misma época, aparece la primera CCTT privada llamada “Programa Andrés”, donde su fundador rescata y adopta referencias de los modelos Daytop y “Progetto UOMO”, teniendo un método de asistencia no ambulatorio con un equipo multidisciplinario (Carrizo, 2010). Actualmente, en el año 2014 y a raíz de la gestión del SEDRONAR, surgen las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), las cuales son espacios

comunitarios que tienen reconocimiento por parte de la comunidad donde se llevan a cabo encuentros concretos que sirven de iniciación de procesos de recuperación e inclusión social mediante la orientación, contención, atención y acompañamiento (Norro, 2017).

3.2.3 Tratamiento, intervenciones y estrategias

Teniendo en cuenta que las CCTT son un modelo de intervención, no se debe delimitar solo al consumo si no también es necesario intervenir sobre las características relacionales de la persona, pues en general, el tratamiento debe enfocarse en que el paciente mantenga la abstinencia y a su vez, lograr un bienestar físico, psicológico y psicosocial (Aguelo, 2004; Mehuech, 2013).

Dentro de las CCTT enfocadas en adictos existen tres tipos de tratamientos: residencial, ambulatorio y centro de día; y se indicaran de acuerdo con el patrón de consumo y el apoyo social que tiene el individuo, ofreciendo un abordaje bio-psico-social, y ensamblándose en etapas donde cada una implica ciertos logros influyendo en el cambio de conducta de la persona (Arce, 2017; Storti, 2012). Independiente de cada tipo de tratamiento usado, los pacientes y familiares responsables deben asistir a las reuniones grupales ya que son parte fundamental del tratamiento y ayudan a establecer un orden y formato donde cada objetivo planteado tiene un fin (Pérez, 2013).

El tratamiento de forma ambulatoria surge cuando el paciente va al centro terapéutico con una frecuencia entre dos o tres grupos semanales de acuerdo con la severidad de la patología, se suele usar cuando los casos no son muy graves y requieren de mucho compromiso y responsabilidad por parte del paciente y su red de apoyo para que se logre el mantenimiento de la abstinencia. Por su lado, y siendo un tipo intermedio de tratamiento entre el ambulatorio y el residencial, está el centro de día u hospital de día, el cual combina elementos de ambos estilos, donde el paciente concurre al centro por no más de ocho horas, llevando a cabo actividades similares de la comunidad, con la excepción de que el paciente vive en su casa y opta por este tipo de tratamiento debido a que no quiere estar internado o no cuenta con una buena red de apoyo (Storti, 2012).

El tratamiento residencial se basa en una jerarquía con etapas estructuradas de tratamiento y con objetivos intermedios teniendo en cuenta tres ejes: el comportamiento, que establece reglas de convivencia que los internos deben cumplir; las terapias grupales e individuales; y el trabajo cognitivo de talleres y seminarios (Mehuech, 2013) y que como fin tiene la rehabilitación integral del individuo acompañado por un aprendizaje social. En este tipo de tratamiento el paciente vive dentro de la comunidad, donde tienen establecidas las

tareas para que sean organizadas y llevadas a cabo, de manera que la persona introduzca la organización en su cotidianidad (Arce, 2017).

El proceso dentro de la comunidad está conformado por etapas facilitando la evaluación y el registro del proceso, donde cada una tiene un proceso de aprendizaje que se transmite de forma progresiva, adquiriendo herramientas necesarias que le van a servir tanto en la siguiente etapa como en su diario vivir. Estas etapas se dividen en tres: inducción, tratamiento primario y reinserción, donde en conjunto forman el camino hacia la reinserción social como objetivo final (Arce, 2017; Pérez, 2013).

La etapa de inducción se da en el primer mes a partir del ingreso del paciente, donde se debería dar la correcta adaptación tanto a la comunidad como a los demás residentes entendiendo la dinámica de ésta, además de empezar con el proceso de desintoxicación que tiene como fin ayudar al adicto a superar el síndrome de abstinencia de la mejor forma y si es necesario, llegar a medicarlo para evitar la sintomatología, por esta razón suele ser uno de los momentos más críticos del tratamiento ya que el individuo se enfrenta a una realidad totalmente distinta y desconocida de su realidad. En este paso, el contacto con la familia es limitado para lograr la adaptación, además, empieza a tener cambios físicos y de códigos, empezando a adquirir nuevos horarios, durmiendo de noche, levantándose temprano y así ordenando de a poco el día a día (Pérez, 2013; Arce, 2017; González, García & Reyes, 2019).

La segunda etapa es el tratamiento en sí, donde el residente empieza a trabajar en otros aspectos mediante las herramientas adquiridas de la etapa anterior, se basa en una deshabitación, donde se empiezan a cambiar las prácticas adquiridas en el consumo por unas nuevas que sean compatibles a la nueva vida de abstinencia y también a conocer los factores desencadenantes del consumo y las situaciones de riesgo (González, García & Reyes, 2019), teniendo en cuenta la reserva cognitiva que presenta el sujeto ya que surge como una variable constante independiente de la edad que sirve para explicar la relación lineal entre una alteración neurológica y su manifestación clínica, donde el historial de aprendizaje y los factores ambientales resultan cruciales a la hora de aparecer dicha alteración, que en el caso de la adicción entre más reserva cognitiva tengan pueden presentar una adicción más leve siendo capaces de mantener la abstinencia y menos quejas frente a olvidos o fallos cotidianos (Pedrero et al., 2014).

Por lo general esta segunda etapa, se puede dividir en subetapas que están relacionadas con el tiempo y el grado de jerarquía del paciente: la primera va desde los dos hasta los cuatro meses aproximadamente, implicando el conocimiento del funcionamiento de la comunidad terapéutica y demostrándolo, a pesar de que su libertad sea limitada y de poco

comienza a adquirir habilidades de comunicación; la segunda va desde los cinco hasta los ocho meses, donde se tienen en cuenta los objetivos principales del tratamiento, involucrando un interés por el crecimiento personal y la idea de ocuparse de su presente y futuro, obteniendo una mayor responsabilidad y compromiso con el tratamiento; la tercera y última, son los meses desde el noveno hasta el duodécimo de internación, cuando el paciente ya tiene internalizado todas las reglas y funcionamiento de la comunidad, viéndose como un líder y un ejemplo a seguir desde los ojos de sus compañeros, teniendo un nivel de apertura amplio en los grupos y facilitando el intercambio en estos (Pérez, 2013). En esta etapa, se suelen tratar temas íntimos y profundos en las terapias individuales, haciendo énfasis en las dificultades y resolución de problemas, sumado al acompañamiento en el proceso vocacional, terminando el secundario o buscando trabajo, aunque a pesar de todo esto, es frecuente que aparezca una meseta o un “ya lo sé todo” implicando un abandono y posible recaída (Arce, 2017).

Por último, la etapa de reinserción o reingreso, que sucede cuando el paciente cumple con los objetivos planteados se entrena para poder volver a incorporarse a la comunidad de la que proviene, recuperando las habilidades sociales perdidas en el consumo y reconstruyendo el vínculo que se había roto entre la comunidad y el adicto, a su vez, se divide en dos etapas: reingreso temprano y reingreso tardío (González, García & Reyes, 2019; Rodríguez & Nute, 2013).

El reingreso temprano es residencial, esperando que la dependencia a la comunidad por parte del individuo vaya disminuyendo, pueden empezar a salir a trabajar o a estudiar con mayor frecuencia lo que genera una mayor confianza en el mismo y así mismo, sirviendo de ejemplo de compromiso para sus compañeros. Las actividades están enfocadas en el armado del curriculum y en la búsqueda de trabajo si así lo quiere o en el culminar sus estudios, pero todo en conjunto logra un fortalecimiento de las destrezas sociales y psicológicas que le van a ayudar en el diario vivir (Arce, 2017; Pérez, 2013).

Una vez el equipo terapéutico lo considera así, el paciente pasa a la etapa de reingreso tardío donde el individuo sale de la comunidad, aunque tiene que seguir asistiendo a las reuniones grupales de acompañamiento, seguimiento y contención, empezando de a poco a construir una red social distinta y más amplia donde tiene que poner en práctica todas las herramientas adquiridas durante las etapas anteriores frente a los problemas de la vida diaria (Arce, 2017; Pérez, 2013).

En conjunto con sus subetapas, el periodo de reinserción es también definido como el proceso de socialización y capacitación que tiene características enfocadas en el logro de una autonomía personal y participación plena en la comunidad (Rodríguez & Nute, 2013), donde

las recaídas aparecen como una amenaza latente, siendo la conducta pasada el mejor predictor de una conducta futura y donde las reacciones emocionales ante una situación riesgosa representan la amenaza en la sensación de control lo que aumenta el riesgo de la recaída (Secades, 1997).

El proceso de recaída se considera como una cadena de conductas, actitudes, emociones y sucesos que se inician con un tiempo de anticipación antes de que el sujeto vuelva a consumir, donde aparece un cambio o factor estresante ya sea positivo o negativo que sirve como desencadenante de este proceso, siendo éste totalmente interno de la persona siendo el directo responsable de darse cuenta y de realizar los cambios necesarios, por lo que la recaída contribuye de esta forma en el abandono innecesario o en el fracaso del tratamiento, así como en la frustración del paciente y su familia donde se hace necesario revisar y corregir el plan de abstinencia y los esfuerzos del sujeto (Anicama, Mayorga & Henostroza, 2001).

Por último, ya finalizado el tratamiento los pacientes son candidatos de la graduación, la cual implica que los individuos tienen un trabajo estable y que han podido resolver las problemáticas que se le presentan de la mejor forma, así mismo, son alentados por la comunidad para que den charlas o sirvan de guía en el proceso de otros miembros, de hecho, es muy usual ver que en la comunidad se encuentren trabajando como operadores auxiliares, siendo ellos formados en el área de la problemática para poder ayudar a otros (Arce, 2017).

3.2.4 Reinserción social

Esta última etapa de reinserción que llevan a cabo las CCTT, es una etapa crucial y compleja, ya que se supone un restablecimiento pleno del usuario en la comunidad, que en algún momento lo tildó de “diferente” y lo excluyó del mecanismo social. En este momento del proceso el individuo debe generar mecanismos que le permitan reconstruir las redes sociales y que lo ayuden a reintegrarse en el medio, siendo reconocido como parte de este independiente de la etapa de su vida en la que se encuentre, buscando mejorar la calidad de vida a partir de educación y adquisición de habilidades sociales (Rodríguez & Nute, 2013; Pérez, 2013).

3.3 Reinserción Social y Ciclo Vital

3.3.1 Definición

La reinserción social como ya lo mencionamos anteriormente se puede definir como un proceso de socialización y capacitación que tiene como fin la autonomía personal y la

participación plena en la comunidad por parte del individuo en recuperación (Rodríguez & Nute, 2013), mediante la incorporación de diferentes herramientas que van generando en la persona una capacidad de adaptación al medio (Pérez, 2013).

Aunque para poder tener una reinserción satisfactoria, se deben tener en cuenta además los obstáculos que dificultan la reconstrucción del vínculo social, como por ejemplo la necesidad de mantener la abstinencia por un largo tiempo, tener un estado de salud deteriorado, la deserción escolar en un contexto de pobreza, la desvinculación familiar y las detenciones por actos delictivos, son algunos de las problemáticas con las que el individuo en recuperación se tiene que enfrentar en todo su proceso, sumado a esto, se debe tener en cuenta la edad con la que cuenta ya que el 70% de los menores de 18 años no logran reinsertarse satisfactoriamente (Rodríguez & Nute, 2013).

De igual forma, otro aspecto para tener en cuenta es el hecho de que la sociedad no ha podido establecer estrategias necesarias, suficientes y eficientes para lograr que la persona en tratamiento tenga un mejor estilo de vida y así lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social, por ejemplo, el fácil acceso a las drogas incrementa el riesgo de uso, también, el hecho de que la sociedad no se convence aun de que la adicción es una enfermedad con una base social y biológica y que debe ser considerada como un problema social y de salud pública, donde el estado debería garantizar las políticas públicas necesarias para la reinserción, además, los modelos de integración deberían considerar las diferencias tanto de edad como de género (López & Pérez, 2005).

En este orden de ideas, y teniendo en cuenta que en varias de las CCTT dedicadas a la rehabilitación de las adicciones a drogas no tienen un rango de edad específico para el tratamiento, sino que, por el contrario, mezclan las edades de los internos, podemos ahondar en esto ya que en cada etapa de la vida, las personas dependen de tres procesos de organización complementarios que viven de distinta forma y que hacen la experiencia y la existencia del ser humano, estos procesos son: el proceso biológico, que encierra la organización de los sistemas biológicos, orgánicos y fisiológicos; el proceso psíquico, que envuelve las experiencias individuales y relacionales; y por último, el proceso ético-social, que incluye las organizaciones culturales, éticas y espiritual expresadas en principios y valores de orden social (Bordignon, 2005).

En su libro “El Ciclo Vital Completado”, Erikson (1997) divide el desarrollo de la vida en 8 estadios: infancia, niñez temprana, edad de juego, edad escolar, adolescencia, juventud, adultez y vejez, los cuales no tienen una especificidad de edad ya que el desarrollo de cada uno tiene en cuenta los criterios y las presiones sociales, también, cada uno integra

las cualidades y limitaciones del anterior. Así mismo, a cada uno de los estadios le atribuye una “crisis psicosocial”, siendo esta una confluencia entre el yo y la sociedad, que comprende el paso de un estadio a otro y que como resultado se obtienen virtudes o defectos que pasan a ser parte de la persona (Bordignon, 2005; Gómez, 2007), por lo tanto, el desarrollo psicosocial es un trabajo psíquico de la persona atravesado por las posibilidades, las expectativas, los ideales y las restricciones del psiquismo colectivo que se crea en un contexto social, cultural e histórico determinado, donde encontramos a la familia, las escuelas, el trabajo, los establecimientos religiosos, los grupos de pares, entre otros, como los sistemas sociales que amparan a la persona siendo ellas las encargadas de impartir las reglas y principios que rigen en la vida comunal (Urbano & Yuni, 2005).

Teniendo esto en mente, se va a abordar el proceso de reinserción social a partir de dos etapas planteadas por Erikson basadas en los objetivos del trabajo, una es la etapa de la juventud y la otra es la etapa de la adultez.

3.3.2 Juventud

Empezaremos por la etapa de la juventud, donde Erikson (1997) establece que, si se llega a una adultez madura, es porque surgió de una juventud que superó de forma exitosa la crisis de *intimidad* versus *aislamiento* que como resultado favorecedor fortalece el “amor”, una mutualidad madura que va a resolver las contradicciones, y como resultado desfavorable surge la exclusividad, expresada en el egocentrismo e individualismo de la persona. En este estadio la intimidad es la capacidad de la persona de comprometerse a las afiliaciones concretas que pueden llegar a requerir sacrificios y compromisos significativos, llevando al joven a integrarse en afiliaciones sociales concretas; siendo su antítesis psicosocial el aislamiento, el cual surge como el temor de permanecer separado o no reconocido (Bordignon, 2005), por lo que un tratamiento con jóvenes debería estar enfocado desde lo social, mostrándoles los principios éticos que soportan el valor de la vida (Gutiérrez & Hernández, 2008). Hace parte de esta etapa de la vida también la elección de una carrera, la búsqueda de trabajo, la conformación de una pareja y la adquisición de derechos legales, que hacen en el joven una inserción progresiva en la adultez, apareciendo la reciprocidad y el respeto reflejados en el sentimiento de justicia que antepone a la obediencia, siendo los intereses algo más abstracto y general que logran pasar al mundo concreto con la acción práctica donde adquieren las ideologías, las reflexiones en los sentimientos sociales, una afectividad traducida en enamoramientos dispersos, los gustos estéticos y muy importante la identidad personal y social (Urbano & Yuni, 2005).

Sumado a esto, se considera que la etapa entre los 15 y 20 años es donde se consolida con mayor precisión e integración las operaciones formales del pensamiento, implicando la importancia del método lo que en conjunto con las características funcionales forman una estructura necesaria para la resolución de los problemas abstractos y complejos, siendo capaces de resolver tres tipos de tareas formales: problemas de combinatoria, problemas del grupo INRC (proposiciones de Identidad, Negación, Reciprocidad y Correlativa), y problemas de doble reversibilidad; todo esto dependiendo que suceda en gran medida de los estímulos de un correcto contexto socio-cultural que sea capaz de proveer de oportunidades a la persona, siendo notable que los estratos sociales bajos al caracterizarse por presentar violencia, problemas económicos, de salud e intelectuales por falta de oportunidades, se consideran un factor de riesgo alto para el consumo de sustancias en adolescentes, jóvenes y adultos (Urbano & Yuni, 2005; Kuhar, Corvalán, Fuentalba & Gysling, 2016).

El hábito de consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes suele aparecer cuando se juntan varias características especiales como una personalidad insegura, inadecuación sexual siendo una persona apática y ansiosa por escapar de la realidad, buscar una autonomía llevándolos a empezar hábitos disruptivos totalmente diferentes a lo que aparece en la crianza, y que en muchos casos como ya lo vimos anteriormente, detrás aparece una familia disfuncional, sumado a que hay un desconocimiento de la magnitud de la problemática, de las características de consumo y de las estrategias que impiden un impacto mayor tanto en la vida de la persona como en la sociedad (Gutiérrez & Hernández, 2008; Harada & Polar, 2018; Barilari, 1999).

Pensando en esto, la adicción surgida en la etapa de la juventud hace perder las habilidades sociales que deberían adquirirse en esta época lo cual favorece al apareamiento del aislamiento y segregación de la persona, siendo particularmente esta etapa un factor de riesgo para nuevas recaídas según Reyes & Varas (2018), no así en otras investigaciones donde la edad relacionada con las recaídas no mostraron una diferencia significativa, siendo más relevante las experiencias vicarias, la persuasión verbal y los estados fisiológicos a los que se encuentra expuesto la persona (Valles, 2016) haciendo de la reinserción un proceso más difícil ya que suelen ser jóvenes que tienen una dependencia económica familiar y sin un trabajo estable (Rodrigo, Borrueal & Castilla, 2016).

Por lo tanto, se hace necesario que el tratamiento de reinserción establecido para los jóvenes sea personalizado teniendo en cuenta las características y necesidades individuales, basándose en una combinación de terapia que cubra todos los aspectos de la persona y otros servicios, como lo es la educación con una orientación hacia el ámbito laboral y educativo,

que va a lograr brindar herramientas para ir recuperando de a poco la autonomía con lo que podrán acceder y mantenerse en el mundo del trabajo y la educación (Babicz, 2009), además, también se pueden plantear actividades recreativas como juegos de mesa, deportes, encuentros con otras comunidades, ir al cine o al teatro, lo que hace una forma de reingreso a la sociedad más práctica para hacer cosas cotidianas, posibilitando la transformación de realidades a partir de la diferencia de contextos y sujetos (Castillo-Jardín, Osorio-Cabrera & Prado-Rosales, 2014). Y, por último, también se pueden plantear actividades artísticas para generar inserción ya que permite un desarrollo de la persona y de la creatividad, como también un medio comunicativo pudiendo expresar sus sentimientos y creando seguridad en sí mismos (Ontaneda, 2017).

3.3.3 Adulter

Por otro lado, en la etapa de la adulter, Erikson (1997) le asigna la crisis de *generatividad versus autoabsorción y estancamiento*, donde la generatividad abarca la procreatividad, la producción y la creatividad, que generan nuevos seres e ideas y que puede implicar también un mayor desarrollo de identidad; por otro lado, el sentimiento de estancamiento que puede llegar a abrumar a la persona, apareciendo como una regresión psicosocial. Al lograr la superación favorable de esta crisis, aparece como virtud el “cuidado”, el cual implica el compromiso de cuidar a otros, ya sean personas, ideas o productos por los que uno se ha preocupado, haciendo más fácil la tarea generacional, por el contrario, si se fracasa en esta dialéctica aparece el rechazo como defecto.

En esta etapa del ciclo vital, el trabajo consiste en abandonar paulatinamente una moratoria psicosocial para asumir el compromiso de participación en la vida social, logrando una posición dentro de la comunidad lo que le facilita hacerse responsable de sus necesidades y deseos en un trabajo que sirva como conciliador entre los ideales personales y las demandas sociales, además, debe poner en cuestionamiento su identidad para flexibilizarla y lograr un encuentro afectivo con otra persona que tiene un modo habitual de vida diferente pero con el que será capaz de desarrollar un vínculo de intimidad para empezar a idear un proyecto compartido, el cual una vez lograda la madurez psicosexual que implica la renuncia de algo de sí mismo, se busca satisfacer la necesidad de generar algo nuevo, ya sea una vida o un proyecto profesional, pudiendo desplegar en el afuera el trabajo de hacerse responsable de sí mismo (Urbano & Yuni, 2005).

Llevando esto hacia el lado de la adicción, y tomando como partida que los adictos adultos en su mayoría empezaron el consumo en etapas muy tempranas de adolescencia o

juventud por lo que supone muchos años de consumo, es esperable que se acompañen de algunos déficits cognitivos como afectaciones en la atención, en la memoria, en el aprendizaje y en las funciones ejecutivas, por lo cual pueden tener consecuencias en la conducta que se verán reflejadas con la evolución del tratamiento (Lorea, Fernández, Tirapu, Landa & López, 2010), por lo tanto, al igual que en la juventud el plan de tratamiento debe ser individualizado, teniendo en cuenta las características y motivaciones particulares de la persona, además del grado de afectación cognitivo ya que se encuentran lejos de su rendimiento cognitivo óptimo y esto puede dificultar las tareas terapéuticas individuales o grupales (Pedrero, Rojo, Ruiz, Llanero & Puerta, 2011), pero intentando siempre generar un grado mayor de adherencia al tratamiento que genere un rol activo cumpliendo con todas las tareas propuestas que implican un trabajo a nivel conductual y además, con el cumplimiento del tratamiento farmacológico, por lo que se verá reflejada la adherencia en el compromiso con el tratamiento y con él mismo (Aguas, 2018).

Cabe recalcar que las actividades planteadas más arriba para los jóvenes compuestas de recreación, deporte y arte, también pueden ayudar al adulto, ya que pueden generar los mismos efectos en el tratamiento, porque son resultados parciales que se buscan para poder llegar a una reinserción eficaz, siempre teniendo en cuenta la particularidad de cada caso.

Por último, y pensando que en esta etapa de adultez que implica un cambio social, donde la mayoría de sus pares ya tienen familias establecidas y trabajos estables, ellos toman una percepción propia de exclusión, por lo que es en esta etapa donde existen más ingresos a centros de rehabilitación o comunidades terapéuticas porque empiezan a ver su salud deteriorada o porque la familia llega a un límite donde ya no aguantan más decepciones, para poder retomar de a poco las riendas que perdieron en el camino del consumo (Gárate & Torres, 2010).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo descriptivo desde una perspectiva cualitativa.

4.2 Participantes

Se tomaron los casos de dos pacientes que se encuentran en dos etapas diferentes del ciclo vital, un adulto joven y un adulto, además, de la coordinadora de terapeutas de la comunidad.

El primero es Pedro, el cual se denominará de esta forma con un nombre ficticio, con el fin de preservar la identidad y confidencialidad de este. Pedro tiene actualmente 19 años y se encuentra en el mes 8 del tratamiento residencial, es su segunda internación ya que en la primera internación abandonó el tratamiento. Siendo una persona muy temperamental comenzó el consumo desde la primaria, época en la que vivía en una villa junto con su familia, compuesta por su hermana, su madre y su padre, quien era muy violento y con el que más de una vez terminaron peleándose a los golpes. Durante los meses de práctica fue promovido a la fase re inserción 2, lo cual implica la externación de la comunidad para seguir con el tratamiento ambulatorio, pese a esto no salió todavía sobre todo por la ansiedad que le generó el pensar en salir, así mismo y a raíz de esta promoción, su familia paso de estar en el grupo de reflexión a estar en el grupo de familias ambulatorias, para que empiecen a preparar lo que es la llegada de Pedro a casa. Particularmente Pedro aún no termina la secundaria, se encuentra soltero y no tiene hijos. Por su parte, la madre en las reuniones se nota callada cuando se encuentra en compañía de su esposo, a pesar de que el empezó a participar desde hace pocos meses en los grupos pues antes no se conectaba a las reuniones.

El segundo es José, el cual se denominará de esta forma con un nombre ficticio, con el fin de preservar la identidad y confidencialidad de este. José tiene actualmente 36 años, se encuentra cursando la fase de re inserción práctica externándose de la institución a principios de marzo habiendo estado 5 meses internado, ésta fue su segunda internación ya que en la primera al salir externado tuvo una recaída. Empezó a consumir desde los 15 años aproximadamente. Vive con su madre, su hermana, cuñado y sobrinos en un departamento de pocos metros con poca privacidad; añadido a esto, su madre trabaja en un geriátrico durante cuatro días a la semana, lo que no le permite compartir tiempo con ella. Tiene otros dos hermanos que concurre con frecuencia, son una familia unida a pesar de la historia de violencia y abuso que tuvieron en su pasado. Está soltero, tiene una hija de 14 años con la que tiene una excelente relación al igual que con la madre de su hija. Tiene el secundario incompleto y al principio de las prácticas se encontraba trabajando hace poco tiempo como operario auxiliar en una fábrica, trabajo del cual fue despedido en el transcurrir de los meses de práctica, lo que en sumatoria de otros problemas con la familia le generaron una recaída. Es una persona simpática, extrovertida y es considerado un líder positivo en su grupo de apoyo.

Por último, Laura quien es la coordinadora de los terapeutas en la comunidad, es psicóloga con orientación cognitivo-conductual, pertenece a la institución hace 11 años y es quien ha acompañado ambos procesos.

4.3 Instrumentos

- Se utilizó la técnica de observación no participante durante las reuniones grupales de responsables y pacientes como método de recolección de datos principal.
- Se realizó una entrevista semiestructurada a la coordinadora de los terapeutas quien ha acompañado los pacientes, para indagar sobre la planificación de los procesos de reinserción en la comunidad terapéutica, teniendo en cuenta además las diferencias en los procesos de acuerdo con la etapa del ciclo vital y las dificultades familiares que atraviesa el paciente, utilizando las siguientes preguntas: ¿cómo se realiza el proceso de reinserción social?, ¿qué características del paciente tienen en cuenta para plantear el proceso?, ¿qué objetivos debe cumplir el paciente para pasar a esta etapa?, ¿cuáles son las estrategias que se desarrollan en esta etapa?, ¿han notado alguna diferencia en el proceso a raíz de la edad del paciente?, ¿en cuál de las dos etapas del ciclo vital hay mayor influencia de la familia? y ¿de qué forma influye la actitud de la familia en la recuperación del paciente?.

4.4 Procedimiento

Para desarrollar el trabajo se eligieron dos pacientes en dos estadios diferentes del ciclo vital; luego de dicha elección, se asistieron a reuniones donde los padres de los dos pacientes participaron, como lo es la reunión de grupos de padres dedicada a reflexión y grupo de padres de pacientes en tratamiento ambulatorio. También, las reuniones del proceso de reinserción en donde se encuentran los dos pacientes del trabajo, las cuales se realizaron vía zoom debido al contexto actual de pandemia con un tiempo aproximado de una hora y 30 minutos, una vez por semana durante los meses de marzo a junio. Durante dichas reuniones se diligenció el registro de observación categorizando las observaciones más relevantes para los objetivos del trabajo.

Adicionalmente, se realizó una entrevista a la coordinadora de los terapeutas que ha acompañado el proceso completo para indagar en su historia y proceso de reinserción, con una duración de aproximadamente 1 hora.

5. Desarrollo

5.1 Planificación del proceso de reinserción social en la comunidad terapéutica

Partiendo de la premisa donde el proceso de reinserción social tiene como fin insertar de forma efectiva a la persona en la comunidad que en algún momento lo excluyó (Rodríguez

& Nute, 2013), y que dicho proceso consta de dos subetapas: reingreso temprano y reingreso tardío según lo planteado por González, García & Reyes (2019) y Rodríguez & Nute (2013) las cuales establecen objetivos a cumplir por los pacientes que al mismo tiempo van adquiriendo herramientas que facilitan su recuperación con la sociedad, en esta comunidad terapéutica en particular se manejan tres estadios de reinserción que se desarrollaran en los párrafos siguientes.

La primera subetapa es llamada *Reinserción 1*, la cual antes de la pandemia funcionaba como un hospital de noche, donde los internos de la comunidad durante el día iban a trabajar, a sus casas a ayudar o a cuidar a sus hijos, y de noche volvían a la comunidad para tener el grupo de reflexión y dormir, pero a raíz del contexto actual se vieron en la obligación de modificar este proceso, por lo cual una vez que el paciente avanza a la etapa de reinserción, el primer momento lo hacen internados en la comunidad durante el mes 8 y 10 de tratamiento, donde cada paciente realiza un proyecto de vida el cual tiene como objetivo empezar a estructurar su vida con los nuevos cambios que trae la abstinencia, siendo enfocado hacia la escolarización o búsqueda de trabajo dependiendo del paciente y sus características, como lo explica Arce (2017) y Pérez (2013) sobre el reingreso temprano, que tiene un enfoque hacia el armado del curriculum y búsqueda de trabajo o la culminación de sus estudios secundarios logrando un fortalecimiento de las habilidades sociales que le van a ayudar en el momento en el que tenga que salir de la comunidad.

Pasado este tiempo, el paciente es externado de la comunidad, comenzando la subetapa de *Reinserción 2*, en donde los pacientes van a vivir a sus casas con sus familiares responsables, quienes han acompañado todo el proceso. Aquí, ellos empiezan a tener algo de libertad y decisión sobre ellos mismos, llevándolos a cumplir el objetivo de esta etapa el cual consiste en lograr mantener la estructura planeada en el proyecto de vida y conseguir una estabilidad laboral. Una vez logrado esto, mantenido en el tiempo, y según la valoración del equipo terapéutico, el paciente puede pasar a *Reinserción 3*, siendo esta la última subetapa antes de terminar el tratamiento, y cuyo objetivo es más terapéutico en cuanto a circunstancias vinculares, pues se espera que ya mantengan esa estructura en donde los tiempos libres los usen en actividades recreativas de su gusto y donde se empieza a ver la construcción de una red social distinta y un desprendimiento de la comunidad, pues como dice Laura, la psicóloga entrevistada, “tienen que empezar a hacer su vida sin la comunidad, si nos necesitan ahí vamos a estar”, todo esto cumpliendo con lo planteado por Arce (2017) y Pérez (2013) de acuerdo a las características de la etapa de reingreso tardío.

Ahora bien, para empezar a planificar el proceso en cada paciente, si bien existe una generalidad que es la del proceso en sí, con sus etapas y subetapas, donde cada uno va a tener que atravesar la etapa de inducción, tratamiento primario y reinserción, para lograr adquirir las herramientas para su día a día (Arce, 2017; Pérez, 2013), esta generalidad se ve impresa con la particularidad de cada paciente en cuanto a la personalidad, historia y edades que han hecho que la persona logre un desarrollo social como lo plantea Erikson (1997) cuando formula que las presiones sociales y los procesos de organización biológicos, psíquicos y sociales se viven de forma distinta haciendo de las experiencias y la existencia algo individual, por lo cual el objetivo y el proceso en sí de cada paciente va a ser diferente, logrando una particularidad en el tratamiento a pesar de la generalidad de la comunidad, tal como lo dice Laura durante la entrevista *es un molde estándar pero en el caso a caso si hay cuestiones particulares que las vamos viendo para cada paciente*, por ejemplo, presenta el caso de un paciente que tiene 50 años con un deterioro cognitivo importante también debido a los años de consumo, que presenta una buena adherencia al tratamiento pues lo describe como responsable y cumplidor con todo lo relacionado a la comunidad, pero que a pesar de su deterioro ha durado más de un año en la misma etapa de reinserción 2 siendo igual considerado como un éxito terapéutico por el equipo.

Teniendo en cuenta los casos elegidos para el trabajo, se puede evidenciar que Pedro, quien durante los meses de prácticas fue promovido a reinserción 2, aún no ha sido externado de la comunidad y esto es debido a la particularidad de su historia en la villa en la que vivía y a la ansiedad que le generó pensar en salir, viéndose volcado en conductas algo violentas, por lo que en la comunidad se está trabajando en aprender a controlarse, controlar su violencia, aceptar que su personalidad es así y que además, los padres son los mismos que cuando lo dejaron y el cambio lo hizo él. Por el contrario, José, en su proceso de reinserción, cumplió durante los primeros meses con su proyecto de vida, consiguiendo trabajo rápido, mostrando una importante adherencia y demanda al tratamiento a pesar de su trastorno depresivo y a pesar de la recaída que tuvo en el tiempo de las prácticas. Con lo anterior y teniendo en cuenta los dos casos de estudio, se puede concluir que para atravesar satisfactoriamente la etapa de reinserción se deben sobrepasar los obstáculos que dificultan el diario vivir, generando una buena adherencia al tratamiento y un rol activo que se ve reflejado en la demanda y en el compromiso con el mismo (Rodríguez & Nute, 2013; Aguas, 2018).

Ahora bien, es importante delimitar las estrategias que deben adquirir durante el tratamiento y más específicamente en la etapa de reinserción para cumplir con el objetivo de aprendizaje progresivo que hace que la persona adquiera herramientas necesarias que le van a

servir en su diario vivir (Arce, 2017; Pérez, 2013), como lo son la necesidad de una estructura donde tengan algo que hacer durante 8 horas de su día, logrando organizar una semana completa de actividades con una rutina específica y que dentro de esto también se proponga una actividad recreativa de su gusto como practicar algún deporte, ir a encuentros con otras comunidades, entre otros, que además de ampliarle sus redes vinculares sanas y que a largo plazo van a lograr ayudar a afrontar los conflictos que aparezcan en la convivencia con su familia, van a posibilitar también el reingreso efectivo a la sociedad, dando la posibilidad de la transformación a partir de los contextos (Castillo-Jardín, Osorio-Cabrera & Prado-Rosales, 2014); además de esto, es importante la inserción educativa o laboral, donde la comunidad ayuda en la confección del curriculum o en la inscripción a la escuela, lo que va a depender en gran parte de la edad y el grado de escolaridad que tenga la persona, siendo características particulares del ciclo vital.

Por último, es igual de importante pensar en los objetivos más allá del aprendizaje en sí, pues como se mencionó anteriormente y para poder avanzar en el tratamiento, el equipo terapéutico evalúa caso por caso para su promoción a otra etapa (Arce, 2017), y esto lo permite indiscutiblemente el cumplimiento del objetivo de cada subetapa. Como lo explicó Laura durante la entrevista, para *reinserción 1* el objetivo final es el control de la ansiedad lo que genera la externación de la comunidad, además de poder cumplir con el armado del plan de vida el cual debe tener una orientación realista, como lo dice Laura, *con los pies en la tierra*. Con respecto a la *reinserción 2*, el objetivo es cumplir con la estructuración diaria que la da el plan de vida, es decir poder cumplir con la rutina, con la inserción efectiva en un trabajo o con la culminación de los estudios secundarios, poderlo mantener, y a su vez poner en práctica lo aprendido hasta ahora para poder sobrellevar los problemas esperables que aparecen. Y en la última subetapa, de *reinserción 3*, el objetivo final es empezar a incluir y a armar redes vinculares sanas dentro del mantenimiento del trabajo, que sirvan de apoyo, por lo que el enfoque de esta parte del tratamiento es que empiecen a hacer su propia historia de vida alejada del consumo, implicando la resolución de los problemas de la mejor forma apoyándose siempre en su red y cada vez menos en la comunidad (Arce, 2017), y una vez desarrollado esto, se puede dar la finalización del tratamiento, que nos contaba Laura, para mitad de año se esperan cuatro finalizaciones de tratamiento de personas que ya se encuentran muy estructuradas.

5.2 Procesos de reinserción social de dos pacientes en diferentes etapas del ciclo vital

Para poder llegar a diferenciar los procesos de cada paciente se tomaron cinco ejes principales del proceso, teniendo en cuenta las observaciones realizadas en los grupos terapéuticos, la entrevista con la psicóloga y la literatura consultada, entre los cuales están: tiempo de consumo, escolaridad, contexto familiar, factores estresantes y recaídas, de los cuales se van a poder desglosar las características de cada paciente y a su vez, se podrán ver las diferencias entre ciclos vitales que fueron planteados por Erik Erikson (1997), específicamente las etapas de juventud y de adultez.

El primer eje del tiempo de consumo nos da una pauta importante en el proceso, ya que a raíz de esto se pueden pensar algunas diferencias dentro de las edades, porque como decía Laura, un adulto de 50 años y que se interna, mínimo tiene 30 años de consumo, a diferencia de un joven de 20, que como mucho tendrá 5 o 6 años de consumo, lo que deriva en un importante deterioro cognitivo en el adulto viéndose afectada la memoria, la atención, el aprendizaje o las funciones ejecutivas (Lorea, Fernández-Montalvo, Tirapu-Ustárroz, Landa & López-Goñi, 2010), no así en el joven que por más que su cerebro está en crecimiento y es un momento crítico, no da el tiempo para que aparezca un deterioro cognitivo importante, aunque a pesar de esto, de igual forma se espera que se conserve la reserva cognitiva que aparece como variable constante independiente de la edad (Pedrero et al. 2014). Para los casos particulares elegidos para el trabajo y a pesar de la diferencia en el tiempo de consumo, pues Pedro tiene 6 años de consumo y José 21 años de consumo, no se nota una diferencia en el déficit cognitivo, según lo comentado por la psicóloga en la entrevista realizada.

El segundo eje que tiene que ver con el enfoque del tratamiento, el cual va de acuerdo con la etapa de vida en la que se encuentra, haciendo énfasis en la estructuración marcada anteriormente y guiándolos a *poner los pies en la tierra y ubicarlos en la realidad de su momento como adulto o joven* según lo que comenta Laura durante la entrevista, sumado a esto, se debe tener en cuenta las características y motivaciones particulares (Aguas, 2018) para poder enmarcar el tratamiento de una forma que resulte efectivo, basándose en el planteo de Babicz (2009) cuando formula la combinación de terapia con otros servicios que incluyen la orientación hacia el ámbito laboral o hacia el ámbito educativo, este último en especial para pacientes como Pedro, quien con 19 años se considera un adulto cuando la realidad es que debe terminar la escuela y no pretender independizarse pues es un joven que se encuentra *sobreadaptado* en palabras de Laura. Pasa lo contrario con los adultos, quienes lo que quieren es disfrutar el tiempo libre fuera del trabajo con algún curso, sintiendo así que el dinero lo

están invirtiendo en algo que les guste, conectándolos a otras personas y con el placer, como con José a quien el trabajar se le da fácil y en algún momento del tratamiento estuvo acompañando a los boys scout siendo una actividad diferente y placentera para él.

Este segundo eje también se puede relacionar con lo planteado por Urbano & Yuni (2005), quienes logran una diferencia en lo social de las dos etapas, estableciendo que en la juventud el interés particular es la elección de una carrera o la conformación de una pareja que pasa por varios enamoramientos teniendo como fin lograr una identidad personal y social, característica que cumple Pedro al querer pensar más en salir de noche y *levantarse minas* en palabras de Laura; mientras que en la adultez se busca cumplir con los ideales formados en la juventud teniendo que unirlo a un trabajo que cumpla con la demanda social para tener como fin la satisfacción de crear algo nuevo, ya sea un emprendimiento o un hijo, donde pueda desplegar el trabajo interno de hacerse responsable de sí mismo para poder hacerse responsable de otro, aspectos que en José todavía no son bien definidos a pesar de tener a su hija de 14 años, todavía se le hace difícil hacerse responsable de sí mismo pero que está trabajando en ello.

Para el tercer eje del rol dentro de la familia, debemos tener en cuenta que dentro de la familia del adicto suele haber falta de normas y jerarquía que marque roles bien definidos en la interacción que se suele tornar disfuncional (Pérez, 2013; Storti, 2012), pues en especial las madres suelen confundir mucho el rol que sus hijos deben tener dentro de la red familiar, por ejemplo, si ya es adulto como José quien ya tiene una hija de 14 años, su rol principal dentro de su contexto familiar debe ser el del rol paterno, pasando a un segundo plano el rol de ser hijo o hermano, y enfocándose entonces en cumplir con lo que demanda el ser padre: dar tiempo de calidad y cumplir con las responsabilidades económicas de sus hijos. En el caso de José, vemos que a raíz de las recaídas dichos roles empezaron a ser incumplidos por él, lo cual generó algunos conflictos a nivel familiar, especialmente con su hija, de acuerdo con lo comentado por Laura durante la entrevista. Sumado a esto y según lo observado durante las sesiones grupales, estas son cuestiones que suelen traer bastante, porque es algo más propio de la edad y de los conflictos que acarrea ocupar ese rol después de tantos años de consumo, ya que en la mayoría de los casos los hijos se encuentran dolidos y sin ganas de tener una relación con ellos. Por el contrario, en el caso de Pedro el rol paterno no le interesa en lo más mínimo, de acuerdo con lo reportado por Laura durante la entrevista, además de que no tiene hijos, sus pensamientos y requerimientos van más acorde a lo que se espera de un adolescente-joven, que quiere salir de fiesta y conquistar alguna chica, tomando así el rol de

hijo que busca autonomía, desarrollando conductas de enfrentamiento ante los padres con hábitos distintos a los de la crianza (Barilari, 1999).

El cuarto eje de los factores estresantes, y partiendo de lo explicado por Kuhar, Corvalán, Fuentalba & Gysling (2016) donde formulan que si la persona es expuesta a un entorno estresante desde chico puede derivar en una adicción en la adultez, vemos el caso tanto de Pedro como de José quienes sufrieron un abandono moral y físico desde muy corta edad; en el caso de Pedro la psicóloga contaba que aproximadamente desde los 6 años siempre estuvo muy solo, tanto físico pues se quedaba largas horas en su casa sin alguna compañía significativa, como moral donde la madre nunca fue amorosa y el padre fue siempre muy violento, siendo acompañado siempre por esta falta de afecto y disfuncionalidad familiar que inclusive durante sus 16 años experimentó viviendo solo en una casa de provincia porque en palabras de Laura *lo dejaron tirado y solo iban cada tanto a darle huesitos* refiriéndose a la poca responsabilidad familiar; por su lado, José también experimentó un ambiente hostil de chico pues su madre fue adicta durante la niñez y adolescencia de él, época en la que sumado a esto pierde a su padre y además sufre de abusos sexuales, confirmando así el planteo de los autores.

El quinto y último eje que son las recaídas siendo ésta una característica del tratamiento que debería tenerse en cuenta, pues a pesar de que aparezcan las recaídas lo más importante para el equipo terapéutico incluida Laura, es que siempre haya demanda por parte del paciente, es que puedan buscar ayuda, lo cual se pudo ver en los meses de prácticas cuando José tuvo una recaída siendo esta la número tres desde que empezó el tratamiento hace aproximadamente dos años. Es cierto que también es necesario ver tanto la fuerza de la recaída como los sentimientos alrededor de la misma, ya que la percepción de las emociones relacionadas a situaciones que representan una amenaza en la falta de control de la persona aumenta el riesgo de la recaída (Secades, 1997) siendo ese factor estresante el desencadenante de una serie de conductas, emociones y actitudes que se vuelven predictoras de la recaída (Anicama, Mayorga & Henostroza, 2001), que en José se pudo determinar el domino de emociones que lo llevaron a eso cuando ya había sucedido la recaída, porque por parte de él hubo ocultamiento de los problemas que acumuló y que lo llevaron a esto, siendo el desencadenante de la recaída el hecho de que le hayan pagado poco en su trabajo del cual lo echaron.

Ahora teniendo en cuenta las edades, en diferentes investigaciones no se encuentran diferencias significativas con respecto a las recaídas, teniendo más que ver en este aspecto las experiencias anteriores, la persuasión y el estado fisiológico de la persona que la edad

(Valles, 2016), por lo que va un poco en contraste con Reyes & Varas (2018) cuando plantean que la juventud es un factor de riesgo para las recaídas, hecho que no pudo validarse durante las prácticas pues Pedro al encontrarse interno en la comunidad tenía un ambiente controlado donde no aparecen las recaídas.

Para concluir este apartado, se puede ver que en varios aspectos del tratamiento si hay una diferencia importante entre un adulto y un joven, más allá de las propias del ciclo vital planteado por Erikson (1997) donde establece diferentes crisis psicosociales para cada etapa a partir de las cuales se van desarrollando las virtudes y los defectos propios de la personalidad, que es lo que durante el tratamiento le va a dar las pautas al individuo para la delimitación de los objetivos convirtiendo cada proceso en algo particular del caso a caso; además, a partir de esto se puede ver como en la misma moneda de la adicción ocurren dos caras distintas, donde el joven por un lado tiene unos intereses que se tienen que centrar con lo propio de su etapa y donde se tiene que precisar hacer algo importante con la vida que le queda por delante, y al adulto se lo tiene que conectar con el placer de vivir y aprovechar a su familia para de alguna forma recuperar el tiempo perdido en consumo.

5.3 Expresiones del entorno familiar de pacientes en el proceso de reinserción

La familia en general es un eslabón clave en la crianza y desarrollo de la persona, pues son los encargados de empezar la socialización de sus hijos desde muy corta edad siendo los promotores de las actitudes prosociales, respuestas empáticas y valores sociales (Cadena, 2015), son también los que dan las pautas de las relaciones sociales que pueden llegar a tener en un futuro el individuo.

Ahora bien, la familia del adicto se caracteriza por llevar la socialización y las actitudes empáticas muchas veces desde la violencia o el abandono, siendo característica sobresaliente de estas familias la carencia de jerarquías bien definidas y la falta de leyes y límites (Storti, 2012; Pérez, 2013), donde suele aparecer la madre que es muy sobreprotectora negativamente, que se inmiscuye en la vida de su hijo donde ella toma todas las decisiones independiente de lo que quiere o no el paciente inclusive cuando se trata de un señor de 40 o 50 años, pero que a su vez es una madre dejada que no se hace cargo de la situación, siendo así las madres tanto de Pedro como de José, dos señoras que se caracterizan por la culposidad, la sobrepresencia y la manipulación quienes incurrieron en el abandono de ellos desde muy chicos y que no llegan a relacionar que tienen un grado de responsabilidad en la enfermedad familiar. Sumándose a la escena, surge un padre que siempre está ausente, ya sea físicamente porque no está como el padre de José quien falleció hace bastantes años, o

moralmente donde lo único que hace es trabajar siendo el lugar donde se refugia para no sentir culpa, tal como es el caso del padre de Pedro, que sumado a esto es violento. Todo esto está relacionado también con el estilo parental que ejercen, coincidiendo, por un lado, las madres con el estilo parental autoritario pues ejercen un control excesivo en la vida de los pacientes sin una correcta comunicación, y, por otro, el padre de Pedro con un estilo negligente, pues no ejerce control ni tiene comunicación y cuando lo hace aparece siempre la violencia en el medio (Cano, Solanas, Marí-Klose & Marí-Klose, 2012).

Esto al ser combinado, es una bomba de tiempo que hace que los roles sean rígidos y haya una disfuncionalidad en la comunicación que impacta en la persona que carga con la enfermedad familiar (Storti, 2012; Pérez, 2013), sirviendo esta persona como un chivo expiatorio que lleva a costas tanto con la culpa de la crisis familiar, como en el caso de Pedro, la mudanza que está llevando a cabo la familia donde inclusive su mamá va a renunciar a su trabajo, así como con la salvación al eliminarlo o sacrificarlo, que en este caso fue internarlo para sacarse de alguna forma el problema que acarrea tener un hijo en consumo, esto planteado también por la psicóloga quien en la entrevista fue muy enfática en este tema donde la familia va a hacer una gran movida para mudarse siendo algo que Pedro no pidió y que además donde algo salga mal va a ser culpa de él visto desde la familia que no quiere hacerse responsable.

A pesar de todo esto, también es importante posicionarse en una mirada desde el lado de la familia, pues tampoco debe ser fácil atravesar todo el dolor y angustia que se siente al ver a un hijo pasarla cada vez peor sin saber cómo ayudar, por eso desde el lado de la comunidad terapéutica es sumamente importante que la familia se incluya en el tratamiento, como con los grupos de reflexión a los que se unen una vez por semana para entre todas las familias contenerse, aprender y sentir que no son las únicas que están pasando por la misma situación y además, que no son las únicas que no saben cómo manejar la problemática de tener un familiar en tratamiento (Pérez, 2013; Bardají, Borrueal & Castilla, 2016), todo esto para poder acompañar el cambio de esta persona que está haciendo un esfuerzo de internarse y dejar de consumir.

Dentro de las áreas afectadas en la familia están los efectos en la salud psicológica, mostrándose en conductas como cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, culpa y miedo (Calvo, 2007), y que a partir de los grupos de reflexión se pudo ver cómo lo expresa la familia de los pacientes que se encuentran en reinserción. Estos grupos de reflexión tienen una dinámica particular donde ni bien una familia expresa su preocupación inmediata, recibe de la demás familia un feedback que nutre desde el aprendizaje de otros, por ejemplo, en una

ocasión la madre de José expresó el miedo que le dio cuando le robaron el celular a él, porque el cuando empezaba a consumir lo primero que vendía era el celular, siendo esta una señal desde la perspectiva de la madre de una posible recaída, recibiendo como devolución de las otras familias primero no asumir cosas y segundo iniciar una charla con él para poder entender qué fue lo que paso y así empezar una relación de comunicación que muchas veces se ve afectada en este tipo de familias.

También pasa que al ser madres y padres que no quieren aceptar su responsabilidad dentro de la situación y que no se quieren reinvolucrar, ponen trabas para evitar que el paciente siga avanzando en el proceso, pues aparece un miedo exacerbado a recuperar el rol dentro de la familia ya sea porque no están preparados o porque no son bien vistos por el entorno familiar (Calvo, 2007), como lo dice Laura *hay un 5% de probabilidades de que la familia reconozca su responsabilidad y haga realmente un cambio en beneficio de su hijo, en general ponen la culpa afuera y para mí los grupos de padres deberían ser por lo menos dos veces por semana porque los padres son más complicados que los chicos, los chicos hacen un re esfuerzo y los padres se tiran todo para atrás*. Esto también lo podemos ver en el caso de Pedro, pues su padre a pesar del tiempo que ha durado el tratamiento aún le cuesta aceptar la responsabilidad y el cambio que debe hacer en pro del bienestar de su hijo, expresando su miedo a la externación de Pedro que debería suceder ya dentro de muy poco, diciendo que él no lo ve preparado para que salga pensando que es un problema que aún no tiene solución.

Para redondear el tema familiar, además de que se hace necesario el acompañamiento de ellos durante todo el tratamiento, pues con ayuda del equipo terapéutico y de las demás familias se empieza a cambiar el patrón relacional, mejorando la comunicación y el vínculo se fortalece convirtiéndose en independiente (Choclin, s/f), es importante que la familia esté dispuesta a generar un cambio entendiendo que esta problemática se trata de una enfermedad familiar y que ellos también tienen un grado de responsabilidad que da capacidad de maniobra, puesto en palabras de las familias vistas *la familia es la encargada de cómo le dan el trato así mismo va a ser la evolución que van a tener, por eso también estamos en el tratamiento para ayudarlo en el crecimiento y poder acoplar la comunidad y la familia para que en conjunto sea un crecimiento*.

6. Conclusiones

De acuerdo con todo lo planteado durante el presente trabajo, se pueden arribar a diversas conclusiones.

En primer lugar y considerando la planificación del proceso de reinserción social dentro de la comunidad y el equipo terapéutico, se puede pensar que la edad a pesar de ser un factor importante en todo el proceso no es determinante de la efectividad del tratamiento en sí, lo más relevante en todo este tema es la particularidad que el individuo es capaz de imprimir en su proceso personal, es decir, sus experiencias propias, su historia familiar y de consumo, su personalidad, acompañados del momento de vida en el que se inserten en la comunidad, van a ser los factores que más influyan en el proceso, en conjunto con el acompañamiento tanto terapéutico como familiar, para poder sacar un buen resultado de todo el esfuerzo que hacen al querer cambiar su forma de vida. Esto es evidenciado durante las prácticas ya que en el grupo de reinserción 2 hay una diversidad de personalidades y formas de afrontamiento de los problemas, que al estar todos en conjunto se logran complementar y contener de la mejor forma posible, siendo corroborado también por la psicóloga cuando expresa que son agradecidos por el afecto que se le brinda en la comunidad.

Seguido a esto, al comparar los procesos de reinserción entre el joven y el adulto, más allá de la generalidad del tratamiento establecido en la comunidad, es necesario identificar los intereses y motivaciones así como las experiencias, virtudes y defectos que son propios de la personalidad y que van a ayudar a delimitar los objetivos del tratamiento por distintos caminos en cada etapa de la vida, para así poder enfocarlos a sus realidades y roles que deben empezar a ocupar en el ámbito familiar, como en el caso de Pedro guiarlo hacia la culminación de sus estudios cumpliendo el rol de hijo y con José orientarlo hacia el ámbito laboral cumpliendo con el rol paterno principalmente.

Así mismo, al tener en cuenta las familias en el proceso es recurrente que aparezca un miedo expresado en falta de confianza hacia el individuo, siendo esto una forma de evitar la responsabilidad en la situación, por lo que se hace indispensable el acompañamiento terapéutico de estas durante el tratamiento pues la adicción al ser una enfermedad familiar, necesita de cambios en pro del bienestar tanto del individuo como de sus redes de contención (familia, amigos más cercanos y parejas dependiendo el caso), todo esto para mejorar las relaciones, los roles y la comunicación en la dinámica vincular del individuo que es la parte más afectada en la enfermedad, pues muchas veces la adicción aparece como una salida a los problemas emocionales de la persona.

Por último y para redondear, al querer analizar las diferencias en los procesos de reinserción social en los pacientes de diferentes etapas del ciclo vital, se puede pensar en que estas diferencias se ven expresadas en conductas, que aunque similares debido al contexto de consumo, suelen verse diferenciadas por lo anteriormente mencionado, la edad, la historia

familiar, la personalidad, virtudes y defectos que van a generar una impresión personal distinta en cada proceso, pues así como personas hay en el mundo hay personalidades variadas, formas de afrontamiento distintas y maneras de aprendizaje particulares que van a ser de cada tratamiento y resultado diferente, pero siempre pensando en el bienestar físico y psicológico de la persona.

En definitiva, para determinar las cuestiones de la planificación en el proceso de reinserción, sí se tiene en cuenta la edad del paciente ya que es un determinante de lo que deberían vivir en ese momento de su vida sin sobreadaptarse a la situación para poder tener un buen desarrollo social, así mismo, también se tienen en cuenta otros factores que hacen del proceso algo individual como lo son la historia familiar, la historia de consumo, la personalidad del paciente y la forma de vincularse con sus redes.

Por otro lado, al comparar los procesos de reinserción en los dos pacientes de diferentes edades se logró ver que a pesar de que se aplica el mismo proceso con las mismas estrategias dentro de la comunidad, estos se diferencian a partir de los intereses y motivaciones de cambio individuales que se dan a raíz de sus experiencias personales, sociales y familiares.

Dentro de las dificultades expresadas por la familia, se pudo ver que en general presentan un miedo a la situación, mencionado en la falta de confianza hacia la persona en tratamiento, recayendo sobre ella toda la responsabilidad, porque la familia no es consciente del compromiso que tienen dentro del problema, evadiéndolo para no hacerse cargo de ello ni de las herramientas que tienen para mejorar los vínculos que en algún momento se quebrantaron.

Con todo lo anterior, se pudo identificar los factores internos y externos que influyen en el proceso de reinserción social que ocurre con la persona que hace tratamiento de rehabilitación en drogas. Entre los factores internos encontramos la personalidad y su motivación para el cambio, lo cual se ve reflejado en la particularidad de cada tratamiento; de la misma manera, la familia, la historia de vida, la red y el contexto social influyen como factores externos en el proceso de rehabilitación.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En principio, se hallaron limitaciones teóricas pues hubo una dificultad al encontrar material teórico que en su mayoría no fueran tesis de grado o posgrado no publicadas, que ayudaran a indagar más en el tema del ciclo vital relacionado a la reinserción social, pues la mayoría de las investigaciones encontradas se enfocan más en otros aspectos de la persona como en el nivel social y familiar. Por lo tanto, encontramos en este punto una nueva línea de

investigación, ya que el proceso de reinserción se puede ver fortalecido o debilitado por la etapa del ciclo vital que el paciente está transitando, ya que se debe tener en cuenta su desarrollo cognitivo, intereses y motivaciones para poder plantear adecuadamente su proceso de reinserción social.

Así mismo, durante la elaboración del presente trabajo final de integración surge la pregunta sobre cómo puede aparecer la teoría del ciclo vital en una persona adicta, pues en la bibliografía encontrada sobre ciclo vital no se tienen en cuenta las desviaciones sociales que puede llegar a presentar una persona, entendiendo así que todas las personas atravesarían por los mismos momentos, cuando evidentemente encontramos que no es así; es por ello, que a nivel teórico sería importante abordar dichas desviaciones.

Otra limitación que se encontró fue la imposibilidad de realizar encuentros presenciales de las reuniones hechas en la comunidad, en donde el enriquecimiento de la práctica profesional se vio limitada pues hubo cuestiones que no se pudieron indagar y que esencialmente se debían tratar personalmente. A raíz de esto, los casos no se pudieron documentar y desarrollar adecuadamente, ya que solamente se contó con información proporcionada por los profesionales encargados de los casos, careciendo por este motivo de otras miradas que hubiesen podido complementar el presente trabajo de integración final.

Un aspecto que se podría mejorar en lo visto dentro de las prácticas es el hecho de que no se logra la particularización de cada caso, llevando siempre las cosas al grupo de reflexión, lo cual también es importante porque allí se genera sinergia para el proceso; sin embargo, se propone hacer un manejo individual, tanto de los pacientes como de sus familias, teniendo en cuenta las necesidades y fortalezas particulares que no son evidentes cuando se trabaja en grupo y no tienen la contención adecuada al participar de grupos tan extensos en tan poco tiempo de reunión. Esta propuesta se sustenta en lo hablado con la psicóloga quien cree que es necesario abrir un espacio más de reunión para padres durante la semana porque ella ve que en algunos encuentros quedan situaciones pendientes por tratar, que pueden ser urgentes para los participantes.

Para finalizar, en la comunidad terapéutica se destaca la participación activa de todos los miembros que pertenecen a ella, los psicólogos, familia, paciente, trabajadores sociales y operadores auxiliares, quienes aportan a los procesos individuales y sociales desde su experiencia personal y profesional; lo cual permite que se mantenga una dinámica motivadora para todos los involucrados, logrando una eficacia en los procesos de quienes buscan un cambio en su vida de consumo por la forma en que reestructuran a la persona para que pueda retomar su vida. También es importante destacar el valor que tiene el sustento teórico en el

cual se basa dicha comunidad, ya que sigue unos lineamientos ya probados previamente que han dado resultados satisfactorios en otras partes del mundo y que en Argentina resulta de gran importancia al ser la pionera en este tipo de tratamientos.

Por lo tanto, gracias a la eficacia que ha demostrado este tipo de dispositivos y a sus bases teóricas, es de total relevancia su aplicación en otros centros de rehabilitación de adictos, que probablemente basan su accionar en modelos empíricos no sistematizados; mientras que la comunidad terapéutica genera evidencia avalada por la comunidad científica internacional, logrando ser catalogadas como Universales y Transferibles a cualquier contexto, mostrando excelentes resultados en cualquiera de ellos.

Referencias

- Aguas, S. (2018). *Influencia de los rasgos predominantes de personalidad en la adherencia al tratamiento en pacientes adictos a la pasta base de cocaína* (Tesis no publicada). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Aguelo, F. (2004). Comunidad terapéutica para drogodependientes y relación educativa. *Acciones e investigaciones sociales*, 19, 127-144. Recuperado de <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/277>
- Aguilar Bustos, O. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 69-70. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47323278001.pdf>
- Anicama, J., Mayorga, E. & Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima metropolitana. *Psicoactiva*, 19, 7-27. Recuperado de http://www.venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7_28.pdf
- Arce, L. (2017). *Trastorno por consumo de sustancias y la comunidad terapéutica como base del tratamiento visto desde una perspectiva cognitivo conductual*. (Tesis no publicada). Universidad de Palermo.
- Arranz, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, (18), 163-182. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/931/93117218007.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ayerbe, A., Espina, A., Martín, E., Pumar, B., & Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Revista Adicciones*, 9(3), 376
- Babicz, G. (2009). *Proyecto de orientación Laboral y/o Educativa para adolescentes adictos como mecanismo para la reinserción social* (Tesis no publicada). Universidad Empresarial Siglo 21.
- Bardají, E., Borrueal, L. & Castilla, M. (2016). *Intervención socio - familiar para la reinserción social de hombres cuyo consumo principal es la cocaína* (Tesis no publicada). Universidad Zaragoza.

- Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N. & Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones* 22(1), 15-24. Recuperado de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/210/201>
- Barilari, S. (1999). La adolescencia: un camino. Proyecto Cambio. Recuperado de <https://www.proyectocambio.com.ar/2019/08/15/la-adolescencia-un-camino/>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo social de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Cadena, J. (2015). *Influencia de los factores de riesgo familiares en la gravedad del consumo de drogas en los adolescentes de la Comunidad Terapéutica "Luis Amigó"* (Tesis no publicada). Universidad Central de Ecuador.
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf>
- Cano, A., Solanas, S., Marí-Klose, M. & Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 24(4), 309-3018. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289124639005.pdf>
- Carrizo, M. (2010). Dispositivos terapéuticos para la asistencia de problemas relacionados al consumo de drogas: La comunidad terapéutica como modelo y alternativa de cambio. Recuperado de <http://programadelsol.com.ar/wp-content/uploads/2018/10/una-mirada-a-los-dispositivos-terapeuticos.pdf>
- Castillo-Jardín, A., Osorio-Cabrera, Y. & Prado-Rosales, J. (2014). Actividades recreativas para la reinserción social de jóvenes adictos al alcohol. *Revista de la Facultad de Cultura Física de Granma*, 11(36), 67-77. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6210609>
- Choclin, M. (s/f). Recursos innovadores en familias con adolescentes en riesgo. Proyecto Cambio. Recuperado de <https://www.proyectocambio.com.ar/2019/08/15/recursos-innovadores-en-familias-con-adolescentes-en-riesgo/>
- Comas, A. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta al futuro. *Revista española de drogodependencias*, 33(3), 238-254. Recuperado de https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22392/v33n3_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (2018). *Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Factores de*

- riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de <https://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/FactoresZdeZRiesgoZZ2017ZZ3Zennero.pdf>
- Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (2019). *Casas de Atención y acompañamiento comunitario. Reporte estadístico: enero - junio 2019*. Recuperado de https://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/reporteZcaacZ1erZsemestreZ2019V_3F_1.pdf
- Erikson, E. (1997). *El ciclo vital completado*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Gárate, R. & Torres, S. (2010). *Problemas que dificultan la reinserción social en 20 pacientes drogodependientes egresados del Crevin de Girón durante el periodo 2005-2009* (Tesis no publicada). Universidad del Azuay.
- Gómez, D. (2007). *El ciclo vital de desarrollo en profesionales de enfermería de los centros de atención primaria de la ciudad de Valdivia* (Tesis no publicada). Universidad Austral de Chile.
- González, M., García, Y. & Reyes, Y. (2019). *Historias de éxito en la reinserción social de jóvenes que han sido consumidores de drogas en el Barrio las Grietas del municipio de San Juan del Rio Coco, en el año 2018* (Tesis no publicada). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Gutiérrez, D. & Hernández, E. (2008). Implicación de los valores éticos y morales en el enfrentamiento de las adicciones en jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4).
- Harada, R. & Polar, V. (2018). *Centro de reinserción social para jóvenes farmacodependientes* (Tesis no publicada). Universidad Ricardo Palma.
- Herrero, M. (2020). *Promoción de factores de protección en pacientes externados con adicciones* (Tesis no publicada). Universidad Siglo 21.
- Kuhar, J., Corvalán, L., Fuentalba, J. & Gysling, K. (2016). *El cerebro adicto: por qué abusamos de las drogas, el alcohol, la nicotina y muchas cosas más*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- López, E. & Pérez, M. (2005). La reinserción social y las adicciones. *LiberAddictus*, (87). Recuperado de <http://www.liberaddictus.org/desarrollo-humano/953-la-reinsercion-social-y-las-adicciones.html>
- Lorea I, Fernández-Montalvo J, Tirapu-Ustárrroz J, Landa N & López-Goñi JJ (2010). Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína: una revisión crítica. *Rev Neurol*, 51(7), 412-26.

- Llorente, J. & Fernández, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.612>
- Llorente, J., Mezo, M. & Barrutia, I. (2011). Comunidades terapéuticas. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual de trastornos adictivos* (pp. 293-300). Madrid: Enfoque Editorial.
- Meheuech, N. (2013). *Descripción de la adicción en comunidad terapéutica y su vinculación con variables de la psicología positiva* (Tesis no publicada). Universidad de Palermo.
- Norro, D. (2017). CAACS (Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario): un dispositivo desde el abordaje integral comunitario en adicciones. En *X JIDEEP- Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional*. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/63584/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ontaneda, P. (2017). *Reinserción Social a través del arte de los jóvenes con problemas de adicción al sur de Quito en el barrio Venecia dos año 2015* (Tesis no publicada). Universidad Central del Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. Recuperado de http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf
- Pedrero, E., Rojo, G., Ruiz, J., Llanero, M. & Puerta, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Rev Neurol*, 52(3), 163-172.
- Pedrero, E., Rojo, G., Ruiz, J., Fernández, L., Morales, S. & Prieto, A. (2014). Reserva cognitiva en adictos a sustancias en tratamiento: relación con el rendimiento cognitivo y las actividades cotidianas. *Revista de Neurología*, 59(11), 481-489.
- Pérez, A. (2013). *El proceso de Reinserción Social en la Comunidad Terapéutica* (Tesis no publicada). Universidad de Palermo.
- Piña, C. & Salcido, M. (2012). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *Psicología y Ciencia Social/Psychology and Social Science*, 10(1 y 2).
- Reyes, E. & Varas, W. (2018). *Centro especializado en la prevención, tratamiento y reinserción social al joven con problemas de consumo de alcohol y drogas en la ciudad de Lambayeque* (Tesis no publicada). Universidad Señor de Sipán

- Rodrigo, E., Borrueal, L. & Castilla, M. (2016). *Intervención socio - familiar para la reinserción social de hombres cuyo consumo principal es la cocaína* (Tesis no publicada). Universidad Zaragoza
- Rodríguez, S. & Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación, una revisión bibliográfica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(1), 172-196. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art12.pdf>
- Salvia, A., Bonfiglio, J. & Rodríguez, S. (2015). *Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones de riesgo*. Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina. Serie del Bicentenario (2010-2016). Informe nº 1. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/aumento-trafico-drogas-barrios-adicciones.pdf>
- Sandoval, M. (2014). *Facilitadores y obstaculizadores de las comunidades de egreso de adultos y adultas de un programa de reinserción de la comuna de la Pintana para sus procesos de reinserción* (Tesis no publicada). Universidad de Chile.
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270. Recuperado de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7404/7268>
- Sipán, G. (2020). *Factores de riesgo y psiquiátrica en pacientes del departamento de adicciones del hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018* (Tesis no publicada). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Storti, C. (2012). *Grupo de padres de pacientes adictos en una comunidad terapéutica* (Tesis no publicada). Universidad de Palermo.
- Urbano, C. & Yuni, J. (2005). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del ciclo vital*. Córdoba: Editorial Brujas.