



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Trabajo Final de Integración

**Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología**

**EL HOSPITAL DE DÍA Y EL GRUPO
PSICOTERAPÉUTICO COMO HERRAMIENTAS EN EL
TRATAMIENTO DE ADICCIONES**

Autor: Paula de Ipola

Fecha: 2010

Tutora: Dra. Margarita Robertazzi

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. MARCO TEORICO.....	5
3.1 Legislación Argentina.....	5
3.2 Fármacodependencia: consumo perjudicial.....	6
3.2.1 Abuso y Dependencia.....	8
3.3 Sustancias.....	10
3.4 Distintos Tipos de Tratamientos para Rehabilitación de Adictos.....	13
3.5 Diferentes Modalidades en el Proceso de Rehabilitación de Adictos.....	14
3.5.1 El Grupo como Objeto de Estudio.....	14
3.5.2 Características de los Grupos.....	17
3.5.3 Funciones de los Grupos.....	18
3.5.4 Grupos en el Contexto Clínico.....	22
3.5.5 El Grupo Aplicado a Tratamiento de Rehabilitación.....	24
4. METODO.....	25
4.1 Tipo de Estudio.....	25
4.2 Protagonistas.....	25
4.3 Técnicas.....	26
4.4 Procedimiento.....	26
5. RESULTADOS: LA INSTITUCION, EL HOSPITAL DE DIA, EL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO GRUPAL Y EL CASO DE LA PACIENTE P.....	27
5.1 La institución: Centro de Estudios Grupales (CEG).....	27
5.2 El Hospital de Día.....	28
5.3 El grupo psicoterapéutico.....	31
5.4 Paciente P.....	35
5.5 La dinámica grupal y la participación de P.....	39
6. CONCLUSIONES.....	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Final de Integración es un producto que surgió a partir de la Práctica y Habilitación Profesional V, la que tuvo lugar en un Centro de psicoterapia de CABA(en adelante C).

La institución tiene como objetivos el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la salud mental; dentro de la misma funcionan dos Hospitales de Día, por lo que se cuenta con un equipo de trabajo integrado por psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos, terapeutas ocupacionales, músico-terapeutas, asistentes sociales y profesores de gimnasia, con lo que las intervenciones, estrategias y tareas administradas a los pacientes son consecuencia de un trabajo inter y multidisciplinario. En el C, hay dos grupos de pacientes que concurren a recibir tratamiento a sendos Hospitales de Día, siendo uno de ellos un grupo integrado por pacientes adictos que depende de la Secretaría de [Programación](#) para la Prevención de [la Drogadicción](#) y la Lucha contra el [Narcotráfico](#) (SEDRONAR) y otro integrado por pacientes que son derivados por el INSSJP¹. La investigación se realizó con el primero de los grupos mencionados.

Actualmente, la situación de los pacientes adictos es tan compleja que el consumo de drogas parece ser uno de los principales causantes de la ola de criminalidad que existe en nuestro país, por lo cual es imperativo se activen todos los recursos disponibles para luchar contra este factor de inseguridad. Muchos pacientes que concurren a la institución aceptan hacer este tipo de tratamientos para evitar condenas judiciales por delinquir.

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más complejo que enfrenta nuestra sociedad: involucra a la población infantil y juvenil, se asocia con la violencia familiar y social, y con una disminución de la salud física y mental, así como de la calidad de vida en general

Ser consumidor de sustancias hace que, una vez que se comienza el tratamiento de rehabilitación, se movilicen y participen simultáneamente organismos tanto sanitarios como de justicia. Obviamente, en el transcurso del tratamiento, el individuo se verá imposibilitado de trabajar diariamente, no sólo por incompatibilidad de horarios, sino además porque sostener el consumo implica no poder enfrentar con responsabilidad el trabajo (el individuo llega tarde, o falta, o tiene bajo desempeño por la adicción misma). Es así que el Estado actuará becando a los pacientes para que se curen y vuelvan a ser personas productivas.

¹ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Pami).

Sólo el 25 % de los que consumen drogas en el mundo logra recuperarse (sin considerar las recaídas), y, en nuestro país, este problema se ve agravado por la falta de trabajo, la inseguridad y la falta de presupuestos gubernamentales para resolver el tema. Al considerar este conjunto de situaciones, se concluye que la investigación sobre un proceso de rehabilitación sobre adicciones sea un tema relevante, dado que no sólo es problemático resolverlo sino que también, hoy día, las instituciones cuentan con muy pocos recursos para su abordaje.

Durante la residencia, se observaron todas las actividades que realizan los pacientes del Hospital de Día derivados por SEDRONAR. Esa modalidad de tratamiento supone tareas grupales en distintos talleres y espacios terapéuticos.

Como consecuencia de haber sido observadora no participante y participante del trabajo terapéutico grupal, surgieron una serie de interrogantes: cómo se desenvuelve la dinámica grupal en un grupo de pacientes adictos que padecen, además de otras patologías asociadas; cómo operan los diferentes roles dentro del grupo y cómo se puede intervenir en ese tipo de tratamiento.

Para responder este tipo de interrogantes, se decidió hacer foco en el caso de una paciente en particular, en función de sus características personales y su patología, su protagonismo, su presencia constante en el espacio grupal, así como por el hecho de ser una única mujer en un grupo conformado mayormente por varones. Se trata de una joven de 32 años, adicta al alcohol y la cocaína y con diagnóstico de borderline. Este recorte no implica estudiar el caso aislado, sino en el contexto vincular del tratamiento.

En el presente Trabajo Final de Integración se articulará la pasantía realizada en el C con diversos conceptos aprendidos en la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, acudiendo además a otras bibliografías e investigaciones que permitieron profundizar el tema en estudio.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer las características que adquiere el tratamiento psicoterapéutico grupal en el contexto del Hospital de Día para pacientes adictos.

Objetivos Específicos

- Describir el tipo de población que concurre a una institución destinada a atender pacientes adictos en un Hospital de Día, así como el tipo de legislación y el papel de los organismos que regulan las normativas.
- Analizar el proceso de psicoterapia grupal, atendiendo de manera especial la asunción y adjudicación de roles, enfocado en el caso de una integrante del grupo.
- Identificar fortalezas y debilidades de la atención psicoterapéutica grupal ambulatoria en el tratamiento de pacientes adictos.

3. MARCO TEÓRICO

El tema/problema del que se ocupa este TFI está ampliamente extendido en la sociedad y constituye una importante preocupación para la salud pública. Para su comprensión se presentan en este apartado los principales lineamientos sobre la legislación que regula tenencia y tráfico de sustancias; el rol de los organismos que regulan las políticas públicas; las modalidades de tratamiento y, de modo más específico, el tratamiento psicoterapéutico grupal ambulatorio en el contexto del Hospital de Día.

3.1 Legislación Argentina

En Argentina, la ley 23.737 (1989) sobre tenencia y tráfico de estupefacientes es la que se aplica para todos aquellos casos en los que esté presente tanto el consumo como la venta de sustancias prohibidas. Dado cada caso en particular, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en cumplir un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo que se considere necesario, y cesará así mismo por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen (art.16, 17, 18).

Dentro de estos artículos, se contempla que será un tribunal el que determine, de acuerdo a la lista de instituciones que esté vigente en ese momento, las que estarán bajo conducción profesional reconocida, serán evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial. Dicha lista se actualizará y dará a conocer mensualmente al Poder Judicial, será difundida en forma pública y, de acuerdo a ello, se seleccionará el establecimiento al que se derivará a cada paciente, según cada situación en particular.

El artículo 19 sostiene que el tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación, o alternativamente, según el caso.

SEDRONAR es el organismo responsable de coordinar las [políticas](#) nacionales de lucha contra las drogas y las adicciones. Apoya su [gestión](#) sobre dos conceptos claves: la reducción de la [demanda](#) de drogas y la reducción de la [oferta](#) de drogas.

Entendiendo que el tratamiento para la adicción consiste en una serie de intervenciones de ayuda para el adicto, estructuradas de tal manera que resulten útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por la adicción hacia una mejor calidad de vida, y, considerando las distintas situaciones de vida y necesidades de cada individuo, la misión de la Dirección de Asistencia de SEDRONAR es recuperar, o reducir, la discapacidad - temporal o permanente- producida en las personas por el uso indebido de drogas (SEDRONAR, 2009). Es por esto que cada tratamiento es personalizado, de manera que se ajuste lo mejor posible a las características contextuales de cada persona; aparejar la persona que va a tratarse con el tratamiento adecuado es un factor clave en el [éxito](#) final de la intervención.

Durante el mes de agosto del año 2009, la Corte Suprema de Justicia de la Nación declaró inconstitucional el segundo párrafo del artículo 14 de la ley 23.737 de estupefacientes -que castiga con un mes a dos años de prisión la tenencia para consumo personal-, considerando así que la tenencia de escasas cantidades de marihuana en el ámbito privado no debe ser castigada, si es para consumo personal y si no hay peligro o daños para terceros. Si bien este fallo fue para un caso en particular, los jueces de la Corte Suprema al expedirse sentaron jurisprudencia, quedando a criterio de los letrados o jueces aplicar este precedente o no para resolver futuros casos en los que estén involucradas las drogas, ya que seguramente pueda hacerse extensible a otro tipo de litigios con otras sustancias.

3.2 Farmacodependencia: consumo perjudicial

Como ya fue dicho, el consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más complejo que enfrenta nuestra sociedad: involucra a la población infantil y juvenil, se asocia con la violencia familiar y social, y con una disminución de la salud física y mental, así como de la calidad de vida en general.

Debe tomarse en cuenta que los trastornos por consumo de sustancias tienen un carácter recurrente; con mucha frecuencia los usuarios de los servicios de salud regresan una y otra vez por el trastorno adictivo, por su cronicidad o por las complicaciones médicas asociadas.

Recientes estudios sobre el tema plantean que es casi una comprobación que la dependencia a las drogas se afirma en bases neurológicas, ya que las sustancias adictivas pueden cambiar el cerebro de modos fundamentales; según Leshler (1996) producen ansia y un consumo compulsivo e incontrolable. En la actualidad se siguen investigando cuales son las modificaciones neurológicas sobre las que se asentaría la adicción.

La Organización Mundial de la Salud define a la *farmacodependencia* (consumo de drogas) como aquel estado psíquico y, a veces, físico originado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, representado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a consumir el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo (OMS, 1969).

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), cuando el hábito de consumo está afectando ya a la salud física o mental, el sujeto está frente a formas perjudiciales de consumo que suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros, o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa.

Según CIE-10, los criterios para que un hábito resulte perjudicial son:

1. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable en los términos de CIE-10 de la OMS.
2. El consumo debe haber persistido al menos un mes o haberse presentado reiteradas veces en un periodo de 12 meses.
3. El trastorno no debe cumplir, simultáneamente, con los criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo lapso, excepto en la intoxicación aguda.

Todo esto lleva a pensar en que hay muchas variables dentro del consumo, ya sea según la frecuencia o según la sustancia.

3.2.1 Abuso y dependencia

En casos en que el individuo cumpliera con estos criterios de consumo perjudicial, se diferenciará a su vez entre el abuso y la dependencia de sustancias.

El *abuso* en el consumo de psicotrópicos se manifiesta por lo general como un patrón de consumo desadaptativo que se caracteriza esencialmente por el uso continuo de una sustancia, a pesar de que el sujeto está consciente de tener un problema causado precisamente por su uso, y de que puede poner en peligro su integridad psicofísica. Los síntomas pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado, no menor a un mes, y su uso produce algún tipo de alteración en la esfera psíquica, social o biológica en una persona, pero sin cumplir los criterios de dependencia (DSM-IV, 1994).

Por otro lado, la *dependencia* de sustancias también se define como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos.

Si bien en los últimos años se ha definido a la dependencia a drogas como un trastorno crónico recidivante, ante un consumo prolongado de drogas, se manifestarán esos abusos en los circuitos cognitivos y de recompensa, pudiéndose afirmar de este modo que, paradójicamente, muchas personas prueban sustancias potencialmente productoras de dependencia pero la mayoría no se vuelve dependiente (Vaccarino & Rotzinger, 2004).

Para la Asociación Psiquiátrica Americana los trastornos relacionados con sustancias requieren de los siguientes criterios para ser considerados como dependencia:

Un *patrón desadaptativo* de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes, en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

- b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol, a pesar de que empeora una úlcera)
- Así mismo, se debe diferenciar si es con dependencia fisiológica o sin dependencia fisiológica.

Esencialmente, la dependencia consiste en la pérdida de control que el sujeto experimenta con respecto a una determinada sustancia. Para Moizeszowics (1982), si bien la dependencia incluye los síntomas de tolerancia y abstinencia, no se limita a ellos. Es por esto que, tanto en la dependencia como en el abuso de sustancias, se manifiesta la falta de control de los impulsos, ya que la dependencia es aquella circunstancia donde la persona recurre compulsivamente al consumo de una sustancia para obtener el placer que ella le brinda, o para evitar el displacer de la ausencia. Parece pertinente aquí hacer mención de otro concepto que cobró mucha relevancia dentro de los abordajes terapéuticos y es el de *craving*, mencionado en el DSM IV pues se observa con frecuencia en los pacientes farmacodependientes, quizá en todos, y que Beck (1999) describe como una necesidad psicológica o un deseo intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. Sánchez (2002) sostiene que los *craving* y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegar a ser autónomos, es decir, al no suprimirse con facilidad, puede continuar incluso aunque la persona intente controlarlos.

Se infiere de esta información que el cumplimiento de estos criterios presentaría un cuadro bastante complejo a tratar, las consecuencias tanto motoras como cognitivas en las personas se van manifestando paulatinamente; como así también gradualmente se registrarán modificaciones en su conducta.

3.3 Sustancias

De acuerdo a investigaciones realizadas por la Subsecretaría de Prevención y Asistencia de SEDRONAR en 1999 y publicadas en el diario La Nación (Bernadou, 2000), 3 de cada 100 argentinos mayores de 16 años se consideran drogadependientes. El 80% de ellos es adicto a la cocaína. Entre las sustancias, la cocaína es la más popular, seguida por la marihuana y luego el alcohol. La edad de mayor consumo es entre los 15 y los 24 años.

Tomando en cuenta esta información, se puntualizará en las sustancias que mayor prevalencia de consumo tuvieron dentro del grupo en el que se realizó la residencia, destacándose de este modo el consumo de alcohol, cocaína y marihuana, coincidiendo así con la investigación del SEDRONAR publicada por el Diario La Nación.

Entonces ¿qué es un psicotrópico? Una sustancia psicotrópica o psicotropo (del griego *psyche*, "mente" y *trophein*, "tornar") es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Una acepción más restringida del término refiere, en particular, a aquellas sustancias medicinales incluidas en la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (ONU, 1960). Durante la década de 1960, se produjo un gran incremento en el uso de drogas en todo el mundo; en 1971, se formó una nueva Convención que se incluía casi todas las sustancias que alteraran la mente, contemplando restricciones a las importaciones y exportaciones, junto con otras reglas que apuntaban a limitar el uso de drogas, excepto para propósitos científicos y médicos.

Los psicotrópicos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinapsis el mensaje se transmite por medio de neurotransmisores. La mayoría de los psicotrópicos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad. Producen dependencia física

y/o psíquica, tolerancia y síndrome de abstinencia. Y, dado el vasto número de sustancias que se utilizan con fines recreativos, se las categorizará siguiendo el criterio de acción que ejercen sobre el sistema nervioso central. Las sustancias psicoactivas se suelen clasificar en depresoras, estimulantes o alucinógenas, según vayan modificando la conducta y/o alterando la conciencia.

Según Moizeszowics (1982), algunos de los efectos que producen estas drogas se caracterizan por:

- Estimulantes: Estimulan el S.N.C., quitan la sensación de hambre y sed, son anorexígenas, evitan la sensación de fatiga y sueño.
- Depresoras: Deprimen el S.N.C., algunas son hipnóticas, sedantes y ansiolíticas, tranquilizantes y anestésicas.
- Alucinógenas: Producen alucinaciones, distorsión de la percepción de la realidad, sinestesia (oír los colores o ver la música), desorientación temporoespacial.

La *cocaína* proviene de la planta *Eritroxylon Coca*, arbusto que crece originariamente en el norte de nuestro país, en Bolivia y en Perú; aunque actualmente las plantaciones se extienden en otros sitios. Estadísticamente esta droga ocupa el primer lugar en las consultas por el uso indebido de drogas en nuestro país y otros lugares del mundo. Las vías utilizadas para la ingestión del clorhidrato de cocaína son la inhalatoria (a través de las mucosas), por aspiración, fumadas y endovenosa (Kaplan, 1997).

La cocaína es un estimulante cortical del S.N.C. y por lo tanto el cuadro de intoxicación aguda se caracteriza por excitación psicomotriz, euforia, irritabilidad, aumento de la agresividad, disminución de la fatiga, anorexia, insomnio, taquicardia, taquipnea, convulsiones, hipertensión arterial. Además, debe considerarse la sintomatología producida por los aditivos con que se mezcla el polvo del clorhidrato (arsénico, vidrio molido, lidocaína, estricnina, etc.). Las causas de muerte por sobredosis más frecuentes son convulsiones, disección aórtica, infarto agudo de miocardio y paro respiratorio.

Por otro lado, dentro de las sustancias que se destacaron previamente se encuentra el alcohol etílico o etanol; sustancia psicoactiva, presente en bebidas, perfumes y algunos productos de uso doméstico o industrial; entra en la categoría de depresora del S.N.C.

El beber es una conducta que puede ser descrita por su frecuencia, cantidad y tipo de bebida que se consume. Estas medidas son una forma de cuantificar variaciones individuales, las que determinarán un patrón de consumo. En nuestra cultura, determinarán un marcador de status social, estableciendo una delgada línea entre consumo y enfermedad (Moizeszowics, 1982). Puede producir tolerancia, dependencia psíquica y física y un importante síndrome de abstinencia, que en los casos graves puede llevar a la muerte del paciente.

La intoxicación aguda puede ir desde una ligera embriaguez hasta el coma, siempre en relación con la alcoholemia, entendiéndose por ésta a la cantidad de alcohol etílico encontrado en la sangre humana, la que se mide en gramos por litro.

El alcohólico crónico sufre una serie de enfermedades a consecuencia de las ingestas reiteradas de alcohol:

- ✓ trastornos hepáticos, que pueden terminar en cirrosis
- ✓ trastornos digestivos: gastritis, úlceras, várices esofágicas
- ✓ complicaciones cardiológicas
- ✓ lesiones del sistema nervioso periférico: trastornos en la marcha, disminución de la sensibilidad en manos y pies.
- ✓ Alteraciones psiquiátricas, algunas severas e irreversibles

El cuadro más grave de abstinencia se denomina clásicamente “Delirium tremens” y puede evolucionar fatalmente si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

Por otra parte, las bebidas alcohólicas, especialmente la cerveza en los jóvenes, acompañan el consumo de otras drogas psicoactivas: sedantes, cocaína y marihuana, siendo destacable que es una droga legal para cualquier individuo mayor de 18 años.

Referente a la marihuana se podría decir que, según el informe presentado por SEDRONAR en 1999, es una sustancia de inicio en el consumo y que, el 75% de los consumidores lo hacen en combinación con cocaína. Durante la pasantía, muchos de los pacientes eran consumidores habituales y eran enviados a tratamiento por ser encontrados en lugares públicos fumando marihuana, o por tener un solo cigarrillo en su poder; todo esto terminó cuando, por problemas de presupuesto gubernamentales, ya no se dispuso de fondos para tratamientos de tales consumidores. Actualmente, dado el fallo de la Corte Suprema de Justicia, se puede inferir que no hay un criterio único ni certero con los casos en que esté involucrada esa sustancia.

3.4 Distintos Tipos de Tratamientos para Rehabilitación de Adictos

Según el Comité de Expertos de la OMS en [Fármacodependencia](#) (2003), el término *tratamiento* se aplica al proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro [servicio](#) comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más acentuado posible. Para tratar efectivamente a esos pacientes es necesario un equipo que reúna a profesionales de distintas áreas (psicólogos, médicos, neurólogos, psiquiatras, etc.).

Así mismo, entendiendo que para considerar a una persona adicta hay que tener en cuenta la frecuencia, la cronicidad y la vulnerabilidad preexistente, la indicación de un determinado tratamiento y no de otro se seleccionará de acuerdo a la sustancia que utilice el paciente, la pauta de consumo, las características individuales del adicto y el sistema de apoyo social con el que cuente (Goti, 1990).

Como el tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo o relacionadas con éste (SEDRONAR, 2009), el abordaje terapéutico del paciente deberá ser integral, sin dejar de lado su contexto social (redes de familiares, laborales y/o amigos) y mediante distintos procesos que pueden comprender desde la desintoxicación, terapia de sustitución y [mantenimiento](#) y/o terapias y asesoramiento psicosociales que serán seleccionados según cada caso en particular.

Así es que, tal vez, se derive a algunos pacientes a que concurran a *Comunidades Terapéuticas*, conocidas también como "granjas", por las tareas que se realizan ahí, donde casi no se utiliza medicación (Goti, 1990). En éstas los pacientes trabajan fundamentalmente en grupo, buscando que se contengan, critiquen y vean que su problemática no es única, sino que hay otras personas que atraviesan por una historia similar. Lo primordial en este tipo de tratamiento es la terapia de grupo, como también es de gran importancia la terapia familiar.

Otra modalidad de tratamiento son las *Clínicas Especializadas* en drogadicción. En un primer momento se trata de ayudar al paciente en forma ambulatoria. Si esto no da resultado se interna al paciente para poder tratarlo.

Se entiende por *Hospital de Día* a una de las modalidades posibles de tratamiento ambulatorio para rehabilitación de adicciones (Yalom, 1996), que tiene como características reglas específicas de conducta permisible, con tareas fijas

previamente organizadas y diagramadas para realizar durante el proceso. Los pacientes del SEDRONAR que concurren a Hospital de Día deben hacerlo durante la semana, de lunes a viernes, en un horario previamente establecido, por un tiempo determinado, a la institución que les asignen.

En la institución en la que se realizó la Residencia, CEG, la finalidad del tratamiento en Hospital de Día es que los pacientes adquieran habilidades sociales para su futura reinserción social, tanto en el ámbito familiar, como laboral, para lo que cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales que conducen las actividades grupales.

El objetivo fundamental de la rehabilitación consiste en fomentar que los sujetos adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía e integración social de cada caso [concreto](#). Esta integración social, afrontada con un equipo multidisciplinario de profesionales y nutrida de sus diferentes aportes teóricos, no quiere decir recuperación total, implica convivir y asumir esas deficiencias consecuentes. Todas las actividades y demás herramientas que se llevan adelante son implementadas con un fin terapéutico.

-

3.5 Diferentes Modalidades en el Proceso de Rehabilitación de Adicciones

4.5.1 El Grupo como objeto de estudio

Todo Hospital de Día funciona mediante dispositivos grupales, por lo que este TFI aborda al grupo no sólo en su perspectiva teórica, sino como herramienta del tratamiento. No obstante, es necesario conceptualizar al grupo como objeto de estudio.

La concepción de grupo como objeto de estudio de la ciencia implicó abandonar la teoría que sostenía al individuo como protagonista y reemplazarlo por la realidad del grupo en la vida social, ya que, desde todos los tiempos, donde hubo individuos, hubo grupos humanos. Éstos son los elementos principales de la organización social y constituyen el medio a través del cual se genera, por excelencia, el proceso de socialización.

La inquietud teórica sobre lo grupal debe expresarse a partir de consideraciones de naturaleza histórica y social (González, 1997). Ya Fourier, en los comienzos del XIX, consideró al hombre en esencia como un ser grupal, entendiendo que la formación de un grupo era determinada según el temperamento de quienes lo integraban (Blanchet & Trognon, 1996). El llamado padre de la sociología, Comte, formuló la idea de que la

unidad social verdadera es la familia como grupo social y que a partir de ésta se estructura la organización social.

Si bien hay múltiples autores que se mencionan como los principales antecedentes para el estudio de los grupos (Freud, Mayo, entre otros), hay consenso en considerar a Kurt Lewin el padre de la dinámica de grupos. Este autor otorgó la mayor importancia al estudio de los fenómenos psicosociales y la búsqueda por determinar leyes específicas que los regulan. En tal contexto, la perspectiva dinámica lewiniana analiza y estudia la formación, el desarrollo, los problemas, las leyes, fuerzas y relaciones de interdependencia que ocurren dentro de un grupo. Kurt Lewin, influenciado por la Gestalt, introdujo el término *dinámica de grupos*, hacia 1939, para designar la acción del grupo, considerándolo como una totalidad, es decir, como un conjunto de elementos interdependientes. En este enfoque se estudian las fuerzas que afectan la conducta del grupo, comenzando por analizar la situación grupal como un todo.

La perspectiva dinámica estudiaba experimentalmente los grupos, abordándolos sin incluir su historia, es decir como una interacción en el aquí y ahora.

Perspectivas más actuales, como el cognitivismo, permiten estudiar los grupos sin que las personas interactúen cara a cara, porque entienden la cohesión como identidad social a partir del concepto de categoría (González, 1997).

El cognitivismo social ha posibilitado que la psicología de los grupos y la psicología social se desmarquen. Desde sus inicios, la psicología social se ha ocupado de los procesos interpersonales e intrasociales y, paulatinamente, el desarrollo de la psicología social incluyó a la de los grupos, descubriendo de este modo nuevos niveles de análisis entre los niveles “inter-personal” e “inter-societal”.

Según González (1997), tomando en cuenta los aportes de Tajfel y Turner, hay dos niveles que son propios de la Psicología de los grupos:

- Nivel Intra-Grupal o endogrupo: se caracteriza por el análisis de la interacción entre individuos que pertenecen a un mismo grupo.
- Nivel Inter-Grupal o exogrupo: se caracteriza por el análisis de la interacción entre individuos pertenecientes a distintos grupos.

Desde este enfoque cognitivo, en las relaciones intragrupalas prevalece el favoritismo, mientras que en las intergrupales prevalece la hostilidad.

Más allá de las diferencias, hay acuerdo entre distintas perspectivas teóricas respecto de que el grupo cumple una de las funciones básicas como elemento mediador

entre el individuo y la sociedad global a la que pertenece, convirtiéndose así en la fuente principal de creación de valores y actitudes, siendo también un campo propicio para el aprendizaje de roles y conductas.

Queda claro que el estudio de los grupos en los inicios no fue fácil, por lo que su abordaje, sustento teórico, nociones básicas y ámbito de aplicación sigue desarrollándose en la actualidad, ya que persiste todavía cierta confusión teórica sobre lo que se considera relación interpersonal e inter-grupal, por lo que su estudio se ha llevado adelante desde muy distintas disciplinas que, hasta el momento, afortunadamente, continúan estudiando la psicología de los grupos; siendo paradójicamente numerosos los puntos de contacto entre las distintas orientaciones.

Entonces ¿qué es un grupo? Hay distintas orientaciones teóricas, así como múltiples definiciones acerca de los grupos, las que se basan en distintos criterios, tales como: la identidad social, la interacción, la interdependencia (Gil Rodríguez & Alcover de la Hera, 1999).

Otras perspectivas teóricas de uso frecuente en nuestro país, como el psicoanálisis otorgan una importancia crucial a la dimensión diacrónica, a diferencia de las teorías hasta ahora mencionadas.

Para este trabajo se presenta la definición de un psicoanalista argentino que hizo escuela en el campo del estudio de los grupos. Para Pichon-Rivière (1985), el grupo es un conjunto restringido de personas que interactúan a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles, ligadas en un mismo contexto temporo-espacial, articuladas en su mutua representación interna (tienen conciencia de pertenencia que les permite operar como un todo sobre el ambiente), que comparten normas y necesidades comunes y que se proponen, de forma explícita o implícita, lograr un objetivo o tarea en común.

Puede inferirse entonces que el individuo desde su nacimiento se ve inmerso en un grupo al cual pertenece y, a su vez, a medida que va creciendo, irá perteneciendo a otros grupos, no obstante son las primeras relaciones vinculares las que resultarán modeladoras de los posteriores vínculos. Es a partir de la interacción concreta entre individuos que se determinará cuál es el carácter de dicha relación y cómo se estructurará de acuerdo a los niveles adoptados.

3.5.2 Características de los Grupos

El sujeto está en un grupo porque es un ser social. Formará parte de distintos grupos ante la necesidad de sentirse seguro y protegido, o por tener sentimientos de respeto y admiración hacia otro, por miedo a enfrentar responsabilidades solo, por pensar que debe coincidir ideológicamente con otras personas, o por buscar satisfacer ciertas necesidades que logrará mejor perteneciendo a un grupo y porque tiene algo que aportar.

La mayoría de los autores consultados, entre ellos Burin, Karl y Levin (1995), sostienen que el grupo no es sólo la reunión de cierto número de personas, sino que se requiere de su interacción, de que en su actuar se generen:

- Sentimientos y emociones: no determinadas desde el comienzo de la relación entre las personas, sino que resultan de la interacción que irá construyendo una historia en común.
- Normas: todo grupo para poder funcionar deberá establecer un sistema de normas y pautas que lo regulen, ya sea para situaciones generales o particulares, pueden estar escritas, consensuadas en conversaciones entre sus miembros, pero todos deberán atenerse a ellas.
- Historia Compartida: se irá desarrollando a medida que el grupo se sostenga en el tiempo.
- Pertenencia: los miembros del grupo comparten un sentimiento de lealtad y pertenencia hacia el grupo, avalando las normas internas establecidas entre ellos y sintiendo que forman parte del grupo.
- Identidad grupal: cada individuo que conforma el grupo lo siente y ve como una totalidad.
- Objetivo en común y metas del grupo: todo grupo debe tener claro cuáles son los objetivos que tratan de responder a problemas que están viviendo y que quieren resolver, generándose así necesidades comunes y compartidas.
- Ideología: el grupo sostiene una ideología con sus interacciones y tendrá un marco de valores propio para lograr los objetivos que se ha propuesto. La ideología se verá reflejada en los actos cotidianos que el grupo realice y en las decisiones que tome.
- Las funciones y los roles: dentro del grupo es posible observar distintos roles y funciones que asumen sus miembros, necesarios para la distribución de actividades y responsabilidades

3.5.3 Funciones de los Grupos

Los grupos, sea cual fuere la definición o categoría dentro de la que se ubiquen, siempre tendrán el rol de capacitador del individuo y de mediador entre éste y la sociedad. Si bien hay grupos a los cuales desde nuestro nacimiento pertenecemos -como el grupo familiar- a lo largo de la vida, cada sujeto será miembro de varios grupos, y, a su vez, dentro de cada uno de ellos desempeñará un rol determinado con el que deberá desenvolverse dada la situación en la que se encuentre. O sea, cada miembro de una unidad social, cualquiera sea la ubicación en la totalidad de la sociedad, tiene uno o más papeles que jugar. Existen roles que están así limitados a un margen de situaciones como los de hijo, padre, en los que sus obligaciones están definidas, pero los individuos tienen la libertad para interpretar sus roles según su propio criterio. La ley y las costumbres han definido a los individuos como portadores de derechos y obligaciones para los que se requerirán roles específicos que interpretar en función del contexto.

La estructura y función de un grupo cualquiera está dada por el interjuego permanente de mecanismos de asunción y adjudicación de roles. Así mismo puede decirse que, a partir de este intercambio entre participantes y de la interacción que denota las relaciones interpersonales, se establecerán e irán surgiendo las normas para que el grupo funcione. Las normas conforman marcos de referencia. Para Sherif (1935), este encuadre tiene un doble carácter: funciona como valores que orientan la acción del individuo y favorece a la comparación, ya que suministran una estructura con respecto a la cual el individuo puede evaluarse a sí mismo en relación a los demás. En el pequeño grupo, por la interacción recurrente y la acción que se prolonga durante un cierto lapso, surgen normas entre los miembros del grupo, las que les permiten prever, comprender y ubicarse frente a la conducta de los otros. Estas normas pueden ser implícitas o explícitas. A partir de su emergencia se va estructurando el marco de referencia grupal que actúa como regulador de la conducta de los individuos dentro del grupo. En el concepto de cohesión se conjugan dos conceptos básicos: el concepto de rol y el de pertenencia, resultando así que el rol denota una función especializada y la noción de pertenencia incluiría la adhesión a normas y valores del grupo (Gil Rodríguez & Alcover de la Hera, 1991).

En todo grupo, tanto primario como secundario (Anzieu & Martin, 1997), se presenta una estructura o red de relaciones afectivas complejas donde se halla inmerso el individuo y es dentro del grupo familiar que el niño va internalizando las actitudes de

los otros mediante su capacidad de asumir el rol del otro. En ese proceso, los objetos de las actitudes del niño no son únicamente los objetos exteriores, sino también él mismo, como internalizador y asumidor de roles. Sostiene Mead (1934) que es a través de este desarrollo que el individuo cobra conciencia de sí mismo como una identidad distinta.

Resultado de esta interacción del individuo con su grupo es que va adquiriendo e interiorizando valores y roles que luego pondrá en práctica en su vida cotidiana. Se muestra de este modo que el individuo está inmerso en una sociedad previo a su nacimiento e, inmediatamente después, el niño se encuentra en un universo no diferenciado al que se denominará Matriz de la Identidad. Para Moreno (1974) se podría considerar a los roles como el lugar de donde emergen en fases graduales el yo y sus ramificaciones.

¿Que es un rol? Según Pichón-Rivière (1985), rol es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros.

Al igual que sucede con el concepto de grupo, dependerá de la orientación teórica que se considere como referencia la que definirá lo que el rol es. La propuesta de la corriente sociométrica, plasmada en la obra de Moreno (1974), muestra la preocupación por los problemas de la socialización del ser humano, de ahí que se haya dedicado no sólo a teorizar sino también a crear instrumentos, como los test sociométricos, o crear modelos terapéuticos como el psicodrama que favorezcan y faciliten el aprendizaje de las actitudes sociales. Por lo tanto, será inviable pensar en este autor sin considerar el concepto psiquiátrico de rol, forma de funcionamiento que asume un individuo en el momento específico en que reacciona ante una situación específica en la que están involucrados otras personas u objetos. Moreno (1974) afirma que los roles son cual embriones del yo, o los precursores del yo, y tienden a agruparse y unificarse. Todo individuo desarrolla roles diferentes en los que actuar, y están presentes en él en distintas fases del desarrollo. Serían la forma tangible y actual con que se expresa el sujeto y que se llama personalidad o carácter; en otras palabras, la cristalización del modo de responder de un sujeto a las situaciones vitales por las que ha pasado, por ejemplo: sujeto que duerme, que come, que es hijo, esposo, padre, etc., quedando distinguidos así los roles psicósomáticos o fisiológicos de los psicológicos o, inclusive, los psicodramáticos.

Se puede considerar, desde el punto de vista que se estuvo exponiendo, que los roles y sus interacciones son los hechos más significativos dentro de las distintas

culturas, ya que la función fundamental del rol es la de internalizarse en el inconsciente desde las estructuras sociales para, de este modo, ordenarle y darle forma.

Benne y Sheats (1948) diferencian de manera operacional a los roles que poseen los individuos de un grupo en relación a las funciones que en él asumen; los categorizan según funcionales o disfuncionales:

- Roles centrados en la tarea: relacionados a los mecanismos de progresión e intervinientes en las tareas colectivas. Apuntan a facilitar y coordinar el esfuerzo del grupo en cuanto a la definición de sus objetivos y en cuanto a los medios para alcanzarlos (rol funcional)
- Roles de conservación de cohesión: éstos están vinculados a los mecanismos de mantenimiento. Son aquellos desempeñados por miembros del grupo preocupados por aspectos socioafectivos, tienden a mantener la moral del grupo, reduciendo los conflictos interpersonales y asegurando la expresión y seguridad de cada miembro (rol funcional)
- Roles individuales: están ligados a la búsqueda de satisfacciones personales que actúan como obstáculos para la progresión y mantenimiento del grupo (rol disfuncional)

Ya se ha mencionado que el abordaje teórico y práctico que otorga mucha importancia al concepto de rol es el propuesto por Pichon Rivière (1985) creador de un dispositivo grupal denominado grupo operativo, que tiene como finalidad enseñar a sus miembros a pensar y a resolver las dificultades que se presenten en situación y frente a una tarea.

Necesariamente, para aprender a pensar, el individuo necesita del otro, ora con su presencia, su [discurso](#), su [diálogo](#) u otras formas de expresión posibles. Pensar siempre es pensar en grupo. Pero, para que un grupo pueda llevar a cabo la tarea, los roles deben ser móviles, si ocurre lo contrario y, en consecuencia, éstos se estancan, pueden llevar al fracaso. El grupo operativo pichoniano no es necesariamente grupo terapéutico, a la vez que un grupo trabaje en torno a una tarea no significa que lo haga al modo operativo. Así, el grupo de pacientes en situación de rehabilitación que se estudia en este TFI, de acuerdo al [marco teórico](#) de la [psicología](#) de los grupos, no lograría acoplarse al constructo de *grupo operativo*, dispositivo nodal dentro de la estructura teórica formulada por este autor.

Sin embargo, muchos de los conceptos pichonianos resultan de interés en el presente TFI, por ejemplo, el concepto se denomina rol, es decir el desempeño de una

persona en una situación dada, la manera en que una persona demuestra lo que se espera de su posición. El rol es el papel que debe representarse, un [modelo](#) organizado de [conducta](#), relativo a una cierta posición del individuo en una [red](#) de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros. La estructura y dinámica de un grupo estarán dadas por un interjuego de mecanismos de adjudicación y asunción de roles, los que deberán ser rotativos y complementarios para evitar el congelamiento en un rol fijo. Según Robertazzi (2001) el desempeño de un rol, dependerá del estilo de quien lo encarna al ocuparlo, como así también de la historia del sujeto y de la situación en la que tal rol se torna necesario para el grupo.

De este modo quedan delimitados distintos roles dentro de la teoría pichoniana, siendo todos indispensables dentro del proceso grupal, pues de las relaciones de oposición surgen las síntesis; los 4 principales y en los que se basará el presente trabajo son:

- Portavoz: hace referencia al miembro que manifiesta el acontecer grupal, las fantasías que lo mueven, las ansiedades y necesidades de la totalidad del grupo. Pero el portavoz habla por todos, no por sí; en este rol se conjugan lo que se denomina verticalidad y horizontalidad grupal. Todo portavoz es un emergente, aunque no todo emergente es un portavoz.
- Líder: es aquel individuo que asume implícitamente [la organización](#) de las tareas con el fin de alcanzar un objetivo determinado, convirtiéndose así en el líder del grupo, característica fundamental del grupo que opera centrado en una tarea. En este rol son depositados solamente aspectos positivos por parte de los miembros del grupo.
- Chivo Emisario: opuestamente al rol previamente mencionado, éste se hace depositario de los aspectos negativos o atemorizantes de la tarea o del grupo. Esto hace posible que aparezcan entonces mecanismos de segregación del grupo que, a su vez, tutelan el liderazgo.
- Saboteador: es aquel miembro que se ocupa de dificultar el cambio y también el desarrollo de la tarea; éste excluye el abordaje de la tarea por miedos básicos.

Pueden mencionarse otros roles por su utilidad para estudiar el grupo de pacientes adictos que aborda este TFI y que son ejecutados por los profesionales que realizan el tratamiento grupal:

- Coordinador: su tarea radica en ayudar a los miembros del grupo a pensar, un compensador, alguien que debe intentar crear, mantener y fomentar la comunicación a través de un progreso sostenido en el tiempo donde coincidan la didáctica, el aprendizaje y la operatividad, abordando las dificultades epistemológicas a las que se enfrentan de tal modo que éste lidie con las ansiedades básicas. Hay diferentes modos de coordinar un grupo y esto depende de algunos factores tales como el estilo personal del coordinador, la actividad que el grupo tenga que llevar a cabo, como así también de los objetivos implícitos y explícitos de la institución.
- Observador: su cargo consiste en recoger todo el material expresado verbal y no-verbalmente en el grupo, quien, en general, no participa del grupo y que tiene el objetivo de ayudar al coordinador en el desarrollo de su conducción, reajustando el empleo de determinadas técnicas cuando fuere necesario.

3.5.4 Grupos en el contexto clínico

Se deduce de lo previamente expuesto que son vastas las teorías que han abordado la temática grupal, por lo que resulta complejo unificar tantos conceptos en un único autor representativo o en un único enfoque (González, 1997).

En el ámbito de la clínica, se podría mencionar que uno de los primeros intentos de utilización de los grupos con fines terapéuticos se debe al doctor Joseph Pratt, en 1905, quien aplicó por primera vez esta modalidad en el tratamiento de pacientes tuberculosos (Morgan et al, 1977).

A pesar de las disidencias respecto del modelo de ciencia de la época, fue Jacob-Lévi Moreno quien tuvo el mérito de nombrar inicialmente la psicoterapia de grupo. También fue quien creó el psicodrama, en 1923, en Viena, es decir una psicoterapia de los conflictos interpersonales en el seno de la pareja y de las familias por medio de la improvisación dramática con la ayuda de auxiliares y gracias a la catarsis de los afectos reprimidos (Anzieu & Martin, 1997). También este pionero hizo importantes aportes al estudio de los grupos en general, ya que dedicó su vida al estudio de los mismos, aportando importantes conceptos teóricos, herramientas metodológicas y prácticas de intervención, creando de ese modo un pensamiento propio dentro de la psicología de los grupos, la *orientación sociométrica*. Para el creador del psicodrama la actividad de los seres humanos es lo que puede regularse para superar sus conflictos internos.

El punto de vista moreniano se construye por oposición al enfoque psicoanalítico para el estudio de los grupos, siendo Sigmund Freud su principal opositor. Si bien, se considera que fue el padre del psicoanálisis el creador de la orientación psicoanalítica, cabe consignar que este último nunca trabajó con grupos, sino que hizo importantísimos aportes teóricos a partir de su práctica clínica y ofreció una rica conceptualización sobre los estudios de masas (Freud, 1921).

Ya, específicamente, trabajando de modo directo con grupos desde el punto de vista psicoanalítico, Bion (1948), influenciado por los modelos teóricos de Freud y Klein, y, basándose en sus observaciones y trabajos acerca del funcionamiento del grupo y sus integrantes, propuso el concepto de *mentalidad de grupo*, en la cual todos los integrantes contribuyen de forma anónima e inconsciente. El grupo funciona como una unidad, a pesar de que sus miembros no se lo propongan ni sean conscientes de ello. La mentalidad de grupo se expresa a través del sentimiento, idea o fantasía de que el grupo pide algo, exige algo, obliga, y que está formada por la opinión, voluntad o deseo unánime del grupo en un momento dado. Es un algo no explícito, sino implícito en la relación grupal. Es una construcción anónima de una estructura inconsciente que determina al integrante que la constituye, quien no puede evitar entrar en ella. Siguiendo el pensamiento del citado autor, una de las funciones que posee la mentalidad de grupo es la *cultura de grupo*, es decir la estructura adquirida en un momento dado para lograr las tareas que el grupo se propone, así como también la organización que adopta para su realización.

Una diferencia fundamental entre la clínica psicoanalítica y las otras clínicas posibles es que el grupo siempre es analizado en dos dimensiones: la manifiesta y la latente. En Bion (1948) se trata del grupo de trabajo (proceso secundario de pensamiento) y el grupo de supuesto básico (proceso primario de pensamiento).

La experiencia grupal por sí misma resulta una puesta en práctica de cómo se desenvuelven los miembros en la sociedad en la que viven, un reflejo de su comportamiento dentro y fuera de la misma. “El comportamiento social exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo también resultará adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo” (Yalom, 1996, p. 31).

3.5.5 El grupo aplicado a tratamiento de rehabilitación

Dentro de la terapia de grupo hay muchas variables que deberán ser consideradas para poder trabajar en el proceso de rehabilitación del paciente, siendo una

de éstas la realidad y diagnóstico clínico de cada uno de sus miembros. El grupo estará regido según objetivos por concretar, que, además, utilizará determinadas herramientas y técnicas mientras busca alcanzar sus metas y funcionará para sus participantes como un soporte en su día a día, nutriéndose y apoyándose en el mismo.

Según la distinción propuesta por Yalom (1996), puede clasificarse a los pacientes de un grupo según si su tratamiento es de modalidad externa, como en el Hospital de Día en el que se realizó la práctica, o de internación.

La terapia de grupo para pacientes externos, a su vez, puede cumplir con un fin específico, como ser:

- Grupo de orientación conductual y educativa: centrados en efectuar cambios en el patrón conductual, pudiendo utilizar, de modo explícito o no, estrategias específicas de la terapia conductual o cognitiva per se que comparten también metas similares para fomentar el cambio del comportamiento inadaptado del paciente. Se basan en un alto grado de cohesión, universalidad y transmisión de información.
- Grupo de apoyo: se caracterizan por su lucha contra un problema puntual que todos sus miembros aceptan y comparten como común denominador entre ellos. Se usa aquí también esta similitud que padecen sus integrantes para promover una sensación de universalidad y cohesión. Las personas se identifican entre sí por encontrarse en una misma circunstancia vital, pudiendo así comunicar sus experiencias, sentimientos y pensamientos.
- Grupo de rehabilitación y mantenimiento propiamente dicho: desempeñan dos funciones concretas: por un lado, dan un alojamiento transitorio a los pacientes en proceso de rehabilitación y, por otro lado, proporcionan un marco de tratamiento en curso, estable, estructurado. Dentro de éstos, los individuos pasan el día en un determinado lugar, con un programa de tratamiento estructurado global con deberes y actividades organizadas, acatando normas y reglas. La meta general de este tipo de grupo es la reinserción social para que los pacientes puedan en un futuro actuar en la vida real conviviendo con su enfermedad. El autor distingue a su vez entre dos categorías generales de pacientes: aquellos que están iniciando su tratamiento (comienza junto con este proceso el período de abstinencia) y los que se encuentran en curso de recuperación (ya han pasado el período de abstinencia y deben mantenerse fuera del consumo).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudio

Según la clasificación propuesta por Sampieri (1997), el presente Trabajo Final de Integración consiste en un estudio de tipo descriptivo, ya que pretende especificar las propiedades importantes de algún fenómeno sometido a análisis, en este caso puntualmente: cuáles son las características que adquiere el tratamiento psicoterapéutico grupal en el contexto del Hospital de Día para pacientes adictos, siendo este evento desglosado en sus distintos componentes, para así, a través de la observación, describir las variables que lo integran: legislación que rige los tratamientos de rehabilitación; intervención gubernamental; fortalezas y debilidades de la atención psicoterapéutica grupal a través del Hospital de Día; psicoterapia de grupo: asunción y adjudicación de roles, puntualmente tomando, a modo de ejemplo, el caso de una paciente integrante del grupo.

4.2 Protagonistas

La protagonista principal es una paciente que concurre a un Hospital de Día , para realizar allí su tratamiento de rehabilitación por el consumo de drogas. Sin embargo, el caso seleccionado se hace comprensible en el contexto grupal de la internación parcial.

El Hospital de Día funciona para los pacientes derivados por la SEDRONAR . El grupo, en el momento de la práctica, estaba conformado por cinco individuos de sexo masculino, de los cuales dos de ellos eran adolescentes de 18 y 19 años respectivamente, dos pacientes adultos jóvenes de 29 y 32 años y un geronte de 70 años que, como ya había concluido su tratamiento, no tenía subvención del gobierno, pero, a modo de mantenimiento, seguía asistiendo al C a diario. La misma situación era la de una paciente de 43 años que siguió yendo al grupo, sólo cuando necesitaba medicación o para llevar a su hijo a la asistencia psicológica que se le brindaba gratuitamente. Finalmente, la única participante mujer que estaba subvencionada por la SEDRONAR para realizar su tratamiento era la paciente P, de 31 años. Excepto un paciente que vivía en la CABA, el resto tenían su domicilio en la Provincia de Buenos Aires.

Si bien se entiende que el grupo es mixto, se tomará a la paciente P como caso del presente trabajo por ser la única mujer que asistía diariamente a tratamiento,

considerándola el eje del grupo para así analizar la dinámica grupal y el desempeño de los diferentes roles a lo largo del proceso de rehabilitación.

4.3 Técnicas

La técnica principal fue la observación del proceso grupal, tales observaciones dieron lugar a un registro mediante crónicas recolectadas en las horas de residencia. En ocasiones, durante la práctica, la autora de este TFI fue designada institucionalmente como observadora de la psicoterapia grupal. En las sesiones en que otras personas oficiaron de observadores, pudo igualmente tomarse notas del acontecer grupal.

La observación se complementó con el análisis de la historia clínica de la paciente (fuente secundaria).

4.4 Procedimiento

Se observaron durante 3 meses todas las actividades y talleres que se desarrollaron en el tratamiento de rehabilitación grupal, haciendo puntualmente foco en el proceso de la paciente P. Se siguió un registro de las tareas que ella llevó adelante y se atendió a cuáles fueron las repercusiones que tuvieron en la paciente y también dentro del contexto grupal.

Se analizó la historia clínica de la paciente durante la residencia, como así también se participó de las reuniones del equipo de profesionales que integraban el equipo del Hospital de Día.

En función de criterios éticos se omiten los nombres de los pacientes, los que solo serán identificados por su sexo y edad. A los efectos de este estudio, no resulta relevante conocer sus nombres reales.

5. RESULTADOS: LA INSTITUCIÓN, EL HOSPITAL DE DÍA, EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL Y EL CASO DE LA PACIENTE P

5.1 La institución: (C)

El proceso de rehabilitación de personas adictas (como es el caso que aborda este TFI) es una situación compleja que debe contemplar las distintas situaciones y necesidades de la vida de cada individuo en particular, pero que, a su vez, debe ser un

tratamiento integral, por lo que se debe contar no sólo con el compromiso del paciente que lo esté llevando adelante sino también con el de sus familias y el de los profesionales que los ayudarán y guiarán en el día a día. El tratamiento, de este modo abordado, consiste en una serie de intervenciones estructuradas de ayuda al adicto, conformando una red amplia de trabajo y con la cual se debe contar en su totalidad para que el tratamiento resulte exitoso.

Dado lo excesivamente caro que resulta realizar un tratamiento de rehabilitación de adicciones de forma privada, son muy pocos los individuos que pueden hacerlo y, aun así, contemplando que los trastornos por consumo de sustancias tienen un carácter recurrente, con mucha frecuencia, los usuarios de los servicios de salud regresan una y otra vez por el trastorno adictivo, ya sea por su cronicidad o por las complicaciones colaterales que implica.

Amparados en la ley 23.737 que rige dentro del territorio argentino, se infiere que el bien jurídico por excelencia que se debe proteger es la salud pública y es a partir de esta misma norma que se desprende el modo en que actuará el Estado en aquellos casos en que fuere necesaria su intervención; entendiendo que todo proceso comienza con el pedido de ayuda de un individuo a algún servicio de salud y luego continúa con una sucesión de intervenciones concretas buscando alcanzar el mayor nivel de salud y bienestar posible de todos los individuos. Así, el SEDRONAR comenzará a participar en nombre del Estado para procurar que se concrete lo propuesto por la mencionada ley. Casi todos los individuos que participaron del grupo analizado fueron enviados por un juez a realizar el proceso rehabilitatorio por tener un trastorno relacionado con sustancias y, además, como la mayoría delinqué, para evitar ir a la cárcel.

Como se dijo anteriormente, es a partir de esta misma ordenanza que se determina una lista de instituciones a las cuales se podrá derivar a aquellos individuos con problemas adictivos; tales instituciones son evaluadas mensualmente por auditores del SEDRONAR, pero no son demasiadas y, consecuentemente con esta situación, la población que participa de estos tratamientos subvencionados por el gobierno termina siendo un círculo bastante reducido de personas en el cual todos se conocen, por haber pertenecido o realizado previamente en otra institución algún tipo de tratamiento de rehabilitación.

Es dentro de esta lista que se encuentra el Centro (C) y en donde tuvo lugar la residencia de la cual proviene el presente Trabajo Final de Integración. Durante un periodo de 3 meses, se pudo observar cómo se desarrolló el proceso de rehabilitación de un grupo de pacientes derivados por SEDRONAR al C.

Si bien la selección de los pacientes que integrarán el grupo de rehabilitación en un primer momento dependía de la intervención y evaluación que realizara el SEDRONAR, quien diagnosticara a todos ellos como farmacodependientes, ya sea abusadores y/o dependientes de sustancias, es pertinente hacer en este punto una distinción entre:

- Pacientes duales: donde existe otra enfermedad emocional que puede aparecer como un padecimiento primario o secundario al uso, abuso o dependencia de sustancias. Por ejemplo: un paciente con esquizofrenia o un trastorno de ansiedad o personalidad que abusa de alguna sustancia psicoactiva. Es necesario en este caso tratar ambos padecimientos.
- Pacientes con trastorno relacionado con sustancias como diagnóstico único: donde el uso de una o varias sustancias es el padecimiento primario. Por ejemplo: abuso o dependencia de cocaína o heroína (Goti, 1990)

Si bien la rehabilitación es la piedra angular para estructurar el grupo, y considerando esta categorización dentro de los tipos de pacientes que podrían ser parte de un tratamiento de rehabilitación, para el caso que concierne, el grupo del C estaba compuesto por pacientes duales, exceptuando a uno; se podía ver cómo convivía la toxicomanía con problemas alimenticios, con depresiones, cardiopatías, trastorno Borderline, entre otros.

5.2. El Hospital de Día

La SEDRONAR envía a los pacientes a realizar un tratamiento de tipo ambulatorio, aunque de internación parcial, como lo es el Hospital de Día, en el cual el escenario donde tiene lugar el grupo es siempre el mismo, con un horario también estable y con tareas fijas previamente diagramadas para realizar diariamente durante el tratamiento. La conducta de la institución para con los pacientes, cuando participan de un hospital de día o de una internación parcial, es más permisible que la sugerida para las internaciones, ya que su fin es la reinserción social a través de la práctica de habilidades sociales y no la desintoxicación.

En cuanto a la realización de las actividades programadas dentro del tratamiento, el grupo contaba con módulos donde distintos profesionales llevaban adelante sus propuestas de trabajo buscando orientar, complementar y abordar todos los ámbitos

posibles de la vida de los pacientes, para que ellos logaran una satisfactoria recuperación y reinserción social.

El cronograma de actividades del dispositivo terapéutico implicaba una serie de actividades fijas. De lunes a viernes, tenían, al menos, dos horas de psicoterapia de grupo, aunque no siempre era el mismo psicólogo quien estaba a cargo, ni todo el equipo profesional conducía el tratamiento desde el mismo marco teórico, pero siempre se apuntaba a tratar temas concernientes a las adicciones y problemas personales que demandaran un pronto tratamiento. Una vez a la semana, los miembros del grupo tenían un terapeuta en un espacio individual y, también, una vez a la semana, debían de realizarse controles con una médica clínica y con el médico psiquiatra, quien lo requiera.

La terapia familiar tenía lugar todos los viernes a la tarde; esta otra modalidad de psicoterapia siempre fue una experiencia única y particularmente rica en cuanto a lo que aportaba a los pacientes pero, no siempre se contaba con familiares de todos los integrantes, lo que marcaba diferencias entre ellos. El soporte familiar, como se mencionó previamente, era algo fundamental para ellos y podría considerarse el tercer elemento que influía en el tratamiento, junto con la institución y el grupo. Sin la ayuda de las redes sociales de los miembros del grupo, la tarea se volvía difícil de sobrellevar y se experimentaba como un problema más por resolver. Para el caso de la paciente P., que se desarrolla más adelante, esta situación era particularmente problemática: se sentía sola, no se podía contar con su entorno ni familia como herramienta de soporte para la rehabilitación.

Por otro lado, desde el espacio que tenía la Terapia Ocupacional se intentaba armar alguna salida laboral para los pacientes según sus estudios, oficios o preferencias; se los ayudaba a armar curriculum vitae, se hacían trabajos para organizaciones o instituciones remunerados para los pacientes, intentando incorporar en ellos el valor del trabajo y del dinero, ya que casi todos solían delinquir, robar, pedir dinero en las calles, vender sus pertenencias, o prostituirse como un camino accesible y fácil para obtener los medios para el consumo.

Así mismo, en el Hospital de Día, el grupo tenía gimnasia dos veces por semana; las actividades se realizaban dentro y fuera de la institución; hacían actividades físicas en distintas plazas cercanas al C. Se sabe que el deporte genera endorfinas en el cuerpo de quien lo realiza, lo que tiene por resultado el bienestar físico y psicológico de la persona. Como se verá, en el caso de la paciente P, quien había iniciado la carrera de

profesorado de gimnasia, disfrutaba mucho de estos días y participaba no sólo como paciente, sino que se le pedía también que sugiriera rutinas para hacer durante este módulo, cuestión que la motivaba a ella para practicar y simular su rol de profesora para futuros trabajos y en la culminación de su carrera.

Para desarrollar su creatividad y su recreación se contaba con un módulo de música terapia, módulo que les gustaba mucho, ya que cantaban o armaban letras de canciones y se divertían sacando un poco la tensión dada la problemática que los aquejaba. Era un tema importante aquí a destacar la elección de las canciones con las que se trabajaba, en la mayoría de los centros de rehabilitación algunos grupos musicales, bandas o músicos estaban prohibidos y no podían escucharse, ya que generaban en los pacientes recuerdos de situaciones de consumo, sea por las letras apolíticas a las drogas o por sentirse nuevamente parte de un grupo determinado de fans que tenían como costumbre el consumo: craving. P nunca sintió esa conexión con ninguna banda en particular, coma pero sí se le generaban recuerdos amorosos que solían ponerla muy triste y resultaban siendo disparadores para sus recaídas buscando llenar sus momentos de soledad y vacío.

En una oportunidad, durante un mes, se contó con un guitarrista que venía de SEDRONAR para trabajar con los pacientes; traía diferentes instrumentos musicales con los que ellos participaban cuando cantaban. El objetivo era armar un grupo que para fin del año presentara un repertorio de canciones en distintas instituciones, motivando a los grupos a participar activamente de esta tarea. Nunca más apareció: una nueva frustración para el grupo, sin mayores explicaciones para los pacientes.

El arte terapia era algo que también les agradaba a los pacientes, ya que iban a museos, exposiciones de fotografía, a conocer monumentos o lugares públicos dentro de CABA, para luego realizar informes o plasmar sus emociones en dibujos o collages, produciendo obras más que significativas para quienes las hacían y expresando mucho a través de los colores, los dibujos, las formas, cuya elección originaba debates y charlas acerca de la vida de cada uno, lo que finalmente resultaba un medio para conocerse más, o tan solo para hablar temas que no se animaban, o se negaban a decir en una terapia puramente verbal.

La preparación del almuerzo fue una ocupación que el grupo tuvo durante los primeros dos meses en los que fue observado, siendo la elección de la dieta diaria, la compra y su preparación algo que pasó a ocupar un lugar importante durante el tratamiento cotidiano de los pacientes, ya que ese quehacer, organizativo y manual, los

relajaba y les gustaba mucho; es decir que formaba parte de la recreación del día. Después del tiempo mencionado, una nueva normativa del SEDRONAR cambió esta dinámica, quitándole al grupo esta actividad que tanto les gustaba por cuestiones de seguridad.

5.3. El Grupo Psicoterapéutico

Siendo el grupo concepto nodal y la herramienta para el abordaje terapéutico, se distingue una vez más que el grupo en el que se desarrolló la pasantía era un grupo de trabajo dentro del cual sus miembros tenían tareas que realizar, objetivos que cumplir y un tratamiento que consumir. La conformación de un grupo no es tarea sencilla pero, dado nuestro caso particular, su conformación tuvo como característica común de todos sus miembros la adicción. A medida que se va incorporando o despidiendo gente al mismo, se van procurando determinadas dinámicas específicas que le darán una estructura definida; la asunción y adjudicación de roles a sus miembros son indispensables para la supervivencia del grupo, los roles emergen del mismo funcionamiento de éste y, como previamente se mencionó, serán interpretados según características personales de cada uno. De este modo, se podrá ir viendo cómo los individuos, a medida que entren en confianza, comenzarán a desenvolverse naturalmente dentro del grupo, repitiendo su conducta fuera de éste.

Todos estos rasgos de la personalidad de cada paciente en particular acaban por salir a la superficie, lenta pero visiblemente; la patología interpersonal de cada individuo se exhibe dentro de los límites del grupo ante el resto de sus miembros: la arrogancia, la impaciencia, el narcisismo, el orgullo, la sexualidad (Yalom, 1996). Es de este modo que se verá cómo todos estos elementos se conjugan dentro del funcionamiento de cualquier grupo, y se apreciará también el conflicto emergente y el modo en que el grupo encarará su resolución. Muchas veces el proceso se verá interrumpido por la dificultad o resistencia de sus miembros ante los cambios. En este caso especial, el cambio significaría la cura, el lograr una rehabilitación tal que le permitiera al individuo volver a funcionar dentro de la sociedad.

La dinámica grupal siempre fue más que rica para sus integrantes y para la observación. Por lo tanto, fue, después de un tiempo, fácil comprender e identificar la convivencia y el crecimiento del grupo. De lo expuesto hasta el momento se puede inferir que es notorio el modo en que se muestra el nivel intra-grupal en contraposición al inter-grupal, ya que todos los pacientes del C se sintieron parte de la institución

desde el momento en que fueron derivados a allí. Era un lugar donde cada uno de los individuos encontraba asistencia no sólo profesional sino de sus compañeros en momentos de recaídas, o asistencia terapéutica específica de alguno de los profesionales que conformaron el equipo de trabajo. Era un refugio donde los pacientes podían acudir en cualquier situación o momento del día, siempre había alguien para la escucha o para el sostén.

Consecuentemente con lo que se relata, en cuanto a la identidad grupal se puede decir que sus seis miembros, mientras permanecieron en el tratamiento, se sintieron parte del grupo, teniendo siempre presente su objetivo dentro de la institución: mantenerse en la abstinencia y lograr reinsertarse en la sociedad satisfactoriamente, convirtiéndose en personas autónomas, intentando concretar sus metas personales a nivel laboral, familiar y de pareja.

A medida que transcurría el proceso terapéutico, la cohesión grupal era más fuerte y, a través de ella, se denotaban a su vez dos nociones básicas: la de rol y la de pertenencia. El primero dando una función específica de cada uno de sus miembros dentro del grupo, y el elemento de pertenencia incluiría la adhesión a las normas y valores del grupo. Si bien la pertenencia a un grupo es algo que habla sobre el favoritismo que hay entre sus miembros, quienes se eligen porque los beneficia en su vida diaria, en este grupo, particularmente, termina siendo una característica contraproducente para sus miembros ya que, después de un tiempo, terminaban sintiéndose personas institucionalizadas y atravesadas por la estigmatización por su adicción: estar en un proceso de rehabilitación muchas veces resultaba ser un problema para confiar a sus parejas, por ejemplo.

Las normas nunca fueron claras del todo, ni las provenientes del SEDRONAR, ni las del C y, mucho menos, avaladas por los pacientes. Por ejemplo: la paciente P mantuvo su consumo a escondidas de los profesionales, aunque varios miembros del grupo lo sabían y no lo contaban; ella mantuvo relaciones sexuales con todos los hombres del grupo -premisa prohibida-, excepto con un miembro que era homosexual, pero con quien, después de terminado su horario en el Hospital de Día, salían “de levante”. Este ítem terminó por ser más que un rasgo importante y determinante para sus miembros, generando incertidumbre en lo que se esperaba de ellos y abusando de la comodidad de la que gozaban en algunas situaciones. A esto debe sumarse que la normativa que llegaba de SEDRONAR cambiaba continuamente, lo que implicaba

modificaciones rotundas en muchas oportunidades, interfiriendo hasta las actividades preprogramadas que eran parte del tratamiento.

Como se dijo con anterioridad, el individuo es parte de distintos grupos a lo largo de su vida, adquiriendo diferentes roles de acuerdo a las situaciones particulares que se encuentre viviendo. Es por esto que un elemento indispensable para este tipo de pacientes y su tratamiento es el de la red social personal o red social significativa que incluye a todo aquello con lo que el sujeto interactúa.

Sluzki (1996) propone estos constructos para explicar que las fronteras del sistema significativo del individuo no se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de inserción comunitaria y prácticas sociales. La red social personal podría ser definida como la suma de todas las relaciones que el individuo percibe como significativas o como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

Considerando que el encuadre terapéutico supone que es mejor que las relaciones interpersonales estén siempre marcadas dentro del dispositivo de trabajo y no por fuera de él, a medida que transcurría el proceso, el espacio hizo que el grupo comenzara a tener una historia en común, generándose así, sentimientos y emociones compartidas; pero, como es de preveer, estas relaciones generalmente excedían los límites del tratamiento y los pacientes terminaban convirtiéndose en amigos. Muchas veces este vínculo terminaba siendo contraproducente ya que, por ejemplo: en honor a la amistad guardaban secretos sobre recaídas de alguno de los pacientes, o, si recaía uno, recaía el otro.

En el momento que inician el tratamiento, los pacientes se comprometen a cumplirlo, sometiéndose así a las reglas y particularidades propuestas por la institución y SEDRONAR, teniendo la obligación de asistir al mismo por voluntad propia. Al ser una tarea diaria que deben cumplir, comenzarán a compartir con los otros miembros no sólo las actividades programadas sino también en la terapia de grupo su historia personal y su problemática. Dado que todos los participantes del grupo se enfrentan con el mismo problema, es muy intenso y fuerte el vínculo que se genera entre ellos y, muchas veces, excede los límites mismos del establecimiento, convirtiendo sus relaciones en amistades (cosa que también sucede entre pacientes que han convivido en distintas instituciones, en otros tratamientos previos al que realizaban en el C). Se comprobó que, con el transcurso del tiempo, el grupo de SEDRONAR para sus

miembros adquirió una entidad muy significativa en sus vidas y pasó a ser parte de su red personal.

Otro elemento de la red son las familias de los pacientes que no sólo forman parte del tratamiento sino también del C, como complemento y suplemento del mismo. Muchas de las familias que cobijan a un adicto son disfuncionales. La familia se ha adaptado al trastorno, haciendo que los roles pierdan su flexibilidad y se rigidicen, provocando dificultad en la familia para enfrentarse a problemáticas o crisis que causan un gran sufrimiento. La familia no permite el crecimiento de miembro farmacodependiente, dado que reniegan de esta condición, negando la entidad que tiene el trastorno mismo (Díaz Usandivaras, 2008).

Según el citado autor, la familia del adicto se caracteriza por una falta de límites claros, ausencia de normas sociales, incongruencia en las jerarquías: los padres suelen no tener una buena relación de pareja. El drogadicto, generalmente, carece de ocupación estable definida y manifiesta riesgo de caer en la delincuencia. El grupo familiar posee ciertas pautas comunicacionales que mantienen el síntoma del adicto, lo que se verá reflejado en el comportamiento del paciente tanto dentro como fuera del grupo.

De lo observado durante la pasantía, se deduce que las familias de los pacientes no eran funcionales, los pacientes siempre manifestaron sentirse solos en sus hogares y, muchas veces, se encontraban atrapados en vínculos familiares sabotadores del tratamiento. Es claro que no es fácil abordar un tratamiento de adicción, ya que toda la red social y significativa de los individuos debe de participar de forma continua y por un largo tiempo, y, al no ser el primer proceso de rehabilitación al que asistían los miembros del grupo, las familias se mostraban cansadas de vivir esas situaciones y frustradas de no poder resolver la problemática presentada.

Consecuentemente a este planteo, se puede agregar que, en la dinámica misma que se observó durante un lapso de 3 meses en el C, un elemento comenzó a tener paulatinamente mayor importancia y que, a su vez, es inherente a la vida misma del grupo: el conflicto (Morgan et. al., 1977). El conflicto resulta ser aquello que pone en riesgo la cohesión grupal y genera situaciones críticas en algunas de las funciones del sistema, lo que, incluso, podría trastornar la identidad grupal.

Si bien hay situaciones conflictivas que dentro de la terapia grupal son incitadas por los terapeutas como herramienta del tratamiento, el origen del conflicto puede ser cualquiera, ya que a partir de la interacción grupal pueden aparecer tantas discrepancias como personas que generen un conflicto. No obstante, es posible detectar indicadores

que manifiesta el grupo cuando atraviesa un conflicto, como también aquellos que señalan cuando los conflictos no están resueltos. Algunos de los indicadores pueden ser el surgimiento de roles disfuncionales que, hasta el momento, tuvieron un rol funcional; la aparición del chivo emisario depositario de ansiedades en el grupo y emergente del conflicto; la aparición de un saboteador en el grupo; la fijeza de los roles manifiesta posibles dificultades en la interacción; aparición de grupos superpuestos o subgrupos (Pichon-Rivière, 1985; Thelen, 1964).

Concluyendo este apartado, podría decirse que los elementos que componen y forman al grupo le otorgan características específicas a medida que va desarrollándose el proceso de rehabilitación. Si bien, se aplican al caso estudiado algunos conceptos provenientes de la teoría de los grupos operativos de Pichon-Rivière (1985), no podría decirse que el modelo de funcionamiento observado en el mismo se corresponda puntualmente a ese dispositivo. Para funcionar de acuerdo con el modelo de grupo operativo hace falta que los coordinadores compartan el Esquema Conceptual, Referencial y Operativo (ECRO) pichoniano (Pichon-Rivière, op. cit.), para resolver conflictos individuales, así como los que puedan surgir a raíz de la resolución de una tarea concreta.

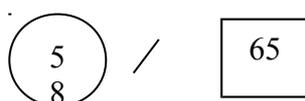
De acuerdo a Yalom (1996), el grupo estudiado en el CEG funcionaría abarcando las tres categorizaciones mencionadas, ya que, para sus integrantes, funcionaría como un apoyo, como psicoterapia y como un grupo de mantenimiento y rehabilitación.

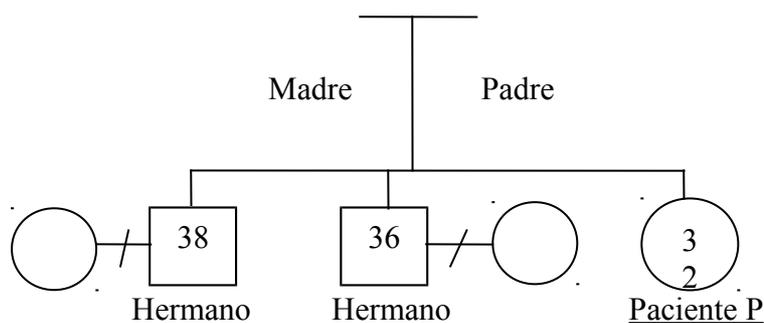
5.4. Paciente P

Dentro del grupo de rehabilitación que funciona en el C, un caso en particular es el que se analiza para el presente trabajo: el de la paciente P.

Durante el transcurso de la PPV, ella cumplió años y, dado que su conducta era peligrosa para ella y para terceros, se dio intervención a la justicia y fue derivada por un juez a realizar el tratamiento por su alcoholismo y adicción a las drogas.

. La paciente es la hija menor de 3 hermanos, vive en Prov. de Buenos Aires con sus padres. Sus dos hermanos varones mayores están casados y viven con sus respectivas familias. A continuación se expone el familiograma, un formato para dibujar un árbol familiar, mostrando la información de forma clara (Gerson & Goldrick, 1985)





A lo largo del trabajo grupal, la paciente relata que a los fue abusada por un tío y, a posteriori, por algunos compañeros de la escuela. Comenzó a consumir alcohol y cocaína. Si bien es una paciente que ha probado otras sustancias, estas dos son las que prevalecen en su consumo. Padeció de agresiones, tanto físicas como verbales, en distintos lugares y ámbitos sociales. Interrumpió dos embarazos dadas las malas relaciones con sus parejas.

Debido a que su madre padece un cuadro depresivo y consume alcohol también, nunca se contó con su presencia ni ayuda durante este proceso terapéutico de la paciente, tampoco con su padre. Con sus hermanos y sus respectivas familias ya no se frecuenta, puesto que está peleada con todos y le han prohibido participar o aparecer en los eventos familiares. En función de esta situación es que P se sintió sola en todo sentido, cuestión que le resultaba bastante difícil de afrontar y que se constituía en un inconveniente en algunos momentos del tratamiento, no beneficiando su mejoría y evolución.

P., desde el comienzo del tratamiento, fue una paciente muy prolija en lo que refiere a su asistencia, no faltó nunca, llegaba muy puntual y siempre bien dispuesta a participar de las tareas que debía realizar en grupo. Su aspecto personal era de poco cuidado y bastante deteriorado, ya que, en lo que refiere a su higiene, se podría decir que no era buena: se presentó diariamente por 3 meses con la misma ropa. En más de una oportunidad se le brindaron los medios para que se aseara en el C, debido a que apareció sucia o con golpes y con su ropa rota por maltratos, o golpes recibidos fuera del horario de rehabilitación, a causa de que, en más de una oportunidad, se prostituía o recurría a las villas para conseguir sustancias para consumir.

Durante los primeros dos meses la paciente no tomó la medicación que se le brindaba para el tratamiento y sostuvo su conducta de consumo a escondidas, también mantuvo relaciones sexuales con la mayoría de los otros pacientes, a pesar de estar prohibido en función del encuadre del tratamiento grupal.

Después de reiterados relatos sobre su supuesta abstinencia, un día, a raíz de un conflicto con otro paciente, se revela que la paciente P. no estaba logrando abandonar el consumo y que, en más de una oportunidad, habían consumido juntos. Todo esto derivó en que P. comenzó a tomar la medicación y fueron notorios los cambios beneficiosos en cuanto a su aspecto, conducta sexual y aseo personal. Se la veía más tranquila, más reflexiva, menos sensual y en paz con ella y con los otros miembros del grupo.

Ya, en el tercer mes, con la visita de un ex paciente del C ella empezó a relacionarse más íntimamente con él, y, después de varios encuentros, terminaron yéndose juntos con la idea de poder formalizar la relación. A partir de esta nueva relación, la paciente fue incitada a consumir nuevamente alcohol y, a raíz, de la no concreción de las promesas que le efectuaba su nueva pareja, cayó otra vez en el consumo, dejó de tomar su medicación y a la semana abandonó el tratamiento.

De acuerdo a la historia clínica de P., se está frente a una paciente dual, entendiendo por ese concepto que la persona, además de tener problemas de consumo, tiene una patología de base.

El diagnóstico de base que posee es el denominado Trastorno Límite de la Personalidad o *borderline*, también llamado limítrofe o fronterizo, abreviado como TLP. Es actualmente definido por el DSM-IV (*DSM-IV 301.83*) como un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por disregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas. El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación. Se incluye dentro del grupo B de trastornos de la personalidad, los llamados dramático-emocionales. Es, con mucho, el más común de los trastornos de la personalidad (DSM- IV, 2007).

El CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud tiene un diagnóstico comparable, llamado "Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable-Tipo Borderline (F60.31)". Ese diagnóstico requiere, además de los criterios generales para un trastorno de la personalidad: perturbaciones e incertidumbre sobre la autoimagen, las metas y las preferencias internas (incluida la sexual), propensión a implicarse en relaciones intensas e inestables que, en ocasiones, conducen a crisis emocionales; esfuerzos excesivos para evitar el abandono, intentos recurrentes o actos de infringirse daños a sí mismo y sentimientos crónicos de vacío (CIE-10, 2000).

Se podría inferir que su historial de consumo forma parte a su vez de la impulsividad que caracteriza a este trastorno, contemplado en el DSM IV como parte de diagnóstico. De este modo, la impulsividad se traduce en comportamientos potencialmente dañinos para sí mismo siendo, en este caso, sexo y abuso de sustancias y golpes.

La paciente P. tiene una idea paradójica del control: por una parte, siente la necesidad de sentirse controlada (desde ahí su necesidad de estar dentro de un tratamiento y sentir que se la observa o cuida en el C) y, por otro lado, reniega del control sobre ella misma, para intentar hacer su propia realidad más predecible y manejable.

Puede decirse, a modo de ejemplo, que ella suponía que controlaba el tratamiento no tomando su medicación, o imaginaba que controlaba su adicción cuando mantenía su consumo a escondidas del grupo. La búsqueda continua de manipular su entorno, ya sea como parte de su patología, o como parte de su adicción, se traduce en sus modos de armar subgrupos, y en su tendencia a generar conflictos.

La labilidad en su estado de ánimo mostraba también amenazas suicidas recurrentes, automutilación o agresiones sufridas por terceros, ira inapropiada, o poco control de la misma.

La discontinuidad repetitiva de actividades vinculadas a estudios, trabajos, o las rupturas sentimentales resulta frecuente en esta patología, mientras que una de las consecuencias de la adicción se refleja claramente en el hecho de que nunca pudo sostener ninguno de estos ítems en su vida.

5.5. La dinámica grupal y la participación de P

El grupo como tal, durante el proceso de rehabilitación, fue desenvolviéndose de modo bastante caótico, abundaban las situaciones complejas por afrontar: conflictos por resolver entre los pacientes y de ellos con sus familias o trabajos, entre otras cuestiones similares. A la vez, se evidenciaba la formación de subgrupos, la resistencia a realizar algunas actividades y tener continuidad en el tratamiento (tanto psicológico como psiquiátrico).

Debe considerarse que el rol es entendido como una herramienta capacitadora para el individuo que mediaría entre éste y la sociedad, a la vez, es gracias a los roles que desempeña que el sujeto va adquiriendo e internalizando valores, los que luego

pondrá en práctica en su vida cotidiana, aprendiendo, de ese modo, habilidades sociales que lo ayudarán a desenvolverse de un modo determinado cuando se encuentre frente a una situación específica.

Los roles son entonces dispositivos indispensables para el desarrollo de cualquier individuo dentro de cualquier ambiente en el que le toque participar, es por eso que tales roles deben de estar lo suficientemente asimilados como para ser utilizados cuando correspondiere y cambiarlos cuando no sean compatibles con alguna situación y/o vivencia. Un buen ajuste del sujeto para su desenvolvimiento en la sociedad se corresponde con la flexibilidad con la que pueda ejecutar sus roles, lo que da cuenta de las habilidades sociales pertinentes para cada momento.

En el caso particular que se está analizando, en el grupo en proceso de rehabilitación, los roles que encarnaban sus miembros, en general, permanecían rígidos, no mostraban flexibilidad, cuestión que finalmente terminaba haciendo casi imposible el éxito en el tratamiento.

La paciente P. ocupó siempre el rol de sabotadora, ya que era la que buscaba y originaba conflicto permanentemente, boicoteando tanto su tratamiento como el de los otros miembros: ella evitó tomar su medicación durante dos meses y no pudo abstenerse con el consumo; armaba subgrupos y alianzas, ya sea teniendo sexo con los hombres (con casi todos los hombres del grupo), como también teniendo encuentros con los otros pacientes fuera de la institución, las que luego terminaban como experiencias mantenidas en secreto, no compartidas con el grupo en su totalidad.

Un comportamiento similar también se veía reflejado en la familia de la paciente, a diferencia de las de los otros pacientes: podría decirse que también era un grupo familiar sabotador, ya que las pocas veces que se hizo presente telefónicamente en la institución, y ante los compañeros de tratamiento, fue para causar discordias y molestias. Así mismo, al no participar en el proceso psicoterapéutico de su hija, con su ausencia también denotaban que el tratamiento de P. no era algo valioso para ellos.

En lo que respecta a los otros compañeros de grupo, el rol de líder siempre fue encarnado por el paciente geronte que, si bien estaba dado de alta, tenía a su cargo el acompañar a los otros pacientes, aconsejarlos, cuidarlos y hablar continuamente sobre lo que era la vida sin sustancias. Se trataba de un rol asumido espontáneamente por ese paciente y validado por el equipo terapéutico. En los módulos de gimnasia este rol era encarnado por la paciente P, quien, dado que tenía algunas materias cursadas en el profesorado de gimnasia y que disfrutaba mucho de esas horas, era motivada por el

equipo terapéutico a que realizara y programara rutinas deportivas para el grupo, con el fin de que ensayara su rol de profesora y fuese adquiriendo confianza en sí misma para que, cuando tuviese alguna entrevista laboral, pudiese desenvolverse más cómoda y tranquilamente.

El rol de portavoz era encarnado por otro paciente de 29 años que, por su modo de vincularse con los conflictos, tomaba habitualmente la palabra y exigía o reclamaba todo lo que al grupo le sucedía, poniendo de manifiesto la latencia grupal.

Los conflictos en la dinámica grupal siempre estaban presentes, no sólo porque la situación de adicción era un desafío diario por enfrentar, sino también porque el consumo no cesaba entre sus integrantes, terminando, la mayoría de las veces, en la formación de subgrupos que mantenían contactos fuera del C, entre los pacientes y entre pacientes y familiares de éstos.

Los subgrupos también se constituían debido a que participaba gente externa al grupo de rehabilitación, por ejemplo: el hijo y la hija de una paciente de 45 años que acudían para almorzar o merendar, a pesar de que no correspondía. Esta trasgresión obedecía a su difícil circunstancia económica, por lo que se acercaban al centro en busca de este beneficio, al que tampoco desde la institución le daban fin. De ese modo, se generaban abusos para con la institución y demandas que no eran pertinentes pero que, por la falta de normativas claras para el funcionamiento del grupo, se sostenían en el proceso de rehabilitación y dificultaban el tratamiento de todos los miembros.

En cuanto al equipo terapéutico, el rol de coordinador siempre fue asumido y adjudicado al Director del Hospital de Día, quien era un profesional que participaba intensamente en las terapias grupales y a quien los pacientes siempre acudían cuando necesitaban ayuda. El rol de observador, en cambio, fue adjudicado a los diferentes pasantes con los que contaba la institución, quienes también, en las reuniones de profesionales, aportaban sus observaciones, si estas eran requeridas.

Los buenos resultados, en los tratamientos de rehabilitación de las adicciones, requieren además del trabajo que pueda hacer el equipo profesional, del apoyo e involucración del grupo familiar y/o red social cercana.

En el caso que se analiza todas las indicaciones que se daban a la familia para que colaborasen con ella y su proceso psicoterapéutico resultaban contraproducentes para la paciente, como por ejemplo: cuando se les pedía a sus padres que, ni bien ella llegara a su casa, avisaran a la institución que ya estaba ahí y que no había consumido. En realidad, no lo hacían, gestando así una preocupación extra para el equipo de

profesionales que llevaban adelante el día a día, por lo que había que buscar otras alternativas posibles para que ella estuviese cuidada o contenida (más de una vez P. durmió en el Centro, o en la casa de la terapeuta ocupacional).

6. CONCLUSIONES

Para Yalom (1996) el grupo se convierte en un experimento de laboratorio en el que las fortalezas y las debilidades interpersonales se despliegan en miniatura.

Para ya dar cierre al presente Trabajo Final de Integración, se podría señalar que casi todas las evaluaciones y posteriores derivaciones al C de los pacientes, con la finalidad de realizar un tratamiento ambulatorio para su trastorno adictivo, tenían un criterio acertado y los pacientes estaban capacitados para formar parte de este tipo de proceso: ningún participante del grupo en el momento de la pasantía requirió de una internación, ya que, con la medicación que se les brindaba, según cada caso particular, y con el apoyo psicoterapéutico, los tratamientos resultaban apropiados para los casos atendidos. Salvo los momentos de recaídas y/o no consumo de la medicación correspondiente, los logros y beneficios en el grupo eran notorios. Entonces, en función de la cronicidad y frecuencia que tenía cada individuo con el consumo, se puede inferir que la mayoría de los pacientes pertenecientes al grupo no requerían ir a realizar otro tipo de tratamiento, ya que el que estaban haciendo era el más conveniente.

Puntualmente, en el caso tomado como foco para este estudio se puede concluir que, sin la toma de medicación continua y sin contar con el compromiso de la paciente en el proceso de rehabilitación, no hubo resultados satisfactorios ya que, cuando ella obviaba su tratamiento psiquiátrico en pos del consumo de sustancias, se generaban situaciones de prostitución y violencia en más de una oportunidad: en esas ocasiones se contemplaba la continuidad de la paciente en el grupo, ya que parecía pertinente hacer una internación con el fin de desintoxicarla y cuidar su salud, pues muchas veces su vida corría peligro. En los momentos en los que la paciente adhería al encuadre propuesto por el Hospital de Día, el abordaje terapéutico era satisfactorio para ella.

A pesar de tales etapas críticas en las que era delicadísima la situación de esta integrante del grupo, podría decirse que la paciente P. era la que tenía una asistencia continua y la que mejor cumplía con los horarios requeridos por la institución. El resto de los pacientes eran asiduos asistentes, pero se tomaban libertades en cuanto a los horarios de llegada o de salida, ya sea según su preferencia para con alguna de las

actividades programadas. Por ejemplo: a quienes no les gustaba hacer gimnasia, llegaba más tarde al establecimiento, para evitar realizar dicha tarea. Afortunadamente, no sucedió que los pacientes faltaran para evitar ver a algún miembro del equipo psicoterapéutico, por lo que se deduce que la transferencia con los profesionales era buena, más allá de situaciones de roces o enojos que terminaban siendo pasajeros y hasta beneficiosos para sus tratamientos.

Al ser todos los miembros del grupo pacientes duales, era imprescindible un abordaje integral, por lo que el trabajo en equipo de los profesionales del C era más que necesario. Es más que importante que el paciente sea abordado desde su patología, y con toda la ayuda de sus redes significativas, ya que, de lo contrario, sin el acompañamiento de las familias y su entorno, siempre quedan huecos para el progreso del tratamiento, por lo que el proceso se encontraría en serias dificultades y difícilmente resultara exitoso al finalizarse. Los patrones familiares complejos son una fuente de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar, pudiendo anticipar la evolución del problema y el contexto con el paso del tiempo. También puede ser una hipótesis fuerte sobre la raíz de los trastornos relacionados con sustancias, de acuerdo a Díaz Usandivaras (2008). Pero lo cierto es que se pudo observar que todas las familias de los miembros del grupo, en general, eran disfuncionales, ninguna de ellas asistía prolijamente cuando se les solicitaba y, de modo frecuente, los pacientes experimentaron siempre un sentimiento de soledad dentro de sus hogares.

En el caso de la paciente P. ya expuesto, su patología terminó siendo nociva para ella y para toda su red social, ya que, de algún modo u otro, siempre terminó aislada de su entorno y sin poder establecer relaciones sanas y duraderas que colaboraran con su mejoría y evolución. En su ansia de estar en pareja, o de sentirse querida o cuidada, boicoteaba todos sus momentos de éxito. Tal vez, en función de lo expuesto, la paciente se mostró siempre en un rol sabotador, no sólo para con la dinámica del grupo sino también para con su tratamiento.

Su madre, las pocas veces que apareció en escena, siempre por teléfono o mail, ocupaba un rol similar, sabotando el tratamiento: llamaba a los otros miembros del grupo para preguntar por su hija o para insultarlos, si se enteraba que habían estado con ella en alguna recaída; para insultar al C, interfiriendo permanentemente con el tratamiento.

De este modo, se podría deducir que se reproduce el familiagrama de P en la dinámica grupal, ya que ella es la única mujer dentro del grupo y también por haber mantenido relaciones sexuales con todos los hombres del grupo, replicando su historia de abuso (la que actualiza una y otra vez con su conducta). La paciente P. funciona así, tal cual ella sabe funcionar en su casa, repite los patrones aprendidos y los roles son rígidos.

En los momentos en que la paciente tomaba la medicación, su conducta de seducción y de provocación disminuían, se manifestaba como una persona tranquila, centrada, pensante, aseada y prolija con su vestimenta, siempre sonriente y sin mayores problemas, más que los de poder encontrar trabajo y mantener su sobriedad para ser una mujer independiente y productiva que pudiera lograr sus objetivos personales de formar una familia y estar lejos de la violencia y la prostitución.

Otro ítem importante que debe ser mencionado es el referente a las normas dispuestas por el C y el SEDRONAR, las que siempre fueron cambiantes y poco continuas, por lo que se dificultaba muchísimo la tarea del equipo de profesionales para estructurar la dinámica del grupo. Esto daba la sensación de libertinaje en muchas oportunidades para los pacientes, que son por demás propensos a aprovechar las situaciones que los benefician, usando para sí mismos, por ejemplo, módulos que quedaban sin actividades. Así sucedió con el horario del almuerzo que, en un primer momento, fue una tarea terapéutica para los pacientes y, dos meses más tarde, fue prohibida por SEDRONAR por considerar una actividad peligrosa el trabajo con utensilios de cocina. En esas horas de tiempo vacío, el ocio hacía que los pacientes se fueran a dar vueltas por la calle o durmieran siestas en los consultorios.

La psicoterapia grupal fue más que productiva para este proceso de rehabilitación, ya que cada uno de los miembros del grupo pudo identificarse con sus pares y absorber las mejores experiencias expuestas en el grupo, a la vez que dar una mano a quienes estaban atravesando momentos personales difíciles y no tenían el sostén de sus redes significativas. El grupo siempre era un espacio en donde los pacientes mostraban sus fortalezas y debilidades y donde se podía buscar ayuda de profesionales y de los otros miembros del grupo.

Es imprescindible un abordaje integral de los pacientes con trastornos relacionados con sustancias, ya que no es conveniente aislarlos de su contexto. Una categoría aparte de daños comprenden las consecuencias sociales adversas del uso de estas sustancias, lo que estigmatiza a los pacientes adictos y no los beneficia para

enfrentar su vida cotidiana: problemas sociales agudos, como la ruptura de relaciones o arrestos, o crónicos, como el ausentismo laboral o de las funciones familiares. Estas últimas categorías son importantes en relación con el alcohol y también con muchas drogas ilícitas. Es importante tener en mente que la dependencia no es el único mecanismo que asocia potencialmente el uso de sustancias con los daños sociales y de la salud.

Terminados los tres meses de la PPV, se tuvo la posibilidad de continuar observando y participando del C durante más de un año. Como se dijo anteriormente, la paciente P. abandonó su tratamiento en muy malos términos con la institución dejando su beca cesante. Después de aproximadamente dos meses, la paciente volvió a solicitar al SEDRONAR finalizar su tratamiento y fue ella quien eligió al C como el establecimiento en donde cumpliría su proceso de rehabilitación.

Su retorno al tratamiento fue exactamente igual al período anterior en que fue observada: fue nuevamente la única mujer en el nuevo grupo de pacientes que se había conformado, volvió a mantener relaciones sexuales con todos los hombres, exceptuando a aquellos que la rechazaban, siguió consumiendo a escondidas del grupo y sin tomar la medicación, continuó prostituyéndose para obtener los medios para comprar sustancias. Se podría decir que la paciente fue elegida para este TFI ya que su caso fue fallido en todos los aspectos en que se lo pueda analizar.

Se pudo comparar su participación en dos grupos de pacientes y lo cierto es que no hubo modificación alguna de su conducta ni fuera ni dentro del mismo. Su falta de compromiso para con el tratamiento psiquiátrico fue indicador de que no se irían a conseguir resultados positivos en este nuevo período de rehabilitación, debido a que su conducta continuaba siendo peligrosa para sí misma y para terceros. Su consumo dejó de ser sólo de alcohol y cocaína y se le sumó el de la pasta base, por lo que, semana a semana, fue notable su deterioro paulatino en cuanto a su salud tanto física como psíquica. Agregando a este panorama que las pautas de trabajo institucionales siguieron siendo por demás de flexibles y que el Estado cada vez contaba con menos dinero disponible para sostener tratamientos de rehabilitación de adicciones (la paciente debería de haber sido derivada a una internación pero, por falta de camas disponibles para alojarla, se la volvió a derivar al C). La falta de recursos para ayudarla se acentuaba cada vez más hasta que la paciente nuevamente abandonó su subvención y no retornó más al Centro. Mantuvo su rol de boicoteadora para con el grupo y para con su tratamiento y no se modificó su conducta en casi 7 meses de tratamiento.

Por todas estas razones se toma a la paciente P. como caso a exponer en el presente trabajo. Podría decirse que resultó interesante observar cómo la falta de recursos por parte del SEDRONAR, la flexibilidad normativa institucional y el escaso compromiso de los pacientes adictos terminan siendo factores importantísimos para que los miembros del grupo se desmotiven y no sostengan sus tratamientos de rehabilitación: la paciente es un claro ejemplo de lo que sucede a casi la mayoría de los adictos, ya que sólo el 1% de esta población logra rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad satisfactoriamente (OMS, 2003). Es más que dificultoso abordar un tratamiento con estas características, ya que siempre terminaría fracasando.

El mayor consumo hoy en día es de pasta base o paco, sustancia sumamente adictiva, no se ha logrado ayudar a los pacientes que la consumen, debido a que la mayoría terminan en situación de calle o delinquiendo para poder consumirla. En esta situación se observó a la paciente P la última semana de tratamiento.

En la actualidad, el C se encuentra cerrado, ya que el gobierno, paulatinamente, fue realizando mayores recortes presupuestarios para abordar este tema y terminó siendo imposible seguir adelante con tratamientos tan costosos, como son los requeridos para los adictos. No sólo se requiere de un equipo de profesionales que lo lleve adelante a nivel terapéutico o médico, sino que también se requiere, para todos los casos con los que se trate, de la medicación pertinente para cada paciente y de dinero para los horarios de desayuno, almuerzo y merienda.

Dada la situación social que atraviesa nuestro país, cada día son más los casos en que se necesita del Estado para resolver problemas de adicción y, si se tiene en cuenta que así como evoluciona la sociedad evolucionan las sustancias y su consumo, es cada vez es más difícil el abordaje integral de un proceso de rehabilitación en una sociedad más desmembrada y menos educada, en donde casi la mayoría de los adictos ya están en situación de calle y no cuentan con ningún otro significativo que los motive a lograr una vida mejor con objetivos mejores.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Normas APA

Anzieu D. & Martin J-Y. (1997). *La Dinámica de los Grupos Pequeños*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Beck A., Wright F., Newman C. & Liese B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Benne, D. & Sheats, P (1948). *Functional Roles of Group Members*. Journal of Social Issues, IV.

- Bernadou, F. (2000, 5 de Abril). Adicciones. Recuperado el 15 de junio de 2010, de http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=221251
- Bion, W (1948) *Experiencias de grupos*. Barcelona: Paidós
- Blanchet, A. & Trognon, A. (1996). *La Psicología de los Grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Burin, D., Karl I. & Levin L. (1995) *Hacia una Gestión Participativa y Eficaz*. Buenos Aires: Ciccus.
- CIE- 10 (2000) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Díaz Usandivaras, C. (2008). Abordaje Familiar en el tratamiento de la drogadicción juvenil. *Revista Terapia Familiar*. Año VII, N°13/14.
- DSM IV (2007) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid: Masson, 2007.
- Freud, S. (1921/1973). Psicología de las Masas y análisis del yo. *Obras completas*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gerson, R. & Goldrick, M. (1985). *Genograms in Family Assessment*. Nueva York: Naton Company.
- Gil Rodríguez, F. & Alcover de la Hera, C. (coord.). (1999). Introducción a la Psicología de los grupos. Madrid: Pirámide.
- González, M. P. (1997) *Orientaciones teóricas fundamentales en Psicología de los Grupos*. Barcelona: EUB
- Goti, M. E. (1990). *La Comunidad Terapéutica. Un Desafío a la Droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. Madrid: McGraw Hill/ Interamericana México.

- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997). *Sinopsis de Psiquiatría*. Baltimore, Maryland, William Wilkins; Argentina: Panamericana
- Leshner, (1996) *La adicción es una enfermedad cerebral* Publicación electrónica del USIS. Volumen 2. Número 3.
- Mead, G. H. (1934) *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Moizeszowics, J. (1982) *Psicofarmacología Psicodinámica IV*. Vol. I. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J. L. (1974) *Psychodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Morgan, J. J.; et. alt. (1977) *Guía de Técnica y Dinámica de Grupos*. Buenos Aires: Teckné.
- OMS. (1969). Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 14° Informe. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2003). Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 33° Informe. Ginebra, Suiza.
- ONU (1960). *Convención sobre Sustancias Psicotrópicas*. New York
- Riviere-Pichón, E. (1985). *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Robertazzi, M. (2001). *Perspectivas teóricas y de aplicación de la psicología de los grupos en España y Latinoamérica*. Ficha de cátedra.
- Sanchez, E (2002). *Estrategias para el manejo del craving (a drogas)*. Anales de Psiquiatría. Vol. 18. Trillas: México
- Sheriff, M. (1935). *The psychology of social norms*. New York: Harper Collins
- Sluzki, C.E. (1996). *Red Social: la frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Tajfel, H. & Turner, J.C. (1986). *La teoría social de la identidad entre el comportamiento del grupo*. En S. Worchel y LW Austin (eds.), *Psicología de las relaciones entre*. Chigago: Nelson-Hall.
- Thelen, H. (1964). *La dinámica de los grupos en acción*. Buenos Aires: Escuela.

Vaccarino & Rotzinger (2004). *Programa de Acción Mundial en Salud Mental del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias* de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Toronto

www.sedronar.gov.ar

Yalom, I. & Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.