

EL GRUPO EN EL CONTEXTO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA ADICTOS



Autor: Karina Gabriela Grandich

Trabajo Final de Integración

Profesora-Tutora: Lic. Margarita Robertazzi

Licenciatura en Psicología

UNIVERSIDAD DE PALERMO

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	4
2.OBJETIVOS.....	6
3.MÉTODO.....	6
4.PERSPECTIVA TEÓRICA.....	7
1.1. ALGUNAS DEFINICIONES DEL TÉRMINO ADICCIÓN	7
1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ADICCIÓN.	12
5.PERSPECTIVA HISTÓRICO-SOCIAL.....	17
1.3. COMUNIDAD TERAPÉUTICA. ORIGEN Y EVOLUCIÓN.	20
6.DESCRIPCIÓN DE LA CT PARA LA ASISTENCIA DE PACIENTES ADICTOS.....	22
1.4. LA CT COMO MODALIDAD DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES	22
6.1.1 ¿PSICOTERAPIA VERSUS COMUNIDAD TERAPÉUTICA?	26
1.5. LA CT COMO MODELO SOCIO TERAPÉUTICO EDUCATIVO	28
6.3 EL GRUPO COMO EJE DEL TRATAMIENTO EN LA CT	32
1.6. 1 DISTINTOS DISPOSITIVOS GRUPALES EN LA CT	40
7. EFECTIVIDAD DE LA CT Y SUS DISPOSITIVOS GRUPALES COMO METODOLOGÍA DE TRATAMIENTO EN ADICTOS.....	52
8. CONCLUSIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

FILOSOFÍA

Estamos aquí, porque no hay ningún lugar donde
escondernos de nosotros mismos.

Cuando una persona no se confronte a sí mismo,
en los ojos y en el corazón de los demás, escapa.

Cuando no le permita a los demás compartir sus
secretos, éstos, no le darán descanso. Temeroso
de ser conocido, no podrá conocerse a sí mismo ni
a los demás, estará solo. Dónde si no en nuestros puntos
comunes podremos encontrar un espejo.

Aquí juntos, una persona puede manifestarse
claramente a sí mismo, no como el gigante de
sus sueños o el enano de sus miedos
sino como un hombre, parte de un todo
con una contribución para ofrecer.

Sobre este terreno podremos enraizarnos y
crecer, no más solo como la muerte sino
vivo para nosotros mismos y para los demás.

Fuerza

Oración que comparten los residentes todas las mañanas antes de comenzar con las actividades del día y
al finalizar cada jornada.

1. INTRODUCCIÓN

El tema del presente trabajo es producto de una pasantía de trescientas veinte horas realizada en un Centro de Rehabilitación de Adictos, en el marco de la práctica pre-profesional requerida por la Universidad de Palermo para obtener el título de grado en Psicología.

La elección de la institución estuvo ligada en un principio a un interés personal por el tema y, posteriormente, por la posibilidad que brindaba la institución de conocer diferentes dispositivos de intervención en el tratamiento de la adicción a las drogas.

Su función es brindar atención y tratamiento a aquellas personas que dependen de la droga y promover la organización comunitaria para prevenir su uso.

El ingreso al tratamiento se realiza a través de una serie de entrevistas iniciales, desde las cuales se define la modalidad de tratamiento más adecuada para cada persona. Los objetivos de dichas entrevistas de admisión son la evaluación y análisis de:

- Conciencia de enfermedad
- Demanda hacia el tratamiento
- Abstinencia
- Motivaciones para la aceptación del tratamiento
- Posibilidades personales y sociales para llevar adelante el tratamiento
- Soporte social (redes)
- Nivel de compromiso con el consumo: uso, abuso, adicción
- Tratamientos previos (motivo de abandono o suspensión)

- Diagnóstico de Personalidad

Se parte de la idea de que la drogadicción es un trastorno complejo que puede involucrar a casi todos los aspectos del funcionamiento de una persona (familia, trabajo y comunidad), en consecuencia el abordaje tiene en cuenta todos estos aspectos para la intervención.

Existe la distinción de dos modelos terapéuticos diferentes de CT. El modelo psicológico, que es al que adhiere y el que se desarrollará en este trabajo, que se basa en la lógica de la abstinencia, es decir, preconiza la total interrupción del consumo como requisito indispensable para el proceso de recuperación. Pone más acento en la trayectoria individual del consumidor de drogas, indaga acerca de las causas que llevaron a la persona a consumir y pone énfasis en el alejamiento del contexto de consumo.

El modelo social, sin embargo, está basado en la lógica de la reducción de daños y de la reinserción laboral y social, preconiza la interrupción del consumo de drogas pero como objetivo máximo y a largo plazo, fomenta la adopción de conductas de consumo que alejen el riesgo de otros daños a la salud, como ser la infección por VIH o la hepatitis, como objetivo inmediato; trabaja en el reforzamiento de la red social y capacitación laboral tendiente a facilitar su reinserción social.

Las CT utilizan una serie de dispositivos grupales que persiguen distintos objetivos a lo largo del tratamiento. La vida en grupo es considerada un facilitador del cambio.

A partir de esto surgen algunos interrogantes que buscarán respuesta a lo largo del presente trabajo.

¿Por qué se trabaja en grupo una patología que a cada individuo lo afecta de manera particular?

¿Es posible trabajar en grupo sin perder la singularidad que implica cada caso?

¿Cuáles son los factores que influyen o actúan como determinantes en el proceso de recuperación del adicto en esta modalidad de tratamiento?

Es cierto que la mayor parte de nuestras vidas pasamos insertados en diferentes grupos y que es a través de la socialización que nos constituimos como individuos, pero ¿qué particularidades adopta un grupo en el contexto de la Comunidad Terapéutica para adictos? ¿Son estos grupos similares a otros existentes en la sociedad o a otros dispositivos grupales clínicos?

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir las particularidades que adopta el dispositivo grupal cuando funciona en el contexto de la Comunidad Terapéutica para adictos.

Objetivos específicos:

- Describir a la Comunidad Terapéutica como modalidad de tratamiento en Adicciones, desde una perspectiva histórica y actual.
- Identificar los criterios utilizados por las CT para considerar al grupo como la herramienta fundamental en el tratamiento de adicciones.
- Considerar limitaciones y alcances en el modelo grupal estudiado

3. MÉTODO

El tipo de estudio es descriptivo y la metodología cualitativa. Se describe un caso único, la Comunidad del PA. Para tal fin se comienza realizando una revisión bibliográfica del tema a abordar para indagar el estado actual del conocimiento.

Las técnicas utilizadas son cualitativas: observación y entrevista.

- la observación participante se realizó durante las reuniones grupales que pudieron presenciarse durante la Práctica Pre-profesional
- entrevistas semi-dirigidas a profesionales de distintas disciplinas que actualmente trabajan con este tipo de intervención.

Procedimiento: las observaciones participantes fueron registradas mediante el cuaderno de registros utilizado durante la práctica pre profesional y las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas con el fin de ser utilizadas en el presente trabajo.

Los datos fueron procesados de acuerdo con el análisis de contenido con la finalidad de establecer las categorías salientes que permitan cumplir con los objetivos propuestos. No se establecieron categorías a priori.

4. PERSPECTIVA TEÓRICA

La sobreextensión del término adicto en los medios de comunicación y, por ende, en la opinión pública, dificulta la comprensión de la gradualidad, progresión y por lo tanto reversibilidad del fenómeno.

En este apartado se enunciarán las definiciones más destacadas del término adicción y algunos de los modelos que intentan explicarla.

1.1. Algunas definiciones del término adicción

La palabra adicción deriva del vocablo latín “addicere” que significa ligar algo/alguien a algo/alguien. La adicción constituiría un impulso, aparentemente irresistible, hacia un determinado estado vivencial a cuya consecución se supeditan las fuerzas de la razón (Wanke, 1984). En tiempos de la República Romana este vocablo designó al hombre que para saldar una deuda se convertía en esclavo, por carecer de otros bienes.

La Organización Mundial de la Salud en su clasificación Internacional de las enfermedades (1992) define la dependencia como un patrón de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga, adquiere la máxima prioridad para el individuo. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir drogas.

En el mismo sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (1995), establece como criterio diagnóstico esencial en relación a la dependencia la existencia de un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por lo menos por tres de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses.

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades significativamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye, de forma sensible, con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - i) Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
 - ii) El síndrome específico de la sustancia causa malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la vida del individuo.
 - iii) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
 - b) Se toma la misma sustancia, o una muy similar, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para tratar de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- 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 persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Desde otra perspectiva, también es definida como una forma grave de impotencia y omnipotencia a la vez. De impotencia porque para resolver se toma prestado algo, la droga, y de omnipotencia porque surge la creencia de que con este algo se puede asumir cualquier desafío (Calabrese, 2001).

Según los especialistas el concepto “drogadicción” debería usarse restrictivamente para aquellas personas afectadas simultáneamente por dependencia física y, psicológica a algún producto y en la que la privación del consumo es seguida por un síndrome de abstinencia.

En la siguiente tabla se podrá observar una forma de dividir la sociedad según sus pautas de consumo de drogas.

Tabla 1- Distinción entre uso, abuso y adicción (Grimson, p.19)

POBLACIÓN	CONSUMO	MOTIVACIÓN	CONSECUENCIA
Abstinente	Sin consumo	Autoestima alta	No necesita recurrir

		Proyecto significativo	al consumo
Usador	Ocasional esporádico	Curiosidad Desafío Interés Presión por pares Búsqueda de placer Deslumbramiento por la droga	Riesgo menor salvo por uso excesivo
Abusador	Regular Frecuente Continuo	Construcción de identidad Acompañamiento por la droga Distanciamiento social	Dependencia psicológica Situación de riesgo creciente
Adicto	-Sin periodos de interrupción -Incapacidad de abstenerse -Incapacidad de detenerse	Reducir efectos de la privación de droga mediante el consumo sostenido	-Dependencia física y psicológica -Riesgo mayor -Posibilidad de anomia social

Las drogas. Clasificación.

I. Depresoras del sistema nervioso central

- alcohol
- ansiolíticos
- hipnóticos
- analgésicos narcóticos. Opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona).
- antipsicóticos

II. Estimulantes del sistema nervioso central

- estimulantes de la vigilancia
 - menores: cafeína, nicotina
 - mayores: anfetaminas, cocaína
- estimulantes del humor: antidepresivos

III. Perturbadoras del sistema nervioso central

- Cannabis y derivados: marihuana, haschich.
- Alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina)
- Solventes volátiles (tolueno, acetona, solventes, nafta, bencina, disolventes, diluyentes, éter).
- Metilendioxfanfetamina (MDA)
- Metilendioximetamfetamina (MDMA)

Si bien existe una extensa lista de tipos de sustancias adictivas, cada una de ellas con sus particularidades en cuanto a formas de presentación, de uso y efectos sobre el Sistema Nervioso Central (depresoras, estimulantes y perturbadoras), en este trabajo no se tendrá en cuenta sus particularidades sino los efectos comunes que éstas producen en el sujeto y su vida. El presente trabajo tratará la problemática de la franja de la sociedad adicta a las drogas.

1.2. Modelos Explicativos de la adicción.

Desde la neurobiología se postula entre otras, la hipótesis dopaminérgica de la adicción. De acuerdo a esta hipótesis la adicción a las drogas estaría relacionada con una alteración genética vinculada con dicho neurotransmisor, en el sentido de provocar una deficiencia en el sistema de gratificación. La ineficacia de dicho sistema recompensaría el abuso de sustancias que aumenten los niveles de dopamina en el cerebro (Gil Verona y cols, 2003)

Estudios realizados en la Universidad de Granada (2006) demostrarían que la deficiencia de endorfinas es hereditaria y que existe, por esto, cierta predisposición genética a ser alcohólico. El riesgo se debe a que cuando el cerebro detiene su producción de beta-endorfinas, se acostumbra a la presencia de los excedentes y comienza a depender cada vez más de la fuente externa: el alcohol.

La literatura psicoanalítica centra su atención sobre la relación entre el abuso de drogas y la libido. Freud (1898) consideraba el uso de narcóticos como sustituto de la satisfacción sexual. En "Tres ensayos para una teoría sexual (1905)", estableció que la adicción remite a la fase oral del desarrollo, confirmando la existencia de una relación entre la adicción y la masturbación infantil. Años más tarde (1930) llama la atención sobre las modificaciones de la sensibilidad por obra de la intoxicación, y alerta sobre el efecto del repliegue al mundo interior que provocan estas sustancias embriagadoras, como una manera de sustraerse a la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece mejores condiciones de sensación y alivio del dolor.

Es ya sabido que para el psicoanálisis existen tres estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión). Las toxicomanías no constituyen una estructura clínica aparte, se considera que en el mejor de los casos podría tratarse de un síntoma.

Existe cierto consenso en que este tipo de psicoterapia tiene un rol muy importante en la comprensión de los psicodinamismos subyacentes de la adicción, aunque su efectividad puede resultar escasa si no se realiza en un contexto más amplio e integrado de tratamiento.

Las terapias de orientación dinámica persiguen objetivos diferentes al de la abstinencia que precede siempre a un posible aumento de la capacidad de introspección del paciente.

Sólo en los estados de recuperación avanzada cobran importancia terapéutica algunos de los siguientes aspectos que se detallan a continuación (Khantzian, 1990):

- la reconstrucción del mundo interno y su autorregulación en el ambiente seguro de una psicoterapia capaz de corregir las faltas básicas, fomentar la aparición del juego simbólico y dar lugar a un self integrado.
- La creación de las funciones de autocuidado a través del vínculo con el terapeuta internalizado en el tratamiento.
- La mejora en la autoestima a través de la creación de un lenguaje con valor de comunicación.
- El establecimiento y la conservación de relaciones de objeto maduras.
- El desarrollo de vínculos sanos y de intimidad constructiva.

La teoría sistémica considera a la adicción como resultado de un equilibrio patológico en un sistema de relaciones o sistema familiar. El adicto sería quien distrae la atención de la familia de otros problemas y la mantiene unida convirtiéndose él en el foco de atención. Según este modelo teórico, una prueba de ello sería lo que sucede en los grupos de padres y/o en los espacios intrafamiliares. En la medida que el paciente evoluciona en el tratamiento van surgiendo otros síntomas en miembros de la familia, que hasta el momento permanecían ocultos.

Desde el enfoque conductual o del condicionamiento la pregunta a formularse sería ¿Qué es lo que refuerza la conducta adictiva? La terapia lo que busca es desaprender la conducta adictiva reemplazándola por otro comportamiento.

Las terapias conductual y cognitivo conductual han logrado resultados importantes en los últimos tiempos. Muchos años de investigación sistemática produjeron una base empírica de estrategias cognitivo- conductuales utilizadas para este fin. Son técnicas específicas, concretas, básicamente conductistas, como por ejemplo Manejo de Estrés, de Sentimientos, de Ansiedades, Entrevista Motivacional, Resolución de Problemas, Prevención de Recaídas y Entrenamiento en diferentes Habilidades. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) parte del análisis funcional de la conducta –problema y organiza y desarrolla un entrenamiento en habilidades individualizado destinado a desaprender hábitos asociados al consumo.

Estudios realizados demuestran que la ambivalencia frente al cambio es el corazón de cualquier problema adictivo, y que esta motivación fluctuante confunde (Di Clemente, Norcross y Prochaska, c.p. Conde, Fernandez Montalvo, Gonzáles, Lopez Goñi, 2003).

La entrevista Motivacional (Millar, Rollnick, c.p. Conde, Fernandez Montalvo, Gonzáles, Lopez Goñi, 2003) es un instrumento que tiene como objetivo generar un estado de disposición favorable para encarar cambios de conducta. El autor distinguió como primera fase de la entrevista motivacional el construir la motivación, apoyar y fortalecer la decisión de cambio en segundo lugar.

Considera que independientemente de las técnicas de entrevista utilizadas, deben estar presente ciertas condiciones: a) la motivación hacia el cambio parte del paciente ; b) la articulación de la ambivalencia es tarea del paciente y no del terapeuta; c) la persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia; d) el estilo del terapeuta suele ser evocador; e) el terapeuta es la directriz que ayuda al paciente a examinar y resolver la ambivalencia; f) la disponibilidad al cambio no es un rasgo del paciente, sino

que fluctúa en función de la interacción interpersonal; g) la relación terapéutica se asemeja más a la de socios que a la de experto-paciente.

La Prevención de Recaídas (PR) utiliza un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual diseñado para enseñar a los pacientes nuevas respuestas de afrontamiento, con el fin de modificar creencias y expectativas desadaptativas relacionadas con el consumo de sustancias y de cambiar hábitos personales y estilos de vida. Resumidamente, es una herramienta que le facilita al sujeto detectar y afrontar aquellas situaciones de riesgo relacionadas con la dificultad para lograr la abstinencia y los problemas que se encontrará en una vida sin drogas. La utilización de auto-registros también es una herramienta que permitiría anticipar obstáculos.

Acerca de la exposición sistemática a estímulos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, diversos estudios con neuroimagen han mostrado la aparición de un deseo intenso y a veces insuperable de ingerir sustancias (craving) tras la activación por distintos métodos de regiones límbicas implicadas en la memoria, el aprendizaje y actividades placenteras como el sexo (Caravan y cols., 2000; Childress y cols., 1997; c.p. Caballero Martínez, 2006). Los pacientes refieren con frecuencia la aparición de un craving intenso en presencia de objetos, personas o situaciones que asocian al consumo. La posibilidad de extinguir estos estímulos condicionados mediante una exposición sistemática se ha comprobado experimentalmente (Ehrman y cols., 1992; Monti y cols., 1997; Roshenow y cols., c.p. Caballero Martínez, 2006). Los pacientes podrían aprender habilidades cognitivas mediante las cuales pueden interrumpir la sucesión de acontecimientos encadenados que preceden la recaída.

Desde otra perspectiva, la adicción a las drogas es un problema social, puesto que recorre toda la escala de la sociedad y sus alternativas; comprende todas las clases sociales y alcanza difusión nacional e internacional.

La sustancia se encuentra socializada porque se encuentra incorporada a los usos y costumbres de la sociedad. Puede contemplarse como resultado de una sociedad que funciona mal y que “utiliza” a estos adictos como chivo expiatorio de todo lo que funciona mal en ella.

No se debe dejar de lado, el enfoque legal, el cual tiende a penalizar el consumo, sustrayéndolo de esta manera del campo de la salud. La punición de la tenencia para el propio consumo que la mayoría de los países ha introducido en su legislación ha convertido a los usuarios en meros delincuentes: pasibles de persecución policial, procesamiento y condena judicial, y además desocialización y estigmatización social.

Para Grimson “Redefinir la drogadicción como enfermedad, accesible al enfoque terapéutico y a la prevención, debería ser el objetivo de una política sanitaria global” (1999, p.15)

Actualmente, existe un modelo integrativo de la comprensión de las adicciones que intenta abarcar toda esta complejidad biopsicosocial (Solé, 2001)

La elección de este modelo no hace sino subrayar la importancia de una comprensión multidimensional de la adicción, en el cual se toman tres ejes de análisis e intervención:

- a) desde una perspectiva biológica, se trata de comprender las alteraciones que el cerebro sufre durante el trastorno adictivo.
- b) Desde una perspectiva social, se estudia el ambiente que contextualiza las conductas de consumo.
- c) Desde una perspectiva psicológica, se evalúan los procesos conductuales y cognitivos implicados en la adicción.

Los tres elementos se organizan dentro del mismo marco de intervención, aunque la intensidad de utilización de cada uno cambie a lo largo del tratamiento. La intervención basada en la neurobiología de la adicción tiene un mayor peso en las etapas iniciales, en las que informar y educar sobre la

naturaleza biológica del problema resulta necesario. Posteriormente adquieren más peso los elementos dirigidos a reenfocar el estilo de vida, a variar los hábitos de conducta y a modificar los rasgos de personalidad que resultan más disfuncionales, siempre teniendo en cuenta la red social de contención.

5. PERSPECTIVA HISTÓRICO-SOCIAL

La relación del hombre con las sustancias que alteran la conciencia data de miles de años; sin embargo, cada época y cada cultura le han dado un contenido particular en las representaciones que la enmarcan.

Sus antecedentes históricos remiten a varios milenios antes de la era cristiana. La indagación de civilizaciones antiguas como ser la egipcia, china, griega, romana y los aborígenes de África, Australia y América, ofrece abundantes testimonios en este sentido (Escohotado, 1994).

Es importante señalar que el acto de drogarse no era en ese momento un hecho cotidiano ni individual. La droga cumplía la función social de actuar como medio para soportar el trabajo a grandes alturas o como parte de ritos, festividades o actos sagrados, a través de las cuales la comunidad estrechaba los vínculos entre sus miembros y establecía una comunicación con una divinidad o espíritus, que según sus creencias los influía.

En los últimos tiempos este fenómeno se ha difundido masiva y desenfrenadamente en la mayoría de los países del mundo constituyendo un grave problema de Salud Pública para los gobiernos. La multiplicidad de posibles causas, su distribución poblacional y sus distintas modalidades y grados de presentación conforman una complejidad aparentemente muy difícil de abordar. El consumo abusivo de drogas aparece como una ecuación en la que interjuegan la sustancia, el sujeto y el contexto.

En nuestro país la disponibilidad de droga existente entre el sujeto y el contexto es visiblemente excesiva. Esto tal vez pueda explicarse por la cercanía de nuestro país con los países productores y elaboradores y por las enormes y continuas dificultades de establecer una política efectiva de control de tráfico, entre otras causas.

Haciendo un paralelismo entre el consumo y el deseo, Mayer (1997) sostiene que la civilización actual ha generado una fetichización de los objetos y del acto de consumirlos. Considera que se crea una especie de tensión imaginaria entre el potencial consumidor y los objetos a consumir, que trasciende la necesidad que pudo estar en su origen. Una vez disuelta la tensión de la necesidad en el mundo concreto y material, persistirá la tensión que despierta el objeto-signo que adquiere su sentido, no ya por su función material, sino por su diferencia dentro del universo de objetos-signos creados por la cultura. Este objeto reclama ser consumido sumergiendo al sujeto en una malla alienante donde se invierten los papeles: el objeto es sacralizado y el hombre es consumido en y por su compulsión al consumo.

El contexto social reacciona en forma ambigua ante el problema de las adicciones, brindando mensajes muchas veces confusos y contradictorios. No solamente se consumen automóviles y electrodomésticos, sino también sustancias y conductas adictivas relacionadas con otras situaciones, como ser la velocidad, el trabajo, el prestigio.

El autor anteriormente mencionado reflexiona que es la sociedad misma, ayudada por la crisis de la familia moderna, quien produce, niega y cuando su presencia se hace innegable persigue a los toxicómanos y quiere eliminarlos de su vista encerrándolos en institutos, cárceles, CT o donde sea, con tal de que no reflejen su degradada imagen.

En este sentido y haciendo una mirada retrospectiva acerca de las características en el consumo y las respuestas con que nuestra sociedad enfrentó el problema, Grimson (1999) sostiene que pueden diferenciarse tres fases.

La primera fase del consumo podría denominarse *exploratoria* por su ligazón al proceso de expansión cultural que caracterizó la etapa de los años 1960 y 1970. Se compone de una actitud contestataria facilitada por un marco económico en desarrollo, el que ofrecía posibilidades de realización para diversos grupos sociales.

Al atribuirles el carácter de adelanto cultural, se encaró el tema con cierta tolerancia. La mirada estaba puesta en los modelos extranjeros que exaltaban la expansión de la conciencia por el efecto del consumo de marihuana, a la vez que ignoraban los estragos que el alcohol causaba en el país. El ámbito profesional no estaba preparado para enfrentar el tema y apoyó su comprensión del problema sobre una psiquiatría organicista que lo remitió al hospicio psiquiátrico.

Según la perspectiva del citado autor, la segunda fase ocupa el periodo comprendido entre los años 1975 y 1985 en el cual se registró un fuerte incremento en el abuso de drogas. Por aquella época tenían fuerte presencia la marihuana, cocaína y psicofármacos, especialmente hipnóticos y alucinógenos.

Ya se habían desarrollado formas institucionales profesionalizadas: el Centro Nacional de Rehabilitación Social (CENARESO), las primeras Comunidades Terapéuticas o bien los proyectos primitivos denominados Unidades de Supervivencia. Éstas eran marcadamente diferentes de las que después de la Segunda Guerra Mundial desarrolló en el campo de la Psiquiatría Maxwell Jones en Inglaterra. Es la etapa de la institucionalización de las Comunidades en nuestro país.

La tercera fase incluye el desarrollo en los programas de diversas instancias terapéuticas. Se constituye la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la República Argentina para la prevención y el tratamiento de las adicciones (FONGA), cuyo propósito fue integrar los esfuerzos del conjunto de los programas, sean de internación, tratamiento ambulatorio, prevención, capacitación o investigación

1.3. Comunidad Terapéutica. Origen y evolución.

Para encontrarnos con la CT específicamente para drogadictos debemos llegar al siglo XX. Anteriormente, el consumo no reglado de sustancias psicoactivas (SPA), que no fuera por motivos médicos era condenado y los consumidores eran considerados transgresores, poseídos, culpables de algo, con un destino final en la cárcel, el hospicio o la hoguera.

A partir del siglo XIX tuvo lugar un proceso muy gradual durante el cual se dejó de considerar a los consumidores de SPA como pecadores, desclasados y escorias sociales.

Esta evolución en la concepción del consumidor ocurrió tomada de la mano del nuevo lugar asignado a lo religioso frente a lo secular y con el gran avance de las ciencias.

También durante el período 1800 – 1950 y en el campo específico de la Salud Mental, se dejó de considerar a los enfermos mentales como personas que padecían fenómenos sobrenaturales y que debían ser encerrados en asilos y cárceles y se los tomó como personas enfermas a quienes la sociedad también debía dar respuesta terapéutica.

Durante los años 1940 y 1950 se produjo una evolución interesante: los Alcohólicos Anónimos (AA) que eran un movimiento de autoayuda, una red de apoyo informal, pasó a ser reconocido y calificado como un programa de apoyo en el tratamiento de alcohólicos.

En los años cincuenta entramos en la historia moderna de la CT, de la mano de su iniciador, Charles E. Dederich, quien fuera durante más de veinte años alcohólico. Hacia el año 1957 su situación era tan extrema que decidió entrar en contacto con un grupo de AA, logrando su sobriedad.

Más adelante consideró necesario un abordaje más desafiante y más interactivo para lograr su abstinencia. Esto hizo que comenzara a acoger en su casa a grupos de alcohólicos y heroinómanos, los cuales por cuestiones económicas comenzaron a vivir juntos, dando inicio así a la primera comunidad terapéutica autodenominada SYNANON.

La década del sesenta marca el comienzo de un largo recorrido buscando, elaborando y construyendo la CT; estos primeros grupos entre los que se destaca DAYTOP se transformaron en la piedra fundacional de la CT como sistema de tratamiento.

La brecha entre Salud Mental y los tratamientos para abusadores de drogas siguió y se amplió en los años setenta. Este movimiento se consolidó en los años noventa. Los profesionales se integraron en sus equipos, aprendieron de la autoayuda e hicieron aportes, adaptaron sus técnicas; desde la CT, los operadores a su vez valoraron el input que llegaba desde el ámbito profesional.

Grupos representativos de la Comunidad fueron armando en el mundo entero estas estructuras convivenciales. Las experiencias iniciales en nuestro país respondieron a la desprotección en que los sistemas de salud dejaban a los sectores afectados por el abuso de sustancias.

También la han alentado algunas respuestas de la psiquiatría tradicional, la cual estableciendo un contexto represivo, el de la psiquiatría biológica, privilegiaba aún el electroshock, cuando esta práctica había sido desterrada ya por una psiquiatría más dinámica.

En el año 1973, Carlos Novelli comienza recepcionando a los adictos en su casa, fundando de esta manera la primer Comunidad Terapéutica de nuestro país denominada, Programa Andrés. En los comienzos el tratamiento estaba muy ligado a lo religioso y a la experiencia de ex adictos recuperados.

En la actualidad el staff está compuesto en su mayoría por profesionales de la salud (psiquiatras, médicos clínicos y especialistas, psicólogos y asistentes sociales) y existe un agregado al equipo terapéutico, que es el Operador Socio Terapéutico, el cual agrega a su conocimiento personal del padecimiento de la adicción, el aprendizaje del manejo de grupos, el valor de la norma en los tratamientos y el criterio de programación terapéutica.

6. DESCRIPCIÓN DE LA CT PARA LA ASISTENCIA DE PACIENTES ADICTOS

En este apartado se analizan, de acuerdo al marco teórico expuesto en el presente trabajo, algunos de los datos resultantes de la experiencia recogida durante la práctica preprofesional realizada en la CT Programa Andrés.

Se comienza describiendo a la CT como modalidad de tratamiento en adicciones y como modelo socioterapéutico educativo. A continuación, se describen los distintos dispositivos grupales utilizados en la CT para el tratamiento de las adicciones y finalmente, se indican algunos estudios científicos que determinan la eficacia de esta modalidad de intervención en personas adictas a las drogas.

1.4. La CT como modalidad de tratamiento de las adicciones

En la actualidad existe un abanico de opciones en lo que a tratamiento de adictos se refiere. Éstos van desde la psiquiatría clásica medicamentosa hasta grupos de autoayuda o de base religiosa, pasando por las CT para adictos.

El tratamiento en CT comprende desde procesos breves de orientación, a tratamientos de tipo ambulatorio o internación. El proceso de orientación está indicado en las etapas iniciales y determina que el paciente está en tránsito desde la abstinencia al uso esporádico e irregular de drogas.

El tratamiento ambulatorio es indicado cuando se está regularizando el consumo y aparecen síntomas de perjuicio en el ámbito de la socialización, es decir, en las áreas de educación, trabajo, relación con personas que no sean consumidoras, o intereses habituales. Es un tipo de tratamiento menos desocializante en cuanto a la afectación de actividades formativas, educativas o laborales. Se puede aplicar en casos menos graves y requiere mayor compromiso del consultante y de su grupo familiar para el mantenimiento de la

abstinencia, la regularización de las actividades y el cumplimiento de las normas fijadas.

La internación es indicada o debería serlo en pacientes en los que existe incapacidad de controlar o detener el consumo. Muchas veces este recurso se ha sobrevalorado. Su sentido positivo tiene que ver con el poder de “arrancar” al adicto del mundo de la droga, pero a cambio de esto lo ingresa a un tiempo de aislamiento social y familiar.

En la internación, es la institución la que carga con el peso de lo normativo. En cambio, si se trata de la modalidad ambulatoria, la familia actúa como co-reguladora de las normas y su capacidad en tal sentido debe ser evaluada, promovida y sostenida.

El último periodo de la fase de internación se denomina “Reinserción Residencial”. Durante ese periodo, el paciente comienza a realizar salidas de manera sistemática buscando su inserción laboral, continuando con los grupos terapéuticos dos veces por semana. Finalizada esa etapa, el paciente retorna a su contexto y continúa con el tratamiento en forma ambulatoria.

En este sentido, es fundamental discriminar de qué se trata el tratamiento y qué lo distingue de la cura. Durante la experiencia en el Programa Andrés se ha observado, que el tratamiento en una institución implica el recorrido por ciertos lugares o dispositivos, desde la admisión, pasando por la evaluación diagnóstica y la indicación terapéutica. Cada una de las instancias previstas por la institución posee normas, tiempos y objetivos especiales.

Una persona que comienza un tratamiento en una institución, y puede sostenerlo, a menudo mejora y hasta deja de consumir tóxicos. Sin embargo, esta mejoría fenoménica no garantiza la cura.

Muchos de los pacientes que han estado internados y que realizaron todo este recorrido no necesariamente han logrado la cura. Ésta conlleva una modificación en el sujeto, un cambio estructural, de segundo orden. No está limitada al abandono de la sustancia sino a una modificación personal que se traduzca en actitudes diferentes a un contexto social que continuará

estimulándolo. La modificación debe concernir tanto a sus valores y expectativas como a sus comportamientos y actitudes, para lo cual también debe modificarse el contexto familiar y/o social en el que esa persona se ha venido desempeñando.

Un factor de relevancia a la hora de iniciar el tratamiento, cualquiera sea la modalidad, es la existencia o no de cierta demanda por parte del sujeto. Muchas veces, la derivación de pacientes por parte de la justicia hace que quede desdibujado quién es el que realmente solicita atención.

Profesionales del Programa Andrés consultados acerca de este tema coinciden en que la clínica con sujetos toxicómanos resulta compleja ya que no se trata del paciente tradicional de los servicios de psicopatología. Estos pacientes no llegan habitualmente a la consulta por un síntoma que los aqueje, es decir que la adicción no constituye un problema para ellos.

Sostienen que es el discurso social quien nombra al adicto como tal y le ofrece un rasgo de identificación que le otorga cierta consistencia a través de la categoría social (o jurídica) *drogadicto*. Lo difícil es que aparezca desde un registro subjetivo.

Parece evidente que el paciente que llega a un programa de tratamiento llega a tratarse, a dejar las drogas, o a cambiar. Con este supuesto, se introduce rápidamente a la persona a un dispositivo de intervenciones terapéuticas que parecen dar por entendido su disposición y demanda de cambio, aunque no sea así. Durante la práctica en la institución, uno de los objetivos fijados por los coordinadores para quienes participaban como observadores en las entrevistas de admisión o en los distintos grupos de orientación, era detectar cuál era la verdadera demanda de quien consultaba. Para incorporar al paciente en el proceso adecuado es fundamental detectar qué está buscando, qué pide, si es que pide algo.

En una de las entrevistas de admisión en la que la autora del presente TFI participó como observadora, la demanda de tratamiento estaba ligada a resolver una situación más del orden legal y familiar que a su convicción por

querer dejar las drogas, pues para consumir había vendido muchas pertenencias de valor de sus padres y éstos lo habían echado de su casa. Expresó: “no tengo alternativa. Sé que no lo volvería a hacer, pero no creo que me perdonen...no tengo dónde ir...estoy acorralado” (Cuaderno de registros, 2004)

Por éste y otros argumentos, la directora de la institución consideró que este consultante no estaba preparado en este momento para comenzar un tratamiento del tipo que ofrece la institución. Su necesidad de internación estaba más relacionada con ocultarse y no hacer frente a la situación que había generado que a realizar un tratamiento.

En este caso, se le ofreció realizar un proceso de orientación en el cual ambas partes evaluarían la real motivación de comenzar un camino de recuperación.

En ésta y otras entrevistas de admisión pudo observarse en coincidencia con lo que expresara Kameniecki (2001, p.35) que muchas veces aparece la consulta, el padecimiento, cuando aparece algo del orden del fracaso, de la fractura en la relación con el tóxico. En este sentido afirma el autor: “No conozco a ningún sujeto que haya consultado mientras la relación con la droga funciona, aunque lo que sí se produce es la consulta de terceros (padres, pareja, amigos) que son los que se angustian”.

Parece habitual que los pacientes lleguen diciendo que quieren dejar la droga, porque les hace mal, que lo han perdido todo por culpa de ella, que la droga es un flagelo y su perdición, que quieren cambiar, etc. Sin embargo, también son casi obligadas frases del tipo: "no sé si puedo, porque el cuerpo me la pide", "yo quiero pero también sé que soy un enfermo", "si yo pudiera lo haría". (Cuaderno de registros, 2004)

Este tipo de frases nos revelan una posición de total pasividad por parte del paciente, de externalidad con respecto a su consumo, de ausencia como sujeto. Este no poder hacer no es debido a una imposibilidad real, sino que

más bien tiene que ver con un nada puedo hacer ahí donde yo no estoy, donde no existo como sujeto, donde no estoy implicado más que como un objeto.

Por tal motivo, se considera que el trabajo terapéutico sería entonces uno de los caminos para revertir este lugar de objeto, permitir que la persona se subjetive, que luche y trabaje sus ganas, que las analice, que hable de qué quiere, que se tome como una persona que ha llegado a este lugar por algo, que tiene una historia pero no sólo de consumo; que comprenda que su consumo y sus conductas se dan dentro de un contexto vital determinado. De alguna manera lograr revertir la idea de que se llegó a ser drogadicto repentinamente, independientemente de él, de sus deseos y acciones.

De esta manera se exploraría la motivación para realizar un tratamiento. Es importante aquí, no confundir “voluntad” con “fuerza de voluntad”. La voluntad como expresara Farber implica mucho más que la sola toma de una resolución consciente (Yalom, 1984). A través de la voluntad nos proyectamos hacia el futuro y el deseo es el punto de partida de este proceso.

6.1.1 ¿Psicoterapia versus Comunidad Terapéutica?

Históricamente la relación entre Psicoterapia y CT había sido conflictiva. La CT se oponía a la Psicoterapia porque consideraba que algunos de sus integrantes habían tenido tratamientos previos sin éxito. No sólo se desalentaba el uso de tratamiento psicológico sino que se lo veía como opuesto o contradictorio a las actividades de rehabilitación.

En los comienzos de esta modalidad de tratamiento tuvieron que responderse interrogantes acerca de si la psicoterapia era efectiva para los abusadores de drogas, y si lo era, para qué tipo de paciente y en qué contexto.

Actualmente, parece existir el acuerdo de que tanto la CT ha realizado aportes al campo del tratamiento de la drogadicción, como las ciencias psicológicas y del comportamiento lo han hecho a las Comunidades Terapéuticas.

Si bien la efectividad de la psicoterapia sigue siendo un tema de debate y de controversias en algunos ámbitos; en otros, ya es historia pasada.

El cambio de tendencia empezó en los años ochenta y se debió a la expansión del uso de la cocaína. El alto componente psicológico de esta adicción ofreció un campo propicio para la psicoterapia.

Creció rápidamente la demanda de tratamientos ambulatorios y aparecieron los llamados modelos integrales o integrativos en los cuales la psicoterapia fue uno de los componentes principales.

Coincidió con el hecho de que la CT tenía ya dos décadas y media de experiencia, con que sus operadores se sentían más seguros del lugar que ocupan en el tratamiento y con que empezaba un periodo de apertura hacia todo lo relacionado con la psicología. Finalmente llegamos al presente en que la CT y la Psicoterapia van de la mano.

En la actualidad parece no discutirse que en toda adicción existen factores psicopatológicos concomitantes que deben ser atendidos durante el tratamiento.

Goti (1990) sostiene que la persona clínicamente adictiva posee ciertas características técnicamente factibles de modificar mediante la psicoterapia. Puede tratarse de rasgos depresivos, baja autoestima, omnipotencia reactiva, intolerancia a los afectos, impulsividad, altos niveles de ansiedad, centramiento en sí mismo, dificultad para mantener comportamientos orientados a un objetivo, confusión sobre las fronteras de su identidad, relaciones interpersonales alteradas y sentimiento de vacío interior.

Mayer (1997) agrega:

- alienación de un ser que rehuye a su subjetividad y se aferra a una sustancia, relación que le procura una imagen engrandecida de sí- o al menos no inferiorizada- de la que terminará siendo esclavo.
- intolerancia a la espera y anulación de la esperanza, con una demanda que exige cancelación inmediata.
- abundancia de objetos externos que procuran compensar fallidamente la carencia de objetos internos, sobre todo, los que

deberían constituirse en fuentes de estima y en modelos de relación amorosa, de autoridad o de metas.

- soledad en grupo donde el otro funciona como mero proveedor de algo que necesita para seguir en la misma situación.
- La única relación más o menos estable de esa persona es con la sustancia.
- Ya que el abuso de drogas y el delito a menudo están ligados, muchos de los drogadictos también están involucrados con la justicia.

Grimson (1999) sostiene que es frecuente encontrar el síndrome de aislamiento social antecediendo a cuadros de abuso de drogas, y lo define como un cuadro de ruptura o debilitamiento de vínculos personales que parecen intentos compensatorios de ese aislamiento.

El abuso constituye así como el intento ilusorio de superar las barreras cada vez más difíciles de atravesar que impone el aislamiento.

Los rasgos de personalidad y las enfermedades mentales son los principales factores que condicionan la adicción a las drogas. Rasgos como la búsqueda de riesgo o la búsqueda de novedad favorecen el consumo de sustancias. Un diagnóstico dual (abuso de sustancias y enfermedad mental) tiene implicaciones desfavorables para la evolución y resultado (Cami y Farré, 2003)

1.5. La CT como modelo socio terapéutico educativo

La CT es una modalidad de tratamiento para el abuso de drogas y otras patologías del consumo, donde su principal característica es el uso deliberado e intencional de la comunidad como método primario para facilitar el cambio psicológico y sociológico en los individuos. Se trata de un modelo socio

terapéutico educativo de abordaje de la drogadicción, un modelo de abordaje, un instrumento (Mansilla, 1999).

Sus dispositivos terapéuticos apuntan tanto al aspecto individual, como familiar y social.

Se considera al adicto una persona que, junto a otros como él, construyó, adhirió y participó de una cultura, en la cual por más que la droga salga de escena, él seguirá pensando, valorando, proyectando y relacionándose como un adicto. La droga como estilo de vida es parte de una cultura propia, entendida como un conjunto de costumbres, valores, creencias y lenguaje con características particulares. Este mundo le propone al adicto entre otras cosas un sistema de valores acerca de lo bueno y lo malo, es decir, una ética para la vida.

Una de las características que se consideran claves del modelo socio-terapéutico-educativo es el hecho de aprovechar la capacidad de agruparse que tiene el adicto y que, en parte o en totalidad, ha aprendido del mundo de la droga. A medida que el adicto ingresa al mundo de la droga, se va conformando a sus estructuras y adopta primero las prácticas y luego las creencias de este mundo.

Este aprendizaje social del cual ha participado, si bien pudo no haber anulado su sistema de creencias y valores, sí lo ha escindido y dividido haciéndole surgir y desarrollar otra identidad: la del droga-dependiente.

El adicto que llega a tratamiento ha recorrido un proceso de aprendizaje particular en el mundo de la droga y la marginalidad que lo llevó a adherirse a una serie de valores distintivos. El tratamiento socio terapéutico, propone al adicto un proceso de reaprendizaje de costumbres, valores y creencias de vida, distintas a las que él venía acostumbrado. Es decir, que le plantea de manera frontal una cuestión ética.

Como expresa Mansilla (1999), se lo enfrenta a un tratamiento que no le propone que deje la droga y viva como quiera, sino que lo convoca a dejar la

droga aprendiendo a vivir de nuevo, constituyendo así el objetivo del modelo socio-terapéutico-educativo.

La resocialización implica por lo tanto que el adicto renuncie a la mentira, al daño a sí mismo y a los demás, a la desconsideración e irresponsabilidad, y acepte otra ética signada por valores como el amor responsable, honestidad, confianza, respeto y orden. Estos valores adoptan en la CT la forma de herramientas prácticas utilizadas por los residentes diariamente y cumplen una función determinante en el tratamiento.

El uso de la comunidad como método asume que un individuo va a querer cambiar y aprender más a través de su afiliación con otros que tienen el mismo propósito: de ahí que la percepción de comunidad sea fundamental entre los participantes, el staff, los profesionales y los voluntarios. O sea, la comunidad no es o no debería ser aquel lugar donde los adictos permanecen fuera de las tentaciones de la calle, ni el lugar donde se hace terapia. Se trata de un entorno social, compuesto de pares, operadores, profesionales y directivos quienes sirven de guía al proceso de recuperación. Todas las actividades de CT están diseñadas para producir cambios terapéuticos y educacionales en los participantes y todos los participantes son mediadores de estos cambios.

El tratamiento en la CT se basa en algunos conceptos claves

- El abuso de drogas: se entiende como un problema de toda la persona, donde la adicción es un componente, no la esencia. Se considera que una vez instalado el abuso, éste va a impactar en algunas o todas sus áreas de funcionamiento, es decir, se pueden encontrar distorsiones en lo afectivo, en lo cognitivo, lo conductual, problemas médicos y psicológicos; los valores no existen o son antisociales.
- El residente: existen dos grupos de personas que piden ayuda en una comunidad terapéutica. El primero está integrado por personas que nunca han tenido un estilo de vida satisfactorio, convencional; los

valores de la cultura faltan o no son tomados en cuenta; provienen de un ambiente donde el abuso de drogas es más una respuesta social que un problema personal. Para este grupo la experiencia en CT puede ser llamada “habilitación”, o sea la posibilidad de pertenencia a una sociedad organizada y el desarrollo de vida convencional, por primera vez en sus vidas.

Para el segundo grupo el abuso de drogas es un problema psicopatológico, de personalidad o de malestar existencial. Para ellos el término es “rehabilitación”, porque se habla de una vuelta a un estilo de vida previo, conocido pero dejado temporalmente.

Sin embargo, a pesar de las diferencias de procedencia, una vez instalado el consumo y la adicción los dos grupos comparten similitudes: presentan problemas de socialización, en sus aptitudes cognitivas y emocionales, y problemas psicológicos que ponen en evidencia cierta inmadurez, baja autoestima, trastornos del carácter, de conducta y características antisociales.

En CT no se debate, por lo menos al principio, si todas estas disfunciones son causa o consecuencia del consumo: para la CT hay que cambiarlas para lograr una recuperación estable.

- Sobre qué es un estilo de vida sana: El objetivo general de una CT es que sus residentes logren llevar una vida sana. Para lograrlo, el paciente es orientado a través de la autoayuda/ ayuda mutua a asumir responsabilidades personales.

Se enfatiza el presente (aquí y ahora) como opuestos a lo histórico (antes y cuando), los comportamientos pasados son explorados solamente para ilustrar patrones de conducta disfuncional, actitudes negativas y aspectos a cambiar en el presente.

La concepción de vida sana enfatiza valores explícitos que guían como los individuos se relacionan consigo mismo, con sus pares, con sus seres queridos, con la sociedad en general. Estos valores incluyen a la verdad, honestidad, solidaridad, una ética de trabajo de aprender a

aprender, de independencia económica, de preocupación por los pares, el amor responsable, la responsabilidad, la responsabilidad familiar, el compromiso comunitario y hasta de ser un buen ciudadano.

- Sobre la recuperación

Los objetivos de la recuperación en CT son globales y la detoxificación, la interrupción del consumo, más que un objetivo es un prerrequisito.

El objetivo primario individual es el cambio de patrones de comportamiento negativos, de pensamientos y sentimientos que predisponen al uso de drogas. El objetivo primario social es desarrollar un estilo de vida sana, sin uso de drogas. La recuperación estable es la integración exitosa entre ambos objetivos.

Durante el periodo de la práctica pre-profesional en el Programa Andrés se pudo detectar que la institución intenta funcionar como una estructura de sostén, de andamiaje, que brinda no sólo soporte material sino también simbólico al constituir un marco de apuntalamiento lo suficientemente estable como para intentar la continuidad de la vida social y de la vida psíquica. Se ofrece al paciente como a su familia la posibilidad de recomponer sus vínculos. También se trabaja sobre la red social rescatando los vínculos anteriores positivos o creando nuevos.

El modelo comunitario de tratamiento al que adhiere la CT destaca que todo lo que se hace en grupo es dado a conocer al conjunto y que los resultados positivos son un logro común.

6.3 El grupo como eje del tratamiento en la CT

Entre los aportes teóricos que ha recibido la práctica grupal a lo largo de la historia nos encontramos con la escuela norteamericana de 1950, que con fuerte influencia sociológica se ocupó en primer lugar de los grupos artificiales como centro de la experimentación psicológica; mientras los ingleses, entre

ellos Wilfred Bion, intentaban dar cuenta del fenómeno grupal desde el psicoanálisis.

Mientras tanto se estaba desarrollando intensamente la escuela de psicodrama de Jacob L. Moreno que tuvo gran repercusión en nuestro país a través de Pavlovsky, Moccio y Martinez, entre otros.

Por su lado, Enrique Pichon Riviere, sin dejar el psicoanálisis, realizó un aporte fundamental a la dimensión tanto teórica como práctica de la Psicología social de nuestro país. Como derivación de las modificaciones psicoanalíticas desarrolladas por Wilhelm Reich crecieron la psicología de la Gestalt (Fritz Perls) y la Bioenergética (Alexander Lowen). También nuestro país recibió los aportes de Rogers.

El psicoterapeuta estadounidense Irwing Yalom produjo una de las expresiones más claras de la psicoterapia grupal americana. Francia, por su parte, aportó los trabajos de Didier Anzieu, Max Pagés y René Kaës.

En la Argentina, el crecimiento del trabajo con grupos se relacionó con la preocupación por los temas sociales que caracterizó el final de los años sesenta. Luego, los años setenta, determinaron un fuerte repliegue hacia el individualismo.

Respecto a la relevancia del trabajo con grupos en el tratamiento de adictos en CT se consultaron a los profesionales del Programa Andrés quienes afirman que pasado el periodo de inducción, en el cual se trabaja con el compromiso de abstinencia, lo grupal debe ser eje y campo del tratamiento. Cada grupo persigue objetivos diferentes en este esquema de tratamiento.

Se parte de la idea de que pasamos la mayor parte de nuestras vidas insertados en diferentes grupos y que, a través de la socialización, nos constituimos como individuos. El proceso de socialización se realiza mediante un doble movimiento que implica la *personalización*, proceso por el cual un individuo se convierte en una persona, un ser humano como los demás y entre

los demás; y luego la *individuación* que es el proceso por el cual una persona se singulariza de los demás.

La falta de individuación se traduce muchas veces en insatisfacción y en sentimientos de ansiedad y en el polo opuesto una gran cuota de ésta también se traduce en sentimientos negativos. Así, el proceso de individuación consiste en la búsqueda del equilibrio entre la similitud y la diferencia con el otro.

La primer parte de la vida del individuo se halla exclusivamente en el seno del grupo familiar. Luego aparece la guardería, el jardín, la escuela y el individuo se va insertando en otros grupos. Este nuevo grupo de compañeros irá adoptando cada vez más importancia, hasta que en la adolescencia serán quienes ofrezcan a los jóvenes los medios de organización que le permitirán desprenderse del modelo parental.

Ahora, ¿qué sucede cuando de algún modo los momentos iniciales del proceso de socialización han fallado o no han sido totalmente efectivos?

La CT aspira de algún modo a convertirse en un grupo de referencia para quienes la componen, entendido éste como “(...) aquellos grupos a los cuales el individuo se apega personalmente en cuanto miembro actual o a los que aspira apearse psicológicamente; o, en otros términos, aquellos con los que se identifica o desea identificarse” (Sheriff, c.p. Blanchet y Trognon, 1996)

Tajfel y Turner sostienen que el individuo se percibe como semejante a otros de su mismo grupo de pertenencia (Huici y Morales, 1989). La teoría afirma que las personas tienen la necesidad de valorar positivamente su grupo de pertenencia y esta apreciación se realiza a través de apreciaciones comparativas del propio grupo con respecto a otros. Los individuos tratan de buscar la pertenencia a otros grupos cuando su pertenencia a aquellos en los que se encuentran insertos contribuye de manera negativa a su identidad.

Esta búsqueda de pertenencia podía observarse durante la práctica pre profesional en varias situaciones. Por un lado, en diferentes dispositivos grupales los residentes expresaban la dificultad que de niños o adolescentes habían tenido para lograr empatía con sus pares en los diferentes grupos que

integraban (escuela, club, etc.). Más tarde encontrarían el sentido de pertenencia en el grupo de adictos.

Asimismo, pudo observarse la implicancia del sentido de pertenencia en las reiteradas visitas de ex residentes a la Comunidad para compartir alguna actividad o simplemente un coloquio con el staff o algún compañero. Si bien resulta vital que quienes realizan el tratamiento en CT sientan que pertenecen a dicho grupo, también este grupo deberá ser sustituido por otros en el camino hacia la recuperación.

Cuando el grupo de referencia de una persona es su grupo de pertenencia, la comparación social resulta un componente inmediato de integración. Caso contrario, se sentirá rechazado, llevando consigo la desindividuación que puede llegar hasta el odio por sí mismo.

A continuación se expone el fragmento de una sesión de grupo en el cual la autora del presente trabajo participó como observadora y en el que un residente expresa claramente su percepción de pertenencia a un grupo de la sociedad que necesita robar y drogarse para obtener identidad. También expresa su creencia de no poder pertenecer en el futuro a grupos con otros valores.

Fragmento de desgrabaciones de una sesión de grupo

P: Paciente

Psi: Psicólogo

OST: Operador Socio Terapéutico

P: ...y es hasta el día de hoy que si no estoy vestido de cierta forma, si no tengo...no tengo mucha ropa, pero si no tuviera esa ropa me siento un gil.

Psi: ¿Eso sentís hoy todavía?

P: Sí

Psi: ¿Y qué pensás de eso?

P: No sé. Yo, ya desde los 14 años empecé a ser así, con los pibes, con todo. El que no robaba, el que no tenía droga, el que no tenía ropa era un gil. Ya como que lo tengo re incorporado.

Psi: ¿Pero vos de eso qué pensás?

P: Que hay que dejar la imagen

Psi: ¿Qué hay detrás de la imagen?

P: Detrás de la imagen estás vos

OST: A ver, si vos dejás de pertenecer a este tipo de gente ¿se te ocurre a qué otro tipo de gente podés pertenecer?

P: No. No se me ocurre.

Al insertarse en el grupo, el sujeto encontrará semejantes que se encolumnen delante de él y que le servirán de modelos identificatorios y otros detrás, que lo tomarán como modelo. En esas circunstancias, no se entablan solamente lazos afectivos de identificación donde el otro cuenta como modelo, sino que como señalara Freud (1921) los otros operan también como objeto, como auxiliar y como enemigo.

Hay simultáneamente, una ligazón identificatoria por la que su “yoes” en parte se superponen y fusionan en torno a una figura paterna que les sirve de ideal común y como referente de las normas que regulan sus comportamientos. Esto les servirá para mantener alejadas las sensaciones de vacío, pánico y descontrol impulsivo. Se considera que es la institución quien a través de los coordinadores y las reglas que se imponen representa esa figura paterna.

La Comunidad aprovecha este vínculo transferencial para estimular la progresiva diferenciación por la que cada uno puede procesar y expresar su experiencia con un lenguaje propio. El proceso que contrarresta la tendencia resistencial a la masificación es alimentado por numerosas actividades grupales coordinadas por operadores y profesionales.

En este sentido, Yaría (1988) afirma que la Comunidad Terapéutica fracasará en su cometido si el residente no queda reconocido en su singularidad dentro

del grupo. No sólo a través de un acto terapéutico individual, sino fundamentalmente a través de una escucha institucional de su historia singular. Las múltiples intervenciones que se utilizan en la Comunidad (desde el llamado de atención hasta la confrontación) se edifican en clara oposición a las pautas del universo adictivo y tiende, entre otros objetivos, a la incorporación de los límites que faltaron o fueron deficitariamente internalizados. Aquí es el grupo el que pondrá de manifiesto los manejos defensivos, las actuaciones, la soberbia y la máscara autosuficiente que muchas veces suele caracterizar a estos pacientes.

Se ha observado que el grupo de residentes de la CT manifiesta durante el tratamiento una marcada resistencia al cambio. Esta resistencia se debe al desequilibrio que implicaría la modificación y reorganización de sus funciones habituales.

Dado que el objetivo final que persigue la CT es que el residente logre la reinserción, la recuperación y un estilo de vida sana, realizar un cambio es imprescindible. El grupo debe pasar por tres fases o estados para lograrlo (Lewin, 1951):

- 1) descongelamiento del nivel presente
- 2) desplazamiento hacia el nuevo nivel
- 3) congelamiento de la nueva situación

El descongelamiento consiste en provocar una disminución de las defensas racionales. Una vez introducido el cambio deseado, el congelamiento es una vuelta a la racionalización de dicho cambio en forma de normas y estándares organizados, para que se haga estable. Este cambio grupal produce inevitablemente el cambio a nivel individual.

Asimismo, la CT contribuye a la cohesión del grupo aumentando los siguientes fenómenos postulados por Blanchet y Trognon (1996):

- el número global de interacciones
- el número de interacciones positivas, amigables y cooperativas

- la influencia del grupo sobre sus miembros
- la eficacia del grupo en la realización de sus fines
- la satisfacción general de sus miembros
- la moral del grupo
- el sentimiento de seguridad
- la opinión que los miembros tienen de ellos mismos.

La CT, en tanto grupo primario, según las categorías de grupos distinguidas por Anzieu y Martín (1968), posee un alto grado de organización y un número pequeño de participantes orientado hacia la acción importante e innovadora de recuperarse de la adicción a las drogas. Como todo grupo se caracteriza por las funciones que ejerce según las condiciones de su formación y evolución, a saber:

- La puesta en común de un fin: la constitución de un grupo presupone que sus miembros tengan un interés común suficientemente importante y que cada uno de sus miembros pueda interiorizarlo. De esta manera el interés en común se convierte en interés común. Desde el comienzo del tratamiento, profesionales y residentes tratan de imprimir en los pacientes que ingresan que el objetivo de la recuperación es individual y grupal. Las consecuencias de los actos individuales dentro de la Comunidad son para todos, buscando con esta premisa que todos vean en los objetivos del otro sus propios objetivos. Durante la residencia pudieron observarse distintas situaciones en las que un error, en apariencia individual, provocaba consecuencias al resto de los residentes. Un ejemplo es la incorporación del examen antidoping al regreso de las salidas semanales de las que gozan algunos pacientes, porque uno de ellos no evidenció su recaída en el consumo y el resto no utilizó las herramientas que pone a disposición la Comunidad para

ayudarlo. Ayudarlo, no era encubrirlo (manteniendo la cultura del drogadependiente) sino exponerlo al grupo.

Cotidianamente existían diferentes situaciones individuales que provocaban por ejemplo que se quedaran sin plan de salida semanal o actividades recreativas.

- La definición de fronteras: todo grupo se establece en relación con otros grupos, instaura los límites que crean un sentimiento de pertenencia para sus miembros, en conformidad con el rechazo de los miembros que no están de acuerdo con él.

A medida que avanza el tratamiento el que era considerado grupo de pertenencia para el residente pasa a ser el grupo que debe abandonarse. Esto requiere un trabajo intenso por parte del individuo, del staff y de su red.

- El establecimiento de relaciones interpersonales: cada miembro del grupo construye una representación mental de los demás, con los cuales está comunicado personalmente.

Resulta interesante observar el tipo de relación que se da entre los residentes de la CT y cómo tanto las identificaciones positivas como las negativas les permite trabajar diferentes situaciones en los distintos dispositivos.

Grimson (1999) considera que a diferencia del diálogo bipolar que aparece en lo individual, en la dinámica grupal se busca ser concertante, aunque muchas veces tome la forma contraria.

Afirma que:

(...) busca cuidado el desprotegido, manifiesta rechazo a la ternura el necesitado y el deprimido está convencido de que nadie podrá curarlo del abrigo de la melancolía..., el inseguro nos trae su incompletud como fracaso cuando tal vez sea su logro. Recién cuando todos salgan de sus refugios predilectos podrán crear. (p.126).

- La constitución de una organización: los miembros de un grupo adoptan funciones y status diferentes y establecen las normas. Como en toda casa sus miembros tienen algún tipo de organización. Por su patología estas personas buscan quebrantar las normas continuamente. Los grupos comunitarios realizados una vez por semana intentan revisar las normas y procedimientos y se trabaja entre otras cosas cómo se vivenció durante esa semana la figura de autoridad asignada a algún residente.

Otro factor muy importante en el trabajo grupal está relacionado con la función de quien los coordina. El coordinador co-ordena el funcionamiento grupal. Presta atención a lo dicho y a los silencios que el grupo produce. Es considerado un operador por su capacidad de lograr modificaciones en el grupo.

En la participación de los distintos dispositivos se ha podido observar, que el grupo suele presentarse en los primeros momentos de manera regresiva, lo que requiere de la experiencia del coordinador, quien no debe desconectarse del objetivo central, sino tenerlo presente en todo momento.

El grupo testea al coordinador, invoca continuamente su capacidad de tolerar situaciones generalmente invocadoras de ansiedad, como si necesitara preguntarse en cada reunión si va a ser contenido, cuidado y entendido.

1.6.1 Distintos dispositivos grupales en la CT

Se denomina dispositivo al conjunto de condiciones normativas de la tarea a desarrollar: número de integrantes, tiempo de las reuniones y frecuencia de las mismas, duración limitada o ilimitada del funcionamiento del grupo y especialmente del contenido que se trabaja en los mismos y el tipo de

intervenciones de los coordinadores de los mismos. De acuerdo a cuál sea el dispositivo grupal se producirán diferentes efectos. Los dispositivos grupales ofrecen posibilidades de contener y elaborar personal y colectivamente los nuevos elementos que irrumpen en la realidad psíquica.

El logro de la aparición del pensamiento en una estructura impulsiva, como la de estos pacientes, es una de las artesanías más delicadas para el equipo. Este objetivo se ha visto plasmado en la mayor parte de los procedimientos utilizados por la institución. En la base de la impulsividad hay una desesperación que no encuentra continencia en el sujeto y que frecuentemente se resiste a ser pensada. Aquí el acto expulsa al pensamiento. Desarrollar la posibilidad de pensar requiere frenar las actitudes psicopáticas, tolerar no tener respuesta para situaciones complicadas, admitir la confusión, descubrir que puede anticiparse, detenerse y en muchos casos modificarse. El detener el impulso resulta una condición necesaria, aunque no suficiente, para que la terapia sea posible. Al impulso lo acompaña la dificultad para relajarse, para organizarse hacia un objetivo grupal, la dificultad para la coordinación de música y ritmo y la dificultad en plantear y realizar una tarea. El impulso trata de ocultar las dificultades, de saltar por encima de ellas a modo de engaño o ilusión.

Cordon y Edelman (2002) sostienen que sea cual fuere el dispositivo el grupo siempre va a tener una función de apuntalamiento, entendiéndolo como una red de solidaridades que sostienen el funcionamiento del psiquismo. Se trata de un sistema de apoyos múltiples (el propio cuerpo, la familia, los grupos, las instituciones y el contexto social en su conjunto) que cumplen las funciones de sostén, modelización del espacio transicional y por qué no de un espacio de juego y creatividad que permitirá desarrollar aspectos del psiquismo aún no constituidos.

Las autoras anteriormente mencionadas afirman que los dispositivos multipersonales muchas veces facilitan la comprensión de diferentes planos de

la trama vincular y las modalidades en que éstos se manifiestan en la situación de grupo, a saber:

- Aspectos intrapsíquicos dados por la estructura de personalidad y la historia del sujeto, que incluyen los procesos y productos identificatorios, especialmente las identificaciones secundarias y las correspondientes al yo ideal, así como las fantasías secundarias propias de cada sujeto.
- Aspectos correspondientes a la intersubjetividad, es decir un fenómeno relacional que implica un aspecto manifiesto y consciente, y un aspecto inconsciente, en el que se halla presente la depositación recíproca de partes de cada uno en el o los otros; una traducción y metabolización del mensaje del otro modificado en el pasaje al interior de cada sujeto.
- La incidencia en la subjetividad de organizadores socio-culturales como las variables institucionales, las representaciones sociales o los enunciados identificatorios, portadores de los ideales sociales, que atraviesan a los miembros en su conjunto.

En el caso de la CT, el grupo es utilizado una vez más como herramienta para la transformación de la realidad y para la tramitación de los procesos concernientes a la subjetividad. “El lazo social constituye una condición de posibilidad para la existencia misma del psiquismo y es garantía de su continuidad a lo largo del tiempo, incide en la elaboración personal y colectiva de la crisis y de las situaciones traumáticas y de catástrofe social” (Cordon y Edelman, 2002, p.261)

La mayor parte de las actividades en la Comunidad Terapéutica se hacen en grupo y cada uno de éstos posee características diferentes y aporta algo en el tratamiento.

Se pueden determinar dos modalidades de espacios. Uno de ellos “terapéutico” y otro de “lazo social”. Esto se debe a la necesidad de estos sujetos de una

estructura de sostén que les brinde cierto soporte simbólico y lazo social, para poder sostenerse o bien para realizar el tratamiento. A través de estos grupos se trata de posibilitar cierta relación con el otro, que puedan establecer una relación diferente que la que tenían con el tóxico.

Los espacios terapéuticos son los de tratamiento individual, de entrevistas familiares, de grupos red y de los grupos de reflexión, de autoayuda o terapéuticos propiamente dicho.

Los de lazo social son espacios colectivos con actividades diferentes, como ser talleres de plástica, música, de actividades físicas, de periodismo, de panadería y de cualquier otra actividad que la institución considere que aporta recursos al grupo en general y al sujeto en particular. Se trata de alentar lo grupal, pero no lo grupal como exclusivamente terapéutico, sino como un lugar de relación social y de una vinculación distinta a la que estaban habituados. Existe la premisa de no terapeutizar todos los espacios. Los espacios terapéuticos deben estar bien delimitados y los demás son espacios sociales.

A pesar de que los pacientes concurren a la institución con cierto rasgo de identificación que los unifica en un colectivo, que es “ser adictos”, el planteo es justamente que no se agrupen exclusivamente por el rasgo. Por eso debe trabajarse la cuestión de la particularidad y la posibilidad de singularización, en apariencia tan difícil de lograr. Se trabaja en el desarrollo de estrategias cognoscitivas para mejorar la autoestima y desarrollar mapas para un cambio personal positivo, desarrollar expectativas adecuadas para el tratamiento y la recuperación.

Los objetivos que persiguen estos dispositivos grupales son según Caballero Martínez (2006) los siguientes:

Individuales

- 1- La desintoxicación
- 2- Estabilización emocional
- 3- Autoobservación

- 4- Fomento de la introspección y del cambio cognitivo
- 5- Enfoque de cuestiones vitales como el trabajo o la sexualidad
- 6- Solución de problemas

Grupales

- 1- Educación sobre la adicción a las drogas
- 2- Apoyo a otros miembros
- 3- Confrontación como cuidado
- 4- Fomento de la expresión emocional
- 5- Compartir los fines

Los grupos constituyen un escenario en el que se dramatizan espontáneamente los conflictos de los ámbitos intrapsíquico, Inter. Y transobjetivo. Es a partir de esta dramatización que se abren las posibilidades de modificación (Bernard, 1977).

El trabajo en grupo incluye las tareas de estabilización de los nuevos miembros, el control de sus crisis, el fomento de la cohesión grupal, el trabajo de grupo y el de la transición fuera del grupo. Todos los grupos han de afrontar la tendencia a la negación y al engaño y evitar la designación de chivos expiatorios para ocultarse detrás de ellos.

Cada dispositivo cumple una función en el tratamiento y ese espacio estipulado debe ser respetado. Existe un espacio para hablar de los sentimientos que una actitud o un hecho causó, otro para expresar situaciones de su vida personal que necesiten ser expresadas, para hablar de la convivencia también existe un espacio en el cual se repasan las normas de la Comunidad.

El tener que esperar el espacio correspondiente hace que el residente trabaje su impulsividad y la dificultad de esperar, tan habitual en esta patología.

Tipos de grupos en la CT- Programa Andrés.

ASAMBLEA: es la instancia normatizadora de una institución terapéutica, allí se expresa la convalidación o el disenso de las normas.

La norma tiene en la CT de adictos un protagonismo especial como consecuencia del componente psicopático que acompaña a la conducta de abuso y que se encuentra presente con alta frecuencia.

Durante la residencia se pudo observar que este dispositivo es utilizado cuando por diferentes motivos se hace necesario aclarar las reglas que deben cumplirse para permanecer en la CT. Es una instancia en la que el operador socioterapéutico adopta una posición sumamente directiva y determinante, sin lugar a la discusión o al mínimo debate. Se vuelven a informar las normas de convivencia y se le dedica un espacio a reforzar el tema de las consecuencias que tienen todos sus actos, tanto en la CT como en la vida.

GRUPO MATUTINO/ GRUPO DE CIERRE/ GRUPO COMUNITARIO: son grupos en los que se revisan los objetivos, los procedimientos y el funcionamiento de la CT. Se asignan roles dentro de la casa y se trabaja con lo que implican, tanto para el depositario como para el resto del grupo.

Uno de los temas importantes que se analizan en este espacio es el material que surge semanalmente de las salidas a su casa, a su contexto. Es importante que esta información sea traída al grupo y trabajada por el sujeto tanto en la instancia grupal como en la individual. Es el monitoreo de la capacidad de transferir o no las herramientas adquiridas en la Comunidad lo que brinda información real del proceso que atraviesa cada paciente.

Este dispositivo constituye un seguimiento minuto a minuto de los que sucede con cada residente como consecuencia de los hechos que se van suscitando en la interacción con el grupo de la CT y fuera de ella.

En el Programa Andrés, los grupos matutino y de cierre se realizan diariamente y el Comunitario con una frecuencia semanal. Son coordinados por los operadores socioterapéuticos, quienes además permanecen con el grupo durante toda la jornada.

LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN DE NOTICIAS: Es un dispositivo utilizado en la CT Programa Andrés con una frecuencia semanal. Coincide ampliamente con lo que se conoce como grupos de reflexión, en tanto se propone favorecer la elaboración de las vivencias subjetivas y su significación y sentido social (Tortorolo, 2002). Es un espacio privilegiado para el trabajo de la subjetividad, ayudando al sujeto a comprender lo que vive, a descubrir el sentido de emociones, afectos y pensamientos, a responder y a abrir interrogantes. A encontrar lo que tiene en común y lo que lo diferencia de otros. El efecto terapéutico surge de las modificaciones de ciertos estereotipos e intercambio de información.

En la CT, a diferencia de lo que sucede comúnmente en un grupo de reflexión, sus integrantes se consideran a sí mismos pacientes.

GRUPO DINÁMICO O DE SENTIMIENTOS: Este dispositivo funciona con una frecuencia semanal. Tiene como particularidad que durante toda la semana los pacientes depositan un papel en una urna en donde escriben el nombre del sentimiento que una persona o situación les provocó. La finalidad es que aprendan a tolerar la espera, a manejar el impulso, a no actuar en ese momento y a expresarlo en el espacio correspondiente. Resulta muy interesante observar la dificultad de estos pacientes, por lo menos al principio del tratamiento, para conectarse con las propias emociones.

Llegado el momento del grupo, cada uno de los residentes expone los sentimientos y las situaciones respectivas, diciendo: "Te traigo al grupo porque el otro día te reíste y miraste mal...cuando estaba hablando de una situación que para mí no era tonta. "Esa reacción tuya me causó rabia, violencia". (Cuaderno de registros, 2004)

Es muy común en los comienzos del tratamiento, encontrar que los únicos sentimientos que los pacientes manifiestan son la rabia y la violencia. Sólo transcurrido un tiempo logran angustiarse y expresarlo.

Muchos de los dispositivos grupales que funcionan en la CT (grupos dinámicos o de sentimientos, comunitarios) respetan de algún modo el principio de la

dinámica de los grupos de ayuda mutua que requiere que todos los integrantes sean pares: es tan paciente el que coordina como quien es coordinado (Lagomarsino, Minster y Catharino, 2002). Así funcionan en la actualidad muchos grupos que son coordinados por los pacientes mismos y entre los cuales se encuentra Alcohólicos Anónimos. La persona recuperada es quien transmite su experiencia y contiene al grupo en el camino de la abstinencia.

En el Programa Andrés, la figura del Operador Socioterapéutico funciona a la vez como par, en tanto adicto recuperado, y como profesional, en tanto la CT lo considera formado para llevar a cabo la actividad.

EL GRUPO ESTÁTICO: es el dispositivo que más coincide con la Psicoterapia de grupo. Sólo acceden a él los residentes que tienen un tiempo de tratamiento y que, luego del logro de la abstinencia, ya pueden cuestionarse algo de otro orden. En este grupo más que en otros, se llega a conocer la historia del residente más allá de la adicción a las drogas.

Dado que esta forma de psicoterapia debe tener una indicación de acuerdo a un diagnóstico, requiere un coordinador de grupo entrenado en terapia de grupo y especializado en abuso de drogas, tanto del abusador como de la familia. En este caso el coordinador no necesariamente tuvo que haber compartido la patología.

EL GRUPO DE PADRES: La participación familiar en el tratamiento de las adicciones resultó de un cambio conceptual, estratégico y técnico de los últimos tiempos. Atiende a la necesidad de relacionar la intersección de causas que han determinado o moldeado conjuntamente la aparición de la conducta de abuso, que se entronca con las costumbres del grupo y afecta valores, concepciones éticas, ideas sobre el riesgo propio y la capacidad de dañarse o cuidarse.

Este grupo se realiza en el Programa Andrés con una frecuencia semanal y tiene como objetivos principales:

- Que las figuras parentales acompañen en el tratamiento y que a partir de explorar su propio rol puedan realizar los cambios necesarios.
- Desarrollar la capacidad para poner límites y pautas.
- poder actuar como red de contención emocional para sus hijos.
- Trabajar la modalidad de comunicación, los roles, las jerarquías, hasta lograr un patrón familiar que permita el crecimiento y desarrollo de sus integrantes.

En general se atiende a una familia aunque sólo uno de ellos sea quien está internado, porque el problema afecta a la familia y ésta, a su vez, afecta a la evolución del problema.

Existe casi un acuerdo general en que la familia, sea cual fuere su estructura y su situación, desarrolla y define la identidad básica de una persona porque es quien la acompaña en la etapa del modelado inicial. La función por excelencia sería la de ser el centro regulador de los afectos, el introductor de la fantasía imaginaria y un matizador en el bombardeo de información al que todos estamos expuestos continuamente.

Winnicott (1986) sostiene que, en la medida en que se encuentre con un ambiente facilitador y una madre que cumpla amorosamente su función, durante su experiencia de maduración, el niño podrá ir integrándose, personalizándose y desarrollando su capacidad de relación con los objetos.

Mayer (1997) afirma que si por el contrario la función materna se ha cumplido deficitariamente, el niño registra la dependencia como algo muy peligroso y se retrae defensivamente hacia un mundo narcisista o desplaza el vínculo dependiente hacia un objeto que permita la ilusión de ser controlable como ocurre en el fetichismo, las fobias y también en las adicciones.

Asimismo, advierte que se insiste en destacar la íntima relación entre las adicciones y el desdibujamiento de la figura paterna como referente de la Ley, pero que nadie tendría ya que poner en duda el papel fundamental y predisponente, del déficit de la función materna.

Los grupos familiares incorporan y transmiten a sus miembros este estilo adictivo donde los esfuerzos se centran no tanto en la elaboración de los conflictos que generan ansiedad sino en adquirir o consumir un objeto tranquilizante que actúe como tapón de los baches internos (Abadi, 1996)

En consonancia a lo que sostuvo Winnicott (1986) respecto que la carencia ambiental objetiva sólo puede ser reparada por una provisión ambiental objetiva, las Comunidades Terapéuticas han ido incorporando progresivamente el trabajo con las familias, constituyendo de este modo una antesala a la terapia familiar.

Desde el principio del tratamiento, se intenta rastrear evidencias de la existencia de un modelo adictivo propio de la familia. Muchas veces se expresa en un consumismo sin límites, en una adicción al trabajo o en una sobreexigencia de rendimiento. La patología social emerge bañada de las creencias familiares, a las que expresa y contiene. Estas creencias no son refutables ya que su papel como sostén de la identidad de grupo las convoca y sostiene. Dice Barilko (1995) que los padres permisivos no dan libertad, sino licencia, y de esta manera otorgan vacío para que el otro haga lo que quiera. Modificar el proceso que llevó a la concentración de las conductas sintomáticas en uno de los integrantes, requiere deshacer una madeja compleja de situaciones que se han ido sumando hasta desencadenar en la adicción.

Cada programa elige las formas de participación que prefiere (padres, hermanos, parejas), pero todas ellas apuntan al compromiso, al aporte y a la suma de recursos que impactan no sólo en quien se interna si no en toda la familia. Se ha podido observar en la CT Programa Andrés que las familias de quienes logran finalizar su tratamiento, registran el proceso de transformación y en muchos casos se convierten en vocero de la acción terapéutica del programa, difundiendo esa acción en la comunidad.

GRUPOS DE NOVIAS/OS Y ESPOSAS/OS: Se realiza una vez por semana y convoca a las parejas de los residentes. Se ha observado una gran cuota de ansiedad por parte de éstos respecto a este dispositivo, en algunos casos porque desconocen cuál es el estado del vínculo al momento de la internación, ya que muchos fueron apartados de sus hogares como consecuencia de sus actos adictivos.

Algunos de sus objetivos son:

- contener a las parejas de las personas en tratamiento
- abordar cuestiones particulares del vínculo; abordar y explorar tensiones.
- tratar de encauzar la ambigüedad de los sentimientos que mantienen
- trabajar sobre el vínculo de co-adicción

Es un espacio muy interesante por la diversidad de problemáticas que se plantean. Por la patología que los convoca surgen temas relacionados con la violencia familiar, abuso, delincuencia y por supuesto adicción a las drogas. En muchas ocasiones, se arman talleres para profundizar e informar sobre estos temas que conviven con la adicción.

EL GRUPO RED Y MULTIREDA: Sabemos que el lazo social constituye una condición de posibilidad para la existencia del psiquismo y es garantía de su continuidad a lo largo del tiempo. Incide en la elaboración personal y colectiva de la crisis y de las situaciones traumáticas.

Las redes sociales de los adictos suelen ser menos densas y de menor tamaño que las de la población general. Asimismo, aunque esta red fuera de similar estructura, los elementos que la componen y el contenido de la interacción son diferentes, ya que el consumo de drogas se convierte en el elemento central de esa red. La presencia de compañeros consumidores, o la frecuentación de

entornos en los que se ha consumido drogas, actúan como estímulos condicionados que facilitarían la respuesta de consumo.

Desde este punto de vista, el trabajo sobre la red social debe orientarse hacia minimizar el apoyo de la red de consumidores, vincular a la red sujetos con estilos de vida libre de drogas y fomentar la estima del adicto hacia los miembros de su red.

En este sentido, se expone una frase expresada por un residente durante la sesión de un grupo estático en la CT donde surge el tema de su carencia de una red de contención saludable:

Toda mi vida con la gente que me comuniqué era loca (adicta), porque teníamos una vida en común, sobre todo de falopa. Conocer gente, en jerga nuestra careta, te cuesta mucho porque no sabés de qué hablar. Cuesta muchísimo. Amigos que no consuman, no tengo. Me va a ser muy difícil porque tengo que cambiar el estilo de vida que tenía antes. Es empezar a descubrir que hay cosas buenas sin consumir, como ir a una confitería y no tomar una cerveza o ir a una plaza y no fumarte un porro".
(Cuaderno de registros, 2004)

Estudios realizados (Broome, Joe y Simpson, c.p. Conde, Fernández Montalvo, González, López Goñi, 2003) demuestran que la red de apoyo social de los pacientes que continúan en tratamiento es un factor más importante que otras medidas de pretratamiento, es decir, que dicha red mejora los resultados en los programas de intervención.

Este grupo está dirigido a amistades positivas, familia ampliada y personas con lazos solidarios.

Sus objetivos son:

- proveer a la red social de herramientas para establecer una alianza terapéutica con la Institución.
- brindar información sobre la institución y las características de la problemática para facilitar la contención.

El grupo multired se realiza mensualmente y convoca al grupo red de cada residente y hay participación activa de todos los integrantes del grupo. Conforma una red ya no solo para el residente sino para todos los familiares y amigos que tienen en común esta problemática.

Sus objetivos principales son:

- fortalecer los lazos solidarios de contención entre pacientes y su red.
- promover la interacción y expresión de emociones entre los participantes.

7. EFECTIVIDAD DE LA CT Y SUS DISPOSITIVOS GRUPALES COMO METODOLOGÍA DE TRATAMIENTO EN ADICTOS.

Las investigaciones que intentan medir la efectividad de esta modalidad de intervención se han centrado en las variables relevantes para predecir el resultado del tratamiento tales como: el paciente; el terapeuta; el enfoque clínico y variables inespecíficas que contemplan el ambiente donde se desarrolla la terapia. La alianza terapéutica temprana parece ser un pronosticador consistente del afianzamiento y de la retención en el tratamiento del abuso de droga (Meier, Barrowcloughy Donmall, 2005)

Goti (2003) sostiene que la efectividad del modelo de Comunidad Terapéutica está relacionada con poder ofrecer a cada paciente un plan de tratamiento individualizado que provea una buena coordinación entre sus necesidades y las estrategias empleadas para lograr solucionar esas necesidades.

Durante la práctica en la CT Programa Andrés, se han observado ciertas dificultades para llevar adelante un plan de tratamiento individual, aunque ese sea uno de los objetivos fijados.

Los estudios descriptivos (Comas, 1992) fueron los primeros en desarrollarse en España desde el año 1935. Respondían al interés por conocer el perfil de la población que se atendía en este tipo de instituciones. En cambio, los estudios de seguimiento comenzaron a realizarse en los años sesenta y se orientan a conocer la efectividad de los tratamientos en los usuarios estudiando la evolución de una población a través de un análisis transversal para conocer los cambios ocurridos a través del tiempo.

Se ha demostrado que la internación de pacientes en una CT está asociada a varios resultados positivos. Por ejemplo, el estudio de los Resultados de los Tratamientos para el Abuso de Drogas (DATOS por su sigla en inglés), sobre los resultados de los tratamientos de drogadependencia, demostró que aquellos que completaban con éxito el tratamiento en una CT tenían niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol y de comportamiento delictivo; desempleo, e indicadores de depresión que antes del tratamiento.

El seguimiento de una muestra de consumidores tratados en Comunidades Terapéuticas en nuestro país (Kornblit, 2004), indica que luego de un año de haber sido dados de alta, la percepción de quienes pasaron por este proceso ha cambiado de manera positiva en diferentes aspectos de su vida como ser:

- La situación laboral y/o de estudios
- La situación legal
- Situación del consumo
- Percepción de sí mismo
- La salud
- Relación con sus padres
- Relación con otras personas
- La vida en general

Se desconocen datos cuantitativos acerca de la efectividad del Programa Andrés como Centro de Rehabilitación de Adictos a las drogas. A nivel cualitativo, la experiencia durante la práctica pre profesional indica, al igual que

los datos surgidos de los estudios anteriormente mencionados que, el paso por una CT no asegura la cura pero en muchos casos, deja inscripto en el sujeto algo de lo trabajado en los distintos dispositivos. De esta manera, existe la posibilidad de que las recaídas sean parte del proceso de recuperación y no el final de éste.

8. CONCLUSIONES

Como se ha podido expresar a lo largo de este trabajo, resulta fundamental tener en cuenta que las adicciones no responden a una sola causa, sino a los diversos aspectos en los que se encuentra implicado el sujeto. Se trata de una problemática compleja que debe ser abordada en su totalidad.

En la actualidad, la CT constituye la modalidad socioeducativa para el tratamiento de la adicción. Surgió en nuestro país a fines del siglo pasado y actualmente utiliza el modelo integrativo de la comprensión de las adicciones, el cual intenta abarcar toda la complejidad biopsicosocial.

En la etapa inicial del tratamiento en CT tiene más relevancia la intervención basada en la neurobiología de la adicción. Posteriormente adquieren más peso los elementos dirigidos a reenfocar el estilo de vida, a variar los hábitos de conducta y a modificar los rasgos de personalidad que resultan más disfuncionales. Este abordaje le da marcada importancia al contexto y a la contención que brinda o puede brindar su red social.

Pasado el periodo de inducción en el cual quedan establecidas las pautas de convivencia, lo grupal es el eje y campo del tratamiento en la CT. Toda actividad es realizada en grupo, y cada uno de sus dispositivos persigue objetivos específicos y provee al sujeto de un encuadre que le permitirá en muchas ocasiones aprender a tolerar la espera.

Se considera que la internación en CT debe ser un recurso a utilizar cuando otros han fallado o han de hacerlo por distintas causas. Por tal motivo, resulta de relevancia, detectar en la o las entrevistas de admisión cuál es la demanda del paciente y a partir de ello cuál es la modalidad de intervención más favorable para el mismo.

El arrancar a una persona del contexto al cual pertenece, aunque así sea para su recuperación posee consecuencias poco favorables. Por lo tanto, la internación debe reservarse para pacientes resistentes al tratamiento ambulatorio, para aquellos cuyo consumo implica un riesgo grave o para quienes carecen del soporte necesario para realizar un régimen de atención menos intensivo.

Las CT no desconocen, en la actualidad, lo que implica separar al adicto de su contexto, por lo que en muchos casos han dejado su práctica en granjas y quintas alejadas de la Ciudad para instalarse en zonas más urbanas. Se ha comprobado que este tipo de tratamiento debe incluir la exposición del residente a aquellos estímulos que lo llevaron a la droga y a los que permanecerá expuesto cuando regrese a su contexto. De la transferencia satisfactoria de las herramientas y valores adquiridos en la Comunidad a su vida en sociedad dependerá en gran medida el éxito del tratamiento. Por tal motivo, el plan de intervención contempla salidas semanales de los pacientes a sus hogares una vez alcanzados algunos objetivos, principalmente la abstinencia. El material que surge de estas interacciones con el afuera permite trabajar las dificultades concretas e ir anticipando futuras situaciones.

Otro factor considerado de relevancia para obtener resultados satisfactorios en el tratamiento es el trabajo con las familias y la conformación de una red social

de contención. Es fundamental que cuando el paciente deje la CT cuente con una estructura social positiva que le permita continuar con el proceso de recuperación. Se ha podido observar durante la residencia que aunque el paciente cuente con muchos de los recursos personales necesarios para recuperarse, la carencia de una familia contenedora y de una red que lo apoye en su nuevo estilo de vida, disminuye notablemente las posibilidades de recuperación. Por lo tanto, resulta imprescindible trabajar el vínculo de co-adicción que existe en muchos casos, y que hace que quienes acompañan a estos pacientes funcionen como catalizadores del proceso adictivo. Tanto la práctica clínica como las investigaciones (FISAC, 1998) confirman que ciertas variables se encuentran presentes en las familias del grupo de adictos. Se trata de la violencia doméstica, el abuso sexual, las dificultades escolares y el abuso de drogas en padres o hermanos mayores.

La CT intenta abordar estas problemáticas en los distintos dispositivos terapéuticos que ofrece el tratamiento. Éstos y otros temas se trabajan en el grupo de padres, de esposas, grupo red, talleres temáticos y en los grupos de reflexión.

Son varios los criterios que las CT han identificado para considerar al grupo como una herramienta fundamental en el tratamiento de adictos.

Una de las características que se ha considerado clave del modelo socioterapéutico-educativo, es el aprovechamiento de la capacidad de agrupalidad que tiene el adicto y que en gran medida ha aprendido del mundo de la droga. La CT considera que el individuo va a querer cambiar y aprender más a través de su afiliación con otros que tienen el mismo propósito.

El grupo en el contexto de la CT para adictos cumple con la función de sostén y de modelización del espacio transicional, que permite desarrollar diferentes aspectos del psiquismo, en muchos casos aún no constituidos en estos pacientes.

Tiene la particularidad de estar conformado por personas a las cuales les cuesta mucho no sentirse solos, a pesar de estar la mayor parte del tiempo en grupo. Para los adictos, el otro sólo funciona como mero proveedor de algo

que necesitan para seguir en la misma situación. Su demanda exige cancelación inmediata, son intolerantes a la espera.

Algunas investigaciones (Sánchez Hervas y Borjano Peirats, 1996) indican también que los sujetos adictos son más inestables emocionalmente, toleran menos la frustración y tienden con más frecuencia a evadir responsabilidades, cuando se les compara con sujetos que no presentan problemas de dependencia de drogas. Debe tenerse en cuenta, que la relación más estable que estas personas han podido establecer en mucho tiempo es con la sustancia. Muchos de los drogadictos también están involucrados con la justicia, sumando otra problemática al tratamiento.

Otra particularidad de este grupo es que está compuesto por dos subgrupos diferenciados de residentes. El primero está integrado por personas que nunca han tenido un estilo de vida satisfactorio, convencional; los valores de la cultura faltan o no son tomados en cuenta; provienen de un ambiente donde el abuso de drogas es más una respuesta social que un problema personal. Para este grupo la experiencia en CT puede ser llamada "habilitación", o sea la posibilidad de pertenencia a una sociedad organizada y el desarrollo de vida convencional, por primera vez en sus vidas. Este grupo es cada vez más numeroso en las CT, debido a nuestra realidad social actual.

Para el segundo grupo el abuso de drogas es un problema psicopatológico, de personalidad o de malestar existencial. Para ellos el término es "rehabilitación", porque se habla de una vuelta a un estilo de vida previo, conocido pero dejado temporalmente.

Teniendo en cuenta éstas y otras características del grupo estudiado, los distintos dispositivos terapéuticos utilizados en el programa de tratamiento, apuntan a la aparición del pensamiento en estos pacientes, y que éste a su vez pueda mediar entre el impulso y sus acciones. Asimismo, proponen al adicto un proceso de reaprendizaje de costumbres, valores y creencias de vida.

Respecto a la convivencia de dos subgrupos tan diferenciados en la CT, se ha observado durante la práctica preprofesional que las reglas y objetivos generales son los mismos para quienes sólo buscan una rehabilitación de las drogas, como para quienes necesitan una habilitación a la vida social o para

quienes padecen una psicosis. Existen ciertas adaptaciones al caso por caso, como ser la autorización a algunos de los residentes a realizar actividad física fuera de la Comunidad, obtener un espacio de terapia familiar, entre otras posibilidades; pero en muchos casos se evidencia que el sistema no responde a todas las necesidades. Es en la terapia individual donde quienes acceden a ella pueden encontrar la escucha de su historia personal.

Al espacio individual acceden todos aquellos residentes que, ya sea por el tiempo de tratamiento o por sus características personales comienzan a preguntarse acerca de otros temas, más allá de la adicción, a reflexionar acerca del por qué de muchas situaciones pasadas y presentes. No se trata, lamentablemente, de la mayoría de los pacientes. En general, no muchos logran pasar del nivel más conductual de tratamiento.

El conjunto de dispositivos y herramientas utilizadas en CT persiguen objetivos específicos tanto a nivel individual como social. El objetivo primario individual del tratamiento es el cambio de patrones de comportamiento negativos, de pensamientos y sentimientos que predisponen al abuso de drogas. El objetivo primario social es desarrollar un estilo de vida sana, sin uso de drogas. La recuperación estable sería la integración exitosa entre ambos objetivos.

Entre las desventajas contra la que debe luchar cotidianamente la CT se encuentra el hecho de que en el proyecto de lograr un ajuste satisfactorio de estos sujetos a la vida social, suele perderse en muchas ocasiones la singularidad de cada caso. Ollivenstein (1979) refiriéndose a las primeras CT para adictos que aplicaban las técnicas de condicionamiento, expresó que se trataba de un adiestramiento autoritario que buscaba transformar a los drogadictos en individuos humildes y civilizados, en meros robots. En la actualidad las técnicas utilizadas son otras, pero se considera que aún resulta dificultoso hacer foco en la particularidad de cada paciente, por las características de este modelo. Si bien existen rasgos, patrones de conducta, grupos de riesgo y perfiles de adictos y de sus familias, no debería dejarse de lado que detrás hay una historia particular que merece ser tratada como tal, teniendo en cuenta sus necesidades.

Tanto de lo investigado para el presente trabajo como de la breve experiencia de observación en una CT, surge la creencia de que la limitación más importante de este modelo es en verdad la patología a la que intenta abordar, por su alto componente biológico, psicológico y social.

Asimismo, la CT posee como ventaja fundamental el brindar un abordaje integral del sujeto. Brinda un espacio individual y grupal al adicto e integra a la familia y a su red, superando así, a criterio de la autora, a otros modos de abordaje.

La CT actúa como una familia y una sociedad en miniatura, constituyendo un puente, que actúa de andamiaje hacia la reinserción social. Provee de herramientas y valores a los residentes y monitorea en la práctica la adquisición o no de éstas. No se queda en teorías, durante el proceso opera en la realidad en el momento que suceden los desajustes.

Cada CT elige, selecciona y decide cuáles herramientas teórico-prácticas tomar y cómo combinarlas, haciendo su propia artesanía de abordaje. Esta situación implica que no haya, por lo menos disponible, bibliografía respecto de un modelo de intervención compartido por todos los profesionales que trabajan con esta patología. La bibliografía respecto a las adicciones es por cierto abundante pero no así, la divulgación científica de esta metodología de tratamiento en particular.

La CT Programa Andrés propone un trabajo interdisciplinario, en el cual conviven profesionales de distintas áreas. Los objetivos generales son conocidos por todos los que participan del proceso, pero la modalidad de intervenir en los diferentes espacios está relacionada, a juicio de la autora, más con una característica personal de cada profesional, que surge de su formación, disciplina y orientación dentro de la misma, que por una metodología de trabajo establecida, donde la evaluación de cada paciente contemple un plan de acción particular de acuerdo a su historia personal. Se ha observado, que el mismo dispositivo con los mismos integrantes pero con un coordinador distinto, posee una dinámica completamente diferente.

Se considera que esta situación puede resultar positiva para aquellos profesionales con trayectoria y experiencia en el tratamiento de adictos pero para aquellos profesionales que se inician puede resultar algo desconcertante en un principio, por la falta de un encuadre más definido, que establezca objetivos claros para cada dispositivo.

Respecto a la efectividad de este tipo de intervención en el tratamiento de adictos, estudios realizados indican que se finalice o no el tratamiento algo de lo trabajado durante el proceso queda instaurado en el sujeto. Es también la creencia que motiva a muchos de los profesionales del Programa Andrés, quienes seguramente como tantos otros, siguen trabajando en pos de la recuperación de estos pacientes, a pesar de que las estadísticas acerca del número de adictos que logran finalizar el tratamiento no son demasiado alentadoras. En varias ocasiones durante la residencia, muchos de estos profesionales han expresado que el énfasis siempre debe ponerse en cuántos no abandonan, cuántos se quedan, cuántos se recuperan y no al revés. Creen firmemente que los valores transmitidos durante la permanencia en la institución no fueron en vano, que no resultará lo mismo haber pasado por alguna etapa del tratamiento que no haberlo hecho nunca.

Si bien, la mayoría de los residentes internados en la CT Programa Andrés durante el tiempo de residencia no continúan en la actualidad su proceso de recuperación en dicha institución, se tiene conocimiento por distintas vías que muchos de ellos ante sus distintas recaídas han buscado por motivación propia ayuda en otros Centros, confirmando de cierta forma lo anterior.

Más allá de las ventajas o desventajas técnicas que la autora del presente trabajo haya considerado, desde su ingenuidad teórica y empírica, acerca de este modelo de intervención en adictos a las drogas, debe destacarse el compromiso personal y profesional que se ha podido observar en los profesionales que llevan adelante esta tarea, donde la dedicación y exposición con el paciente es de muchas horas diarias y por lo tanto el nivel de involucramiento emocional es muy importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadi, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen.

Barilko, J. (1995). *Los hijos y los límites*. Buenos Aires: Emecé editores

Blanchet, A. y Trognon, A. (1996). *La Psicología de los grupos*. Madrid: Nueva Visión.

Caballero Martinez, L. (2006) Adicción a cocaína. Modelos de Tratamiento. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre, 57, 27- 42.*

Calabrese, A. (2001). Consumo o libertad. Prevención de las adicciones. *Encrucijadas. Revista de la UBA, 8, 36-39.*

Cami, J., Farré, M. (2003). Drug addiction. *The New England Journal of Medicine, 349, 975-986*

Catharino, J.C., Lagomarsino, A., Minster, D. (2002) ¿Qué es la ayuda mutua? La experiencia de la fundación de Bipolares de Argentina (FUBIPA). *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, XIII, 279-284.*

Comas, D. (coord) (1992). Los estudios de seguimiento. Una experiencia Metodológica (pp.351). Grupo interdisciplinar sobre drogas. Madrid: Fundamentos.

Conde, I., Fernández Montalvo, J., González, N., López Goñi, J. (2003) Soporte Teórico en los Programas de Deshabitación de la cocaína.

Un modelo integrador. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 48, 5-11.

Cordón D. y Edelman, L. (2002). Crisis social, grupalidad espontánea y dispositivos grupales. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, XIII, 261-266.

DATOS. Serie de Reportes de investigación- La Comunidad Terapéutica. NIDA National Institute on Drug Abuse. Recuperado el 3 de abril de 2005, de <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica3.html>

FISAC (1998). Detección temprana de factores de alto riesgo. Recuperado el 30 de marzo de 2007, de <http://alcoholinformate.org.mx/saborsaber.cfm?articulo=ss145>

DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1996). Barcelona: Masson.

Escohotado, A. (1994). *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza.

Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de la neurosis (pp.268). *Obras Completas*. Tomo III. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1999.

Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual (pp.165). *Obras Completas*. Tomo VII. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1999.

Freud, S. (1921). Psicología de las masas y analisis del yo (pp.89-115). *Obras Completas*. Tomo XVIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1999.

Freud, S. (1930). El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura (pp.77). *Obras Completas*. Tomo XXI. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1999.

Gil Verona, J., Pastor Vázquez, J., Fernández, F., Barbosa, M., Macías Fernández, J., Maniega, M., González, L., Cañizares, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología* [Revista en línea]. 36 (4):361. Recuperado el 31 de marzo de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/general/11347/>

González, 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.

Goti, M. E. (2003). Tratamiento del abuso de Cocaína. De la Comunidad Terapéutica al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre* 47, 4- 8.

Grimson, W.R. (1999). *Sociedad de Adictos. La Comunidad en la Prevención y el tratamiento de las Adicciones*. Buenos Aires: Planeta.

Kameniecki, M. (2001). Iluminados abstenerse. *Encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 8, 27-35.

Khantzian EJ, Kalliday KS, McAuliffe WE.(1990) *Addiction and the vulnerable self*. New York: The Guildford Press.

Kornblit, A.L.(2004). *Nuevos estudios sobre la drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social Science: selected theoretical papers*. Nueva York: Harper y Row

Mansilla, J.C (1999). El problema de los valores y la ética en la rehabilitación de adictos. Trabajo presentado en el Simposio Latino Americano de Comunidades Terapéuticas, realizado en Chile en marzo de 1999. **No publicado.**

Mayer, Hugo (1997). *Adicciones. Un mal de la Posmodernidad. Teoría, clínica abordajes*. Buenos Aires: Corregidor.

Meier, P., Barrowclough, C. y Donmall, M. (2005). El papel de la alianza terapéutica en el tratamiento del abuso de sustancias: una revisión crítica de la literatura. *Addiction* [Revista en línea], 100 (3). Recuperado el 31 de marzo de 2007, de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/26991/>

Morales, J.F y Huici, C. (1989) *Lecturas de Psicología social*. Madrid: Uned.

Ollivenstein, Claude (1979). *No hay drogados felices*. Barcelona: Grijalbo.

Sanchez Hervas, E., Borjano Peirats, E. (1996). Características de Personalidad en sujetos drogodependientes. *Revista Psicothema*, 31, 457-463.

Secades Villa, R., Fernandez Hermida, R., González Menéndez, A. (2003). El papel de la familia. Factores de riesgo para el consumo de drogas. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 47, 27-38.

Solé, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Revista Adicciones*, 13, 209-225

Tortorolo, J.E (2002). Grupo de reflexión sobre el desempleo. Informe de una experiencia. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, XIII, 285-290.

Un estudio de la Universidad de Granada señala que existe una predisposición Genética para el alcoholismo. *Europa Press*(2006) [Revista en línea]. Recuperado el 23 de febrero de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/alcohol/27846/>

Wanke (1984). La adicción a las drogas: Claves biológicas, psicológicas y sociológicas. *Interpsiquis* (2004). Universidad de Valencia. Recuperado el 31 de marzo de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/14711/>

Winnicott, D. (1986). *Realidad y juego*. Bs. As.: Gedisa Editorial

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder

Yarí, J.A. (1988). *Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus familias*. Buenos Aires: Trieb.