

# UP

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias sociales

---

Trabajo final integrador

**Descripción del proceso de construcción de una red social personal en pacientes adictos a sustancias.**

**Tutora: Dra. Denise Benatuil**

**Autor: Sebastián Trabazo**

## ÍNDICE

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Marco Teórico .....</b>	<b>5</b>
2.1. Redes Sociales.....	5
2.1.1 Concepto. Contexto histórico.....	5
2.1.1.1 Red social personal. Concepto, características y funciones.....	6
2.1.2. Redes sociales y salud mental.....	9
2.2. Trastornos relacionados con sustancias.....	11
2.2.1. Trastornos por consumo de sustancias.....	11
2.2.1.1 Uso, abuso y dependencia.....	12
2.2.2. Características del drogodependiente.....	14
2.2.2.1 Características cognitivo conductuales.....	14
2.2.2.2 Características emocionales.....	16
2.2.2.3 Características sociales.....	17
2.2.3 Tratamientos en drogodependencias.....	18
2.2.3.1 Comunidad Terapéutica.....	19
2.2.4 Estrategias para la constitución de la red social.....	22
2.2.4.1 Técnicas conductuales.....	23
2.2.4.2 Técnicas pedagógicas.....	23
2.2.4.3 Técnicas cognitivas.....	23
2.2.4.4 Entrenamiento de la asertividad.....	24
2.2.4.5 Estrategias evocadoras.....	24
2.3 Redes sociales y Drogodependencia.....	25
2.3.1 Características del sistema familiar.....	25
2.3.1.1 Aspectos relacionales.....	26
2.3.2 Grupo de pares.....	27
2.3.3 Red social patológica.....	29
<b>3. Método.....</b>	<b>30</b>
<b>4. Desarrollo.....</b>	<b>32</b>

4.1 Estrategias para motivar al residente a construir la red.....	32
4.2. Obstáculos que se presentan	
durante el proceso de construcción de la red.....	39
4.3 Estrategias para el abordaje de obstáculos.....	43
<b>5. Conclusión. ....</b>	<b>52</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo integrador es producto de una pasantía realizada en una comunidad dedicada a la prevención y tratamiento de las drogodependencias utilizando la modalidad de internación y tratamiento ambulatorio.

Durante la pasantía se tuvo la posibilidad de presenciar los diversos grupos terapéuticos, las reuniones semanales del equipo de coordinadores y el funcionamiento diario de la comunidad. Como producto de las observaciones, resultó notoria la cantidad de tiempo que los pacientes deben estar internados y la amplia variedad de actividades que realizan con el objetivo de lograr la rehabilitación. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se llevan a cabo en la etapa de internación, muchos de los pacientes recaen al poco tiempo de ser externados. Esto suscitó el interés de indagar sobre qué factores son importantes para sostener la abstinencia al momento de reinsertarse a la sociedad.

Entre las diversas variables que ejercen una influencia positiva para un proceso de reinserción social exitoso, se destaca la presencia de una red de apoyo social en la cual el sujeto en rehabilitación, pueda encontrar protección y sostén (Broome, Simpson & Joe, 2002). Otros autores refuerzan esta afirmación sosteniendo que los riesgos de una recaída pueden mitigarse mediante la adquisición por parte del paciente de redes de apoyo social que se encuentren al margen del consumo de drogas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Estos datos motivaron a investigar sobre la temática de las redes sociales y las drogodependencias.

Este trabajo se centra en describir el modo en que los pacientes adictos a sustancias construyen una red social que les ofrezca apoyo al momento de estar externados en proceso de reintegrarse a la sociedad.

La problemática de la drogadicción es de alta complejidad y abarca un amplio espectro de actividades dentro de la psicología e inclusive de otras disciplinas. El propósito de este trabajo no consiste en ofrecer soluciones relevantes a un conflicto de semejante magnitud, sino simplemente aportar información útil sobre el proceso de reinserción social de sujetos drogodependientes que se encuentran realizando tratamiento bajo el régimen de internación.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 REDES SOCIALES.**

#### **2.1.1 Concepto. Contexto Histórico.**

El concepto de red social puede definirse a grandes rasgos como un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Un proceso de construcción tanto individual como colectivo donde cada sujeto se enriquece a través de las múltiples relaciones que desarrolla con los otros miembros del grupo (Dabas, 1996).

Esta definición enmarca el concepto de red social dentro de los paradigmas del pensamiento contemporáneo. Sin embargo, para comprenderla en su totalidad es necesario tener en cuenta el contexto histórico en el cual se enraíza. Najmanovich (1995) realiza un seguimiento analítico acerca de como evolucionaron los modos de concebir al mundo y al hombre desde la modernidad hasta la época actual donde afirma que el paradigma propio del pensamiento contemporáneo es el de concebir el universo a través de la metáfora de la red. El mundo se interpreta como una red o entramado de interacciones y los individuos como nodos de esa red. Las concepciones propias de la modernidad basadas en un sujeto cartesiano que observa la realidad sin incluirse en la misma, en el determinismo de leyes naturales permanentes y en patrones de relación mecanicistas cuyos componentes del sistema interactúan de modo rígido basándose en una metáfora piramidal como forma de organización, terminan en la actualidad siendo obsoletos. El paradigma contemporáneo que Najmanovich (1995) llama paradigma de la complejidad concibe al sujeto que deviene como tal incluyéndose en la trama relacional de su sociedad, es decir, que ya no se lo piensa sencillamente como un observador neutral, sino que emerge en la interacción con el mundo.

De esta manera ya no se piensa la realidad como un ente ordenado donde cada pieza puede desmontarse y sus propiedades ser analizadas, descubriendo de esta manera, sus leyes permanentes de funcionamiento. Al concebir el mundo como una red se comienza a insistir en el fenómeno de la interacción. El sujeto interactúa con el objeto y, a su vez, también lo hace con otros sujetos. Es a partir de este intercambio dinámico donde emerge una pluralidad de sentidos y se fragmenta el mecanicismo. Las propiedades de las cosas no son inherentes a las cosas mismas sino que emergen en la interacción. Las

características del sujeto y el objeto se conciben como emergentes, es decir, son productos del intercambio entre ambos (Najmanovich, 1995).

Con el cambio de perspectiva que adviene posteriormente a la modernidad se abandona la concepción de la sociedad basada en leyes permanentes, universales y mecánicas que le conferirían equilibrio y regulación. Comienza a gestarse la noción de sistemas abiertos cuya característica principal es el intercambio constante y recíproco con el entorno y, a su vez, otros sistemas, a través del cual se autoorganizan y adaptan. Al no estar regido por leyes permanentes que determinan su evolución le permite ser flexible, transformarse y recontextualizar los cambios que se generan en su interacción con el medio. En este tipo de sistemas el todo es más que la suma de las partes, por lo tanto, sus componentes no son desmontables y analizables en forma individual, sino que adquieren verdadero sentido e identidad a través del intercambio producido entre ellos y, a su vez, con el contexto (Najmanovich, 1995).

En conclusión, Najmanovich (1995) sostiene que el cambio de paradigma que comenzó en el siglo XX y continúa en la actualidad fue conspirando contra las nociones que funcionaban como cimientos del pensamiento moderno. Las concepciones mecanicistas basadas en un determinismo simple de leyes de causa y efecto, cedieron su espacio a nuevas formas de interpretar el mundo que encajan perfectamente con la metáfora de la red. A partir de esta noción la realidad se entiende como un entramado de intercambios y vínculos donde la interacción y el producto de la misma cumplen un rol fundamental. Es dentro de este contexto donde debe entenderse el concepto de red social definido en las primeras líneas.

#### **2.1.1.1 Red Social Personal. Concepto, Características y Funciones.**

En el apartado anterior se definió el concepto de red social de manera general, en términos de sistema, contextualizándolo dentro del paradigma de pensamiento contemporáneo. Sin embargo es importante aclarar que el constructo que denominamos red social se subdivide en diferentes niveles.

Para desarrollar esta idea se utilizará el modelo planteado por Klefbeck (1995). El mismo, sostiene que la realidad en la que se encuentra inmerso un individuo consiste en un determinado número de sistemas. El entorno inmediato constituye lo que se llama microsistema que, por lo general, suele estar compuesto por la familia cercana. Sin embargo, en el transcurso de su vida, el individuo suele integrarse en diversos grupos en

los cuales también forma vínculos importantes. Un ejemplo de esto suelen ser los compañeros de trabajo o las amistades barriales. De esta manera al establecer relaciones significativas en diferentes áreas de su vida comienza a construir diversos microsistemas. Es pertinente destacar que estos microsistemas se encuentran interrelacionados, los cambios en uno de ellos pueden producir alteraciones en los demás. Si un individuo tiene conflictos en el sistema familiar puede que esto genere repercusiones en el trabajo, ya sea en el desempeño o en la relación con sus otros compañeros. Por lo tanto debe tenerse en cuenta que los diversos microsistemas no pueden ser considerados por separados. Esta relación existente entre los mismos conforman un segundo nivel de sistema denominado mesosistema.

El siguiente nivel se encuentra constituido por aquellos elementos del entorno que afectan al individuo aunque este no participe directamente. Si se tratase de un niño, los cambios en el trabajo del padre, ya sea un despido o un aumento salarial, ejercería una influencia directa sobre la familia, y por lo tanto, sobre el niño en cuestión, aunque este no tenga ninguna participación en el trabajo del padre. Sucedería algo similar con la escuela, si el comité de maestros decidiera decretar una huelga por un tiempo prolongado, afectaría directamente al niño aunque este no forme parte del comité. Aquel nivel de la red que ejerce una influencia sobre el individuo aunque este no participe en forma directa, se denomina ecosistema.

Finalmente, existe un último nivel que engloba todos los sistemas descritos y bajo el cual interactúan entre sí. Incluye valores socioculturales, leyes, estructura política y económica. Se denomina macrosistema.

Si bien es importante tener en cuenta los diferentes niveles que posee la red social, es pertinente aclarar que por los objetivos propios de este estudio solo se focalizará y desarrollará el primer y segundo nivel.

Como se explicó previamente, Klefbeck (1995) propone un mapa de la red en el cual el entorno inmediato se constituye en base a microsistemas que se interrelacionan conformando a su vez un mesosistema. Estos diversos grupos con los que el individuo interactúa directamente se componen de familiares, amistades y relaciones laborales o escolares. Por lo tanto, el segundo círculo o nivel de la red se halla compuesto por lo que denomina red social personal.

Sluzki (1998) define este concepto como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas y las distingue de la masa anónima de la sociedad.

Funciona como eje interpersonal del individuo y contribuye a la construcción de su identidad y bienestar.

Una definición similar es la que ofrece Speck (1995) que la describe como un grupo de personas constituido por familiares, amigos y vecinos capaces de aportar ayuda y apoyo en forma real y duradera a un individuo. Es un círculo alrededor de una unidad que sirve de protección entre esa unidad y la sociedad.

Ambas definiciones comparten la idea de que la red social personal es de vital importancia para bienestar psicológico del individuo.

#### **a) Características estructurales.**

Sluzki (1998) enumera y desarrolla las propiedades estructurales a través de las cuales debe ser evaluada la red social personal. El primer lugar lo ocupa la cantidad de personas que forman la red. A esta propiedad se la denomina tamaño. Las redes de dimensiones medianas son más efectivas que las pequeñas o las numerosas, puesto que en las de menor cantidad si el individuo se encuentra atravesando una situación de tensión de larga duración puede generar una sobrecarga en el resto de los miembros. Por el contrario en las que son numerosas los miembros de la red pueden pasar a la inacción pensando que ya hay otra persona ocupándose del problema. Otra característica es la densidad. Consiste en la conexión existente entre los miembros independientemente del individuo. Un nivel medio de densidad resulta favorable porque permite a los que forman la red cotejar sus impresiones respecto del sujeto en cuestión. La característica siguiente se denomina distribución aunque otros autores (Westermeyer et. al, 2004) también la llaman complejidad y hace referencia al número de subgrupos que conforman la red. Siempre es aconsejable que la red se encuentre constituida de diversos subgrupos puesto que, de esta manera, se vuelve más flexible y efectiva. Las redes muy localizadas generan menos opciones que las de distribución más amplia. Otro punto importante a tener en cuenta es la distancia geográfica entre los miembros. Esto afecta de muchas formas las interacciones entre el individuo y su red, sobre todo su velocidad de respuesta en situaciones de crisis. A esta propiedad se la denomina accesibilidad. Por último, también debe evaluarse el nivel de heterogeneidad demográfica y sociocultural, es decir, la diversidad en cuanto a edad, género, cultura y nivel socioeconómico de los miembros.

## **b) Funciones de la red.**

Sluzki (1998) sostiene que las funciones de una red social se encuentran determinadas por el tipo de intercambio interpersonal que existe entre los miembros. Una de estas formas de intercambio es la realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos. A esta función se la denomina compañía social. Otro rol importante de la red es el apoyo emocional, esto hace referencia a la reciprocidad afectiva entre determinados vínculos. Es fundamental para el bienestar del individuo que se encuentre envuelto en un clima comprensión, apoyo, empatía y contención. La siguiente función se denomina guía cognitiva, se refiere al tipo de interacciones en las cuales se comparte información que puede ser de índole personal o social con la finalidad de aclarar perspectivas y recibir consejos. Existe también otro tipo de interacciones que reafirman los roles y las responsabilidades que el individuo posee dentro del grupo y revierten las desviaciones conductuales que no se encuentran en sintonía con las expectativas colectivas. Esta clase de intercambio se denomina regulación social. Otro tipo de función que posee la red es aquella que se conoce como la de ayuda material y de servicios, se refiere a un tipo de interacción específica basada en el conocimiento especial que uno de los miembros tiene en determinada materia. Un ejemplo de este tipo de intercambio son los médicos de cabecera o los terapeutas, estos últimos sobre todo, llegan a ser, en muchos casos; un eslabón importante en la red del individuo. Por último, existe otra función que se denomina acceso a nuevos contactos, consiste en la posibilidad de conocer y entablar nuevos vínculos a partir de uno de los miembros de la red. Potencialmente puede ser un atributo de cualquier relación.

### **2.1.2 Redes sociales y salud mental.**

El trabajo con redes sociales en el campo de la salud mental tiene más de cuarenta años de aplicación. En muchas ocasiones, aunque salvando ciertas diferencias, se lo compara con el trabajo de Maxwell Jones, cuyas ideas fueron notoriamente influyentes en la creación de comunidades terapéuticas para pacientes dependientes a la heroína, y que luego se extendería a la problemática con otras sustancias. En la actualidad, la eficacia de la terapia de red se ha probado en casos de crisis, evitación de suicidio, constitución de nuevos vínculos en procesos de migración, etc. (Speck, 1995). En pacientes drogodependientes que son externados luego de un largo período de internación, resulta

de fundamental importancia para la reinserción social contar con el apoyo y la protección de una red que se encuentre preparada para asistir al individuo en momentos de inseguridad (Goti, 2000).

Sluzki (1998) plantea una correlación positiva entre red social y salud explicando como la primera afecta a la segunda respectivamente:

- En un nivel atávico de base evolutiva: La reacción de alerta frente a un estímulo desconocido o nocivo se mitiga frente a la presencia de figuras familiares, es decir, la red funciona como un reductor del estrés en el sujeto.
- En un nivel existencial, las relaciones sociales contribuyen a proveer de sentido a la vida, y organiza la identidad del individuo. El hecho de cumplir un rol y una función estimula a mantener prácticas destinadas a cuidar la salud.
- En un nivel de práctica social, la red favorece los comportamientos correctivos frente a las desviaciones de la salud. Actúa como un monitor de la salud.
- La red social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobrevivida.

La red social se encuentra completamente ligada al bienestar del individuo. Esto se manifiesta claramente con aquello que Speck (1995) denomina terapia de red; que consiste en la agrupación de la mayor cantidad posible de personas que conforman la red del sujeto con la finalidad de asistirlo o simplemente brindar su apoyo cuando este lo necesita, bajo la permanente orientación del terapeuta.

Para estos casos, los autores Rodríguez Abellán y Navarro Góngora (2009) utilizan el término red de tratamiento que se define como todas aquellas personas que se relacionan con el individuo y que, por diferentes motivos, ofrecen su participación en el tratamiento, ofreciendo apoyo emocional, material o consejo. Esta red incluye por lo general a las familias, amigos y a los mismos terapeutas. Es importante aclarar que en la institución donde se realizaron las observaciones para este estudio, se trabaja con este tipo de red.

En determinadas ocasiones ocurre que la red actual del individuo funciona de forma deficiente y resulta imposible generar cambios. Sucede mucho en pacientes

drogodependientes, puesto que su red se encuentra conformada mayoritariamente de individuos con la misma problemática (Puentes, 2005). Cuando el tratamiento se ve limitado por esta clase de obstáculos se utiliza aquello que Rodríguez Abellán y Navarro Góngora (S.F) denominan redes sustitutorias, que consiste en el reemplazo de la red actual por la formación de nuevos vínculos que afecten de forma positiva la salud del individuo.

## **2.2 TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS**

Bajo este título, se incluyen todos aquellos trastornos vinculados a la ingesta de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos (APA, 1995).

Este tipo de trastornos se divide a su vez en dos grupos: Trastornos por consumo de sustancias, que hace referencia al abuso y a la dependencia; y los trastornos inducidos por sustancias como lo son por ejemplo: la tolerancia, la abstinencia, el delirium inducido por sustancias, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno del sueño inducido por sustancias, etc.

Debido a los objetivos propios de esta investigación solo se desarrollarán las características del primer grupo, es decir, aquello relacionado al trastorno por consumo de sustancias.

### **2.2.1 Trastorno por consumo de sustancias**

En el DSM-IV (APA, 1995) el término sustancia se refiere a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Del Moral y Fernández (1998) afirman que en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el vocablo droga como toda sustancia que una vez introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias funciones del mismo. En 1982 la OMS, con el fin de delimitar cuales serían las sustancias que producían dependencia, utilizó el término droga de abuso definiéndolas como aquellas de uso no médico con efectos psicoactivos, capaces de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento; siendo susceptibles de ser autoadministradas.

Del Moral y Fernández (1998) sostienen que en la actualidad, desde una perspectiva médica y científica, el término droga de abuso se utiliza para referirse a ciertas sustancias que reúnen las siguientes características.

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas del mismo.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan, produciendo dependencia física o psíquica.
- El cese de su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico.
- No poseen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Estos autores agregan que otra característica a tener en cuenta es que el consumo de sustancias conlleva como consecuencias cierto grado de deterioro social que puede establecerse en tres niveles: el familiar, el laboral y el personal. A nivel familiar se generan conflictos de relación, abandono de responsabilidades, disgregación, etc. En lo laboral comienza a aparecer una disminución en el rendimiento, incremento de la accidentabilidad, ausentismo, etc. A nivel personal hay un deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos, etc.

Por lo tanto, dentro de este contexto, el término trastornos por consumo de sustancias se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo producen alteraciones en el estado de ánimo y la conducta, ocasionando trastornos incapacitantes para el consumidor en diferentes esferas de su vida; incluidas la física, la familiar, laboral y social; padeciendo además síntomas característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Becoña, 1995).

#### **2.2.1.1 Uso, abuso y dependencia.**

Como se adelantó en el primer apartado, el trastorno por consumo de sustancias se subdivide en dos categorías diagnósticas: el abuso y la dependencia. Sin embargo, el consumo de sustancias no siempre acarrea un desorden patológico en la vida del individuo. Por lo tanto, en casos de ingesta de sustancias que no poseen significaciones clínicas se acuña el término “uso” (Del Moral y Fernández, 1998).

Es importante aclarar que para ciertos autores los conceptos de uso, abuso y dependencia no poseen en la actualidad límites absolutamente definidos, encontrándose en permanente discusión. Esto se debe a que, desde una perspectiva cultural, cada sociedad posee criterios propios con respecto al consumo, que se encuentran profundamente arraigados en sus costumbres e historia. Esto hace que el análisis objetivo y científico de esta problemática resulte complejo en numerosas ocasiones (Del Moral y Fernández, 1998). A continuación se describen los conceptos de uso, abuso y dependencia según el consenso actual.

Dentro del campo de las sustancias psicoactivas se entiende por “uso” cierta forma de consumo que no acarrea consecuencias negativas en el individuo. Por lo general esto se produce cuando la ingesta se realiza de forma esporádica, sin ritmo en la habitualidad (Becoña, 1995).

La categoría de abuso es definida por el DSM-4 (APA, 1995) como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes. Suele darse un incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo resulte peligroso, problemas legales, sociales e interpersonales.

En ocasiones se sostiene que la distinción entre uso y abuso es difícil de delimitar, por lo tanto muchos autores estiman correcto considerar la existencia de un continuo entre uno y otro (Becoña, 1995).

La dependencia es la categoría de mayor importancia en este estudio, puesto que en la institución donde se realizaron las observaciones los pacientes estaban, en su mayoría, bajo este diagnóstico. Esta categoría consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de problemas significativos asociados a ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (APA, 1995).

Por tolerancia se entiende el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de sustancia o por la necesidad de una dosis mayor para lograr el efecto deseado (Becoña, 1995).

La abstinencia o síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas y signos que aparecen en el individuo cuando deja de consumir la sustancia o la cantidad consumida es insuficiente. Los signos y síntomas de la abstinencia varían respecto a cada sustancia (Becoña, 1995).

El DSM-4 (APA, 1995) aclara que ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias para diagnosticar la dependencia de sustancias. También se deben tener en cuenta otros aspectos comportamentales relacionados a un patrón de uso compulsivo. Estas conductas consisten en sucesivos intentos infructuosos de abandonar el consumo. Una excesiva cantidad de tiempo invertida en cuestiones relacionadas a la sustancia, como pueden ser la obtención de la misma, su ingesta y la posterior recuperación de sus efectos. Abandono de actividades importantes vinculadas a lo social, laboral y recreativo. Inclusive, puede que el individuo continúe consumiendo la sustancia a pesar de reconocer los problemas tanto fisiológicos como psicológicos que esto acarrea. Del Moral y Fernández (1998) sostienen que la dependencia consiste en un progresivo dominio que el consumo de la sustancia realiza sobre el individuo, llegando al punto en que termina por ejercer un completo control sobre su conducta.

### **2.2.2 Características del drogodependiente**

En los apartados anteriores se expusieron los conceptos básicos de mayor importancia dentro de la temática de la drogodependencia. La gran mayoría de las definiciones ofrecidas realizan hincapié en la capacidad de generar dependencia que poseen las sustancias. Sin embargo, es necesario destacar que el fenómeno de las drogodependencias, por los muchos factores que lo originan y sostienen, es de naturaleza multidimensional (Del Moral y Fernández, 1998). El consumo de sustancias implica una interacción dinámica entre el sujeto, el contexto y la sustancia (FAD, 1997). Se considera que el núcleo de la drogodependencia es el individuo como ser psicológico y social (De León, 2004). Por lo tanto, en esta sección, se detallarán los rasgos cognitivos, conductuales, emocionales y sociales que son característicos del sujeto drogodependiente.

#### **2.2.2.1 Características cognitivo conductuales.**

##### **a) Baja autoestima.**

El drogodependiente suele mostrar un autoconcepto pobre y una baja capacidad para afrontar dificultades (FAD, 1997). De León (2004) sostiene que su escasa autoestima se asocia a su conducta antisocial, frecuentemente al consumo de sustancias y a la

incapacidad crónica para abandonar un estilo de vida que le genera un deterioro gradual. Este pobre autoconcepto deriva de experiencias en la niñez y la adolescencia relacionadas a abusos físicos, sexuales y emocionales; o en otros casos fracasos escolares y complejos de culpa respecto a sus errores y fallos a la hora de alcanzar expectativas anheladas. Por lo general su autoconcepto se adhiere a la imagen negativa que la sociedad tiene del drogodependiente y se define a si mismo como un marginado social.

#### **b) Pobre evaluación de la realidad.**

El drogodependiente no tiene la capacidad de comprender las circunstancias que los rodean y en la cual se hallan inmersos. Tiende a realizar una evaluación evitativa en relación a los inconvenientes que surgen diariamente impidiéndole desarrollar estrategias de afrontamiento. Por lo general suele ejercer de manera equivocada sus facultades de juicio cuando se trata de resolver un problema, tomar decisiones y evaluar consecuencias. Parece no reconocer la forma en que sus acciones afectan a los demás o, inversamente, la forma en que el entorno parece afectarlo. Además, presenta dificultades a la hora de distinguir aquello que desea de lo que necesita (De León, 2004).

#### **c) Craving e impulsividad.**

El craving significa una necesidad o deseo irrefrenable de consumir la sustancia (APA, 1995). Es la característica más importante de las drogodependencias, suele manifestarse a través de pensamientos, imágenes y sensaciones; surgiendo como respuesta a estímulos tanto internos como externos, tanto emocionales como sociales (De León, 2004). Beck, (1999) sostiene que la exacerbación que produce el craving se experimenta cuando un estímulo activa ciertas creencias que el individuo posee y que se encuentran relacionadas al consumo. Posteriormente los intentos de controlarse son obstaculizados por pensamientos permisivos directamente vinculados con esas creencias.

Este autor sostiene que si bien los conceptos de craving e impulsividad suelen usarse de manera intercambiable, es importante, por cuestiones prácticas, realizar una escisión entre ambos. Si el craving significa deseo o necesidad de consumir, el impulso es la movilización que actúa para satisfacer ese deseo, esto quiere decir que, si el craving se

asocia con el querer, la impulsividad se relaciona con el hacer. El impulso es la consecuencia instrumental del craving.

Tanto la necesidad de consumir como la impulsividad tienden a ser automáticos y terminan por ser autónomos, es decir, continúan aunque el individuo intente suprimirlo o abolirlo. En este punto los craving e impulsos pueden ser descriptos como compulsiones.

#### **2.2.2.2 Características emocionales.**

##### **a) Baja tolerancia a la frustración.**

Adoptar una actitud intransigente frente a la frustración conduce a la búsqueda de gratificaciones inmediatas sin evaluar las posibles consecuencias (FAD, 1997).

El drogodependiente presenta dificultades para controlar ciertas formas de conducta negativa cuando se siente rechazado, impaciente o emocionalmente increpado. Esto se debe a que le resulta imposible tolerar este tipo de sentimientos (De León, 2004).

La baja tolerancia a la frustración es un factor importante en el consumo de sustancias. Subyacentemente a esta característica se encuentra una serie de creencias y actitudes que giran en torno a la culpa, tanto para si mismos como hacia los demás por quienes se sienten rechazados o provocados emitiendo respuestas exageradas. El resultado de esto son intensos sentimientos de ira, y la determinación de acometer hacia aquellos a los cuales hallan dirigidos los sentimientos de culpa. La consecuencia final es un estado de sobreexcitación y tensión que termina por activar el craving (Beck, 1999).

##### **b) Ira y hostilidad.**

La ira y la hostilidad son emociones frecuentes en pacientes drogodependientes. En la mayoría de los casos son los sentimientos que se expresan predominantemente tanto en la interacción con la familia como en el entorno social mas amplio. Por lo general estas características suelen ser evaluadas en forma conjunta. Sin embargo, se diferencian específicamente en que la ira suele ser una emoción de gran intensidad, mientras que la hostilidad se expresa en base a gestos y actitudes negativas o amenazantes hacia los demás. En muchos casos estos sentimientos son la única forma en que el drogodependiente se expresa afectivamente. Suele utilizarlos para protegerse de

experimentar otros tipos de emociones más decepcionantes como la tristeza, la angustia, el miedo, etc. (De León, 2004).

### **c) Disforia y Depresión.**

De León (2004) sostiene que resulta habitual encontrar en pacientes drogodependientes un estado leve, aunque permanente, de melancolía o depresión. Dentro de este tipo de población existen tasas relativamente altas de ideas e intentos de suicidios. En determinados casos se puede observar que el paciente experimenta síntomas de anhedonia y manifiesta que ya no puede disfrutar de momentos placenteros, que no posee sentimientos en absoluto o que su existencia no tiene sentido. Esta clase de perspectiva se relaciona a la percepción negativa que tiene de sí mismo.

### **2.2.2.3 Características sociales.**

#### **a) Poca asertividad.**

El drogodependiente es incapaz de expresar sus pensamientos y emociones de forma sincera y considerada (FAD, 1997). Sus habilidades para socializar se encuentran mermadas y carece de competencia para actuar de manera responsable en cualquier situación social e interpersonal (De León, 2004). Esta característica es importante al momento de comprender los motivos por los cuales se vincula con grupos de pares en los cuales predomina el consumo. No poder asumir el rol que la sociedad espera de él, lo induce a buscar el apoyo de grupos que suelen encontrarse en situaciones de marginalidad, accediendo a la droga para encontrar aprobación (FAD, 1997).

#### **b) Desconfianza.**

De León (2004) sostiene que la carencia, pérdida o violación de la confianza es un rasgo característico que poseen la gran mayoría de los drogodependientes. Las fuentes de este problema suelen ser muy variadas. Puede explicarse desde la historia familiar, en la que se incluyen anécdotas de engaños, mentiras e, inclusive, diversas formas de abuso. El drogodependiente desconfía de sus relaciones, las autoridades y el sistema en general.

Por otra parte, existe también una importante pérdida de la auto confianza. Se siente inseguro respecto a sus propios pensamientos y conductas, puesto que su impulsividad y pobre capacidad de juicio le han traído siempre consecuencias negativas.

### **c) Conducta antisocial.**

Frecuentemente se puede observar que el drogodependiente posee una significativa falta de conformidad con las normas (FAD, 1997). En muchas ocasiones presenta un largo historial de actividad criminal. Es importante distinguir aquellos casos en los cuales las acciones delincuenciales comenzaron cuando el consumo de sustancias ya era practicado en forma regular de otros casos en los cuales la conducta antisocial ya se manifestaba previamente al acceso a las drogas. Estos últimos suelen expresar actitudes rebeldes, intimidantes y hasta incluso violentas; lo cual dificulta gravemente su resocialización. Por último, existen casos en los que el individuo pudo sobrellevar un estilo de vida acorde a las normas sociales, sosteniendo un trabajo y lazos afectivos, sin encontrarse exento, sin embargo, a cierto deterioro que el consumo ocasiona (De León, 2004).

### **2.2.3 Tratamientos en drogodependencias**

Los tratamientos existentes para las drogodependencias tienen como objetivo general la modificación de la conducta patológica que experimenta el adicto, dotándole de una capacidad de control de las situaciones y circunstancias personales y ambientales que le inducen al consumo de droga (Del Moral y Fernández, 1998).

Entre las diferentes clases de abordaje terapéutico que se emplean para este trastorno pueden citarse la terapia cognitivo conductual, el enfoque psicodinámico, la terapia familiar y el modelo de Narcóticos Anónimos (NA) de doce pasos. En determinados países se aplican con cierta efectividad los tratamientos basados en estrategias de sustitución con opiáceos (metadona) dirigido a sujetos dependientes a la heroína (Beck, 1999; Del Moral y Fernández, 1998).

Existen también otros modelos de abordaje que se caracterizan por ser más intensivos y que requieren de una asistencia frecuente (pueden ser de jornada completa o media). Entre estos se destacan los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. En los primeros el paciente concurre una determinada cantidad de horas pero al finalizar la

jornada regresa a su casa. De esta manera se evitan los inconvenientes de una separación del medio sociofamiliar. Las comunidades terapéuticas, en cambio, son centros de tratamiento residencial que requieren de internación (Del Moral y Fernández, 1998).

Es pertinente mencionar que además existen ciertos recursos asistenciales destinados a pacientes que aún no están preparados para abandonar el consumo. Se los denomina programas de reducción de daño y su finalidad consiste en disminuir, contener, o eliminar situaciones de especial riesgo en poblaciones determinadas de drogodependientes, como pueden ser mujeres embarazadas, pacientes seropositivos o individuos que en situaciones de consumo realizan intercambio de jeringas (Del Moral y Fernández, 1998).

A continuación se describirá con mayor profundidad el modelo de comunidad terapéutica puesto que las observaciones y entrevistas que sirvieron de instrumentos para llevar a cabo este estudio se realizaron en una institución de este tipo.

### **2.2.3.1 Comunidad Terapéutica.**

Las comunidades terapéuticas son centros residenciales destinados a la rehabilitación de las drogodependencias, a través de un programa terapéutico en régimen de internación, separados del medio habitual del sujeto (Del Moral y Fernandez, 1998).

#### **a) El modelo de la comunidad terapéutica.**

Esta sección tiene como propósito describir el modelo de tratamiento correspondiente a la comunidad terapéutica. Se tendrá en cuenta la importancia de su estructura, su sistematización, la autoayuda y las fases del tratamiento.

La comunidad terapéutica es un medio altamente estructurado, posee límites precisos, funciones puntualmente delineadas, roles claros y afectos controlados (Goti, 2000). La estructura organizativa presenta un sistema social con controles, responsabilidades, y jerarquías. Los residentes se encuentran inmersos en un régimen diario de actividades que se realizan a través de procedimientos pautados (De León, 2004). Las transgresiones, y comportamientos que no sean acordes a las normas son señaladas por los compañeros o el coordinador estableciendo una medida educativa cuya finalidad es dar a comprender los efectos que sus acciones generan en el entorno. De la misma

forma, cuando el residente prospera en el tratamiento, modificando actitudes negativas, recibe la aprobación instantánea de toda la comunidad. En la medida que demuestra haber alcanzado cambios importantes, es recompensado recibiendo privilegios y obteniendo una mayor jerarquía dentro de la estructura, traduciéndose en la asimilación de roles que requieren cada vez mayor responsabilidad y un desempeño más efectivo (Goti, 2000; De León, 2004).

Por medio de un sistema de control riguroso, ejercido por los mismos residentes, se lleva a cabo una presión constante cuya principal finalidad es que emerjan las conductas negativas sobre las cuales se trabaja para producir una modificación. La presión de pares genera en la percepción del residente la idea de que por primera vez sus acciones tienen importancia para los demás, lo cual favorece su inclusión en la comunidad y la cohesión grupal (Goti, 2000). Esta metodología refuerza la autoayuda que en el lenguaje de la comunidad se entiende como un trabajo mutuo, en el que todos participan para ayudarse a sí mismos y a los demás (Rshaid, 2005). Cuando un residente confronta a otro y ejerce presión no solo se encuentra ayudando a un compañero, sino también a sí mismo (Goti, 2000).

Un aspecto fundamental en la estructura de la comunidad terapéutica es la división del tratamiento en etapas. Estas últimas pueden definirse como puntos prescritos de la modificación esperada, es decir, el paso a cada fase se encuentra marcado por las conductas y actitudes esperadas para ese punto del proceso (De León, 2004).

La primera etapa se denomina inducción. Su objetivo principal es el de asimilar al individuo en la comunidad. Las actividades que se realizan consisten en ilustrar los elementos básicos de la estructura y facilitar de la manera más eficaz posible la adaptación con la finalidad de evitar el abandono prematuro. Esta fase puede extenderse hasta los primeros 30 días (De León, 2004).

La segunda etapa se denomina tratamiento primario. El objetivo principal consiste en que el residente tome plena conciencia de su problemática y paulatinamente, a través de la participación en diversas actividades alcance un crecimiento personal. Durante esta fase se practican roles y tareas cada vez más complejas que ejercen una influencia positiva en la mejoría de las competencias sociales. Esta fase tiene una duración promedio de 10 meses (De León, 2004).

La tercera etapa es la de re-ingreso. Es la última etapa del tratamiento. Su objetivo principal es la facilitación de la separación del individuo de la comunidad y la finalización de la transición exitosa a la sociedad exterior. El re-ingreso se subdivide a

su vez en dos fases distintas aunque continuas, la fase de re-ingreso temprana y la fase de re-ingreso tardía. En la primera el residente realiza actividades laborales fuera de la comunidad y al finalizar la jornada regresa a las instalaciones. En la segunda el individuo ya se encuentra viviendo fuera de la institución pero continúa asistiendo para participar en grupos de seguimiento (De León, 2004; Goti, 2000).

Es importante aclarar que a todas las etapas del tratamiento les corresponde un grupo terapéutico específico que se describirán en la siguiente sección.

### **b) La metodología de la comunidad terapéutica.**

En esta sección se describirán aquellas herramientas a través de las cuales la comunidad terapéutica intenta lograr la modificación necesaria en la conducta y psiquismo del residente. Pueden distinguirse tres instrumentos claves: la concepción del modelo de la comunidad terapéutica como método, el sistema de privilegios y sanciones; y los procesos de grupo.

De León (2004) sostiene que el modelo de la comunidad terapéutica, teniendo en cuenta su estructura, sistemas y régimen diario de actividades funciona a la vez como modelo y método. Todos los elementos que constituyen la comunidad son concebidos con la finalidad de producir un cambio. En la medida que el residente participa del tratamiento se encuentra inmerso en una estructura con una organización programada en la cual la mayor parte de las acciones que se realizan van acompañadas por un procedimiento estandarizado que se debe respetar. La participación del residente dentro de este modelo constituye una intervención global en la cual todas las dimensiones de la personalidad (cognitiva, conductual y emocional) se ven influenciadas.

Los privilegios y sanciones constituyen un sistema de gestión de la comunidad con implicancias clínicas a través de la educación conductual. Cuando el residente avanza en el tratamiento y demuestra un crecimiento personal es recompensado a través de la obtención de privilegios y responsabilidades. Este refuerzo adquiere una gran importancia para la vida social y psicológica del individuo puesto que representa una evaluación positiva en relación a su cambio comportamental. Sin embargo, cuando se conduce de forma inapropiada respecto a los valores de la comunidad se demuestra la desaprobación a través de sanciones o medidas educativas. El sistema de privilegios y sanciones favorece al funcionamiento eficaz del orden social de la comunidad, a su vez, tiene una importante relevancia a nivel terapéutico (De León, 2004).

En los grupos terapéuticos se trabajan cuestiones relacionadas a cada etapa del tratamiento. Como se explicó anteriormente las fases son inducción, tratamiento primario, re-ingreso temprano y re-ingreso tardío.

En los grupos de inducción se trabaja la adaptación al medio de la comunidad. Se orienta a los nuevos residentes en las normas, regulaciones y procedimientos que corresponden a la estructura. Las intervenciones terapéuticas son moderadas. Se intenta principalmente reducir la ansiedad e incertidumbre que genera la inserción al nuevo medio (De León, 2004).

En los grupos que corresponden a la etapa de tratamiento primario se trabajan la integración gradual al régimen diario y el progreso en relación a su estatus dentro de la estructura. Se tiene en cuenta el nivel de autoconfianza adquirido, puesto que si es excesiva puede generar descuidos que desembocan una recaída. Se abordan problemáticas vinculadas a lo individual y familiar (De León, 2004).

Los grupos correspondientes a la etapa de re-ingreso temprano trabajan en reforzar y facilitar la aplicación en la macrosociedad de todo lo aprendido en la comunidad. Se aplican estrategias destinadas a incrementar las habilidades sociales y psicológicas que favorezcan la adaptación. Se proporciona información didáctica que instruye al residente en la búsqueda de actividades laborales y se utilizan métodos para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y familiares (De León, 2004).

Los grupos de re-ingreso tardío ejercen una continuidad con respecto a los objetivos de la etapa anterior. Se utilizan estrategias para favorecer la adaptación a la vida prosocial, el reforzamiento de las habilidades para la vida diaria y el mantenimiento de la sobriedad. Se focaliza en la capacidad para afrontar las dificultades que surgen en las actividades laborales y las relaciones sociales (De León, 2004).

#### **2.2.4 Estrategias para la constitución de la red social**

En la medida en que el residente alcanza una determinada etapa en el tratamiento se plantea la importancia y necesidad de constituir un grupo de pares que no se relacione con el consumo de sustancias. El residente debe establecer contacto con personas nuevas fuera del contexto de las drogas con las que gradualmente pueda establecer un vínculo afectivo.

El paso inicial en el trabajo para constituir una red consiste en aquello que Arranz Lopez (2010) llama la búsqueda de espacios potencialmente relacionales. Consiste en el

emprendimiento de un conjunto de actividades, generalmente destinadas al ocio, a través de las cuales se puede establecer contacto con otras personas.

Sin embargo a causa de las características del drogodependiente, explicadas con anterioridad en este estudio, pueden presentarse dificultades que terminan por obstruir el proceso. A continuación se describen las intervenciones que se utilizan para motivar y ayudar al paciente a construir una red social.

#### **2.2.4.1 Técnicas conductuales**

La comunidad terapéutica posee un sistema de control y presión que regula la conducta del residente a través de recompensas y sanciones también llamadas medidas educativas. De León (2000) designa a este mecanismo como un de sistema de privilegios y sanciones. Este sistema, a través del cual se marca el progreso en el tratamiento por medio de privilegios, funciona como un factor importante para la motivación y el alcance de objetivos. En ocasiones cuando el paciente se encuentra estancado y con una actitud pasiva, la posibilidad de perder ciertos privilegios obtenidos lo motiva a la acción.

#### **2.2.4.2 Estrategias pedagógicas.**

Consisten en ofrecer información a los residentes acerca de la importancia de construir una red social para sostener la abstinencia cuando sean externados del tratamiento. Con esta estrategia se intenta motivar al paciente a comenzar a trabajar en la construcción de la red (Arranz López, 2010).

Otra estrategia que se utiliza es instruir a los residentes en los valores que se necesitan para constituir y sostener un vínculo. Se coloca el énfasis en ejercitar la confianza en los demás, puesto que el drogodependiente tiende a desconfiar de otros individuos. Esta característica puede dificultar la construcción de la red.

#### **2.2.4.3 Técnicas cognitivas.**

Se trabaja el abordaje de determinados errores cognitivos relacionados a la autopercepción. Uno de los principales obstáculos que encuentra el drogodependiente al momento de interactuar con otros individuos es el miedo al rechazo. Esto se debe a la

baja autoestima que tiene de si mismo (De León, 2004). La estrategia que se utiliza es positivizar la historia del paciente. Intentando focalizar en los logros obtenidos (Arranz Lopez, 2010).

Con el fin de motivar al paciente construir su red, se utiliza el análisis de ventajas y desventajas (Beck, 1999) para que el paciente pueda observar desde una perspectiva objetiva los beneficios de tener una red social saludable.

#### **2.2.4.4 Entrenamiento de la asertividad.**

Con la finalidad de mejorar las habilidades sociales se utiliza el role playing acompañado de un entrenamiento didáctico. El coordinador ensaya diversas formas de interacción con el residente, interpretando el rol de un desconocido y pidiéndole a este que dialogue con él, corrigiendo aquello que no esta saliendo bien. Luego puede que realice un intercambio de roles (Kelly, 1992; Beck, 1999).

En otra de las técnicas que se utilizan el residente expone de qué forma abordaría una interacción con otra persona, mientras que el coordinador y los otros miembros del grupo pueden aportar ideas. Esta técnica se denomina verbalización de ejemplos (Kelly, 1992).

Otra de las formas de entrenamiento de la asertividad son los procedimientos para facilitar la expresión de sentimientos. En la comunidad terapéutica no se permiten manifestaciones emocionales impulsivas entre los residentes. Se aplica un modo formal de realizarlo en el cual se deja por escrito aquello que se siente y hacia quién va dirigido. La manera de expresarlo se realiza a través de una forma estandarizada en un espacio adecuado, bajo la supervisión de un coordinador (De León, 2004; Goti, 2000).

#### **2.2.4.5 Estrategias evocadoras.**

De León (2000) sostiene que estas técnicas comprenden varias formas de apoyo emocional y de facilitación para la participación. La primera de ellas se denomina identificación, consiste en gestos de comprensión por parte de un residente en relación a las dificultades y sufrimientos que se encuentra atravesando otro compañero. Esta consideración y solidaridad se basa en que tiempo atrás, durante el tratamiento, atravesó una experiencia vital similar. La identificación sirve para disipar las diferencias en

cuanto a jerarquía de estatus entre los residentes y para atenuar la sensación de aislamiento de quien se encuentra en una situación angustiante.

Por último, se utiliza la afirmación, definida como un conjunto de actitudes y verbalizaciones destinadas a dar apoyo, aprobación, aliento y validación. Es considerada de mayor importancia en relación a una recompensa por una conducta correcta. Es un amplio reconocimiento grupal de que el residente se encuentra implicado en el compromiso por cambiar (De León, 2000).

## **2.3 REDES SOCIALES Y DROGODEPENDENCIA**

En este segmento se expondrán las características principales del sistema familiar y el tipo de relaciones que el drogodependiente establece con su grupo de pares.

### **2.3.1 Características del sistema familiar**

La drogodependencia se encuentra sostenida por un proceso cíclico que involucra al consumidor y a las figuras parentales. En esta clase de sistemas se observa un patrón repetitivo de comportamientos y formas de vincularse que sustentan el consumo de forma prolongada (Stanton et al. 1990).

Stanton y colaboradores (1990) indican que la madre del drogodependiente sostiene un vínculo apegado, indulgente, sobreprotector y excesivamente permisivo con su hijo. En contraste, el padre suele ser distante y ausente. No acostumbra a colocar límites a la conducta del hijo y, cuando lo lleva a cabo, manifiesta una disciplina extrañamente rigurosa e incoherente. El drogodependiente mantiene una relación negativa con el padre y de dependencia con la madre.

Es importante agregar que el vínculo entre los padres suele ser conflictivo. Existen serios problemas de comunicación, profundos desacuerdos, responsabilización mutua de los inconvenientes familiares, acusaciones y una disconformidad latente respecto al cónyuge que se encuentran profundamente arraigadas y configuran una permanente amenaza de separación. Debe añadirse que aunque la relación se encuentre disuelta estos conflictos continúan en vigencia (Stanton et al. 1990).

En este contexto profuso en problemáticas latentes el drogodependiente ocupa una posición central. Es solo a través de los serios inconvenientes que el consumo ocasiona,

tanto para el individuo mismo como para la familia en general, que los padres consiguen soslayar sus conflictos conyugales y concentrarse en un excesivo apego parental.

El drogodependiente se muestra como un sujeto que presenta dificultades para adaptarse a las exigencias de la sociedad. No consigue desarrollar su potencial como individuo y carece de respuestas eficaces en diversas etapas del ciclo vital. A través de sus conductas parece estar demandando una permanente protección. Sin embargo, en ocasiones en las que logra adquirir una mayor autodeterminación e independencia (ya sea obteniendo un trabajo, realizando terapia o disminuyendo el consumo) comienza a desencadenarse una crisis familiar producto de los problemas permanentemente latentes como puede ser una separación entre los padres, episodios de violencia doméstica, un hermano que desarrolla síntomas, etc. Frente a estas circunstancias el drogodependiente retoma su conducta patológica, la atención de la familia se vuelve nuevamente hacia este problema y el conflicto anterior se disipa. En este tipo de sistemas el consumo de sustancias adquiere un rol sumamente importante para mantener la estabilidad familiar.

En síntesis, el drogodependiente y sus figuras parentales conforman un complejo sistema de interacciones en el cual subyacen numerosos conflictos. Cuando uno de estos problemas amenaza la estabilidad familiar, la conducta del drogodependiente se potencia convirtiéndose en el foco de atención deponiendo en un segundo plano el conflicto anterior. A su vez, cuando el adicto consigue una mayor autonomía e independencia se desencadena una crisis familiar que lo retrotrae nuevamente al consumo (Stanton et. al. 1990)

El proceso cíclico mencionado con anterioridad se basa fundamentalmente en lo que acaba de explicarse.

### **2.3.1.1 Aspectos relacionales.**

En el segmento previo se procedió a explicar el funcionamiento del sistema familiar destacando el grado de dependencia recíproca que existe entre el adicto y sus figuras parentales. En esta sección se expondrán una serie de características que hacen referencia a las diversas formas de interacción entre los componentes del sistema y que se complementan con lo explicado anteriormente.

Puentes (2005) enumera las siguientes características:

- Falta de Límites: La dificultad de las figuras parentales para fijar límites a la conducta del hijo es uno de los problemas fundamentales. El principal efecto que esto produce es que no se consigue orientar la conducta del drogodependiente hacia un estilo de vida saludable. Asimismo, este no adquiere la capacidad de comprender o visualizar las consecuencias de sus acciones.
- Acuerdos negativos entre los subsistemas: Suelen formarse alianzas negativas entre los miembros de la familia. Por lo general esta clase de acuerdos tienen como finalidad ocultar información hacia otro integrante del sistema. Cuando el drogodependiente transgrede un límite, es común observar que convenga con la madre no comunicárselo al padre. En ocasiones estas alianzas se llevan a cabo solo para difamar la figura de otro miembro.
- Centralización de la información: Al no existir una comunicación eficaz entre los miembros de la familia, la mayor parte de la información se polariza en solo uno de los integrantes, que luego se ocupa de distribuirla. Por lo general suele ser la madre quien ejerce esta posición. Las consecuencias de la centralización es que termina por sobrecargar a uno de los miembros mientras que se empobrecen los vínculos restantes.
- Secretos Implícitos: En esta clase de familias suelen existir secretos que todos los miembros conocen en forma tácita, pero que ninguno expresa abiertamente. En ocasiones pueden tratarse de cuestiones graves como puede ser abuso, actividades delictivas por parte del padre, infidelidad, etc. Estos secretos operan deteriorando la confianza de las relaciones familiares y la autoridad de las figuras parentales.

### **2.3.2 Grupo de pares.**

En la mayoría de los casos el consumo de sustancias se inicia durante la adolescencia. En esta etapa comienza el proceso en el cual el individuo progresivamente se separa de los padres, establece vínculos extrafamiliares y termina por constituirse en un adulto independiente (Stanton et al., 1990).

La mayor parte de los casos el consumo de sustancias comienza como una actividad grupal. El adolescente emprende la búsqueda de su autonomía estableciendo lazos fuera del sistema familiar. La clase de vínculos que constituye depende de la calidad de las

relaciones con sus figuras parentales. El nivel de conflicto familiar tiene correlación con el grado de problemática del grupo al cual pertenece (Puentes, 2005).

Puentes (2005) describe un proceso de tres etapas a través del cual el adolescente transita desde los contactos iniciales con el consumo hasta finalmente llegar a la dependencia:

- La sustancia como un medio hacia el grupo: En los grupos donde prevalece el consumo, la droga se utiliza como un instrumento para la socialización. En conjunto con sus pares, el adolescente construye su identidad y adopta las normas y creencias grupales como propias. En esta etapa solo se hace uso de la sustancia.
- Camino hacia la patología: El consumo comienza a tomar mayor relevancia que el grupo. Aquellos que forman parte del mismo y sin embargo no consumen prefieren tomar distancia. Se intensifica el fracaso escolar y laboral. En esta etapa se llega a la categoría de abuso.
- El grupo como medio para la droga: Se produce una fractura y aquellos que se mostraban en desacuerdo con el exceso de consumo abandonan el grupo. Tiende a existir un acercamiento hacia la marginalidad e inclusive puede haber actividades delictivas. Se debilitan los vínculos. Se expresa desdén y rechazo hacia personas que no consumen. La droga se convierte en un fin en si mismo.

El ingreso del adicto en la subcultura del consumo refuerza su dependencia respecto de la familia. Como se explicó anteriormente, en el caso del drogodependiente, el proceso de adquirir una mayor autonomía se obstruye sin poder lograr la separación respecto de sus figuras parentales. Esta circunstancia se convierte en un dilema con el advenimiento de la adolescencia. Por un lado resulta imposible tomar distancia de su familia, por el otro, llega a una etapa del ciclo vital donde se intensifica el estímulo de establecer vínculos con sistemas extrafamiliares y vivenciar nuevas experiencias. El adicto solo consigue resolver esta paradoja ingresando en la subcultura del consumo. Involucrándose en este contexto satisface la necesidad de establecer nuevos vínculos adquiriendo una sensación de autonomía. Sin embargo esto lo fija en el rol de adicto, lo cual es fundamental para sostener la estabilidad del sistema familiar. Al introducirse en la subcultura de la droga y formar vínculos en ese contexto sustenta la interdependencia con sus figuras parentales (Stanton et al., 1990).

### **2.3.3. Red social patológica.**

Yaría (1999) sostiene que la red social del drogodependiente falla en sus sistemas básicos. Las funciones que le confieren la capacidad de proteger al sujeto se hallan completamente ausentes. Esta clase de redes carecen de apoyo emocional, guía cognitiva y principalmente de regulación social. Puentes (2005) afirma que la compañía, solidaridad y empatía que el adicto encuentra en su grupo de pares solo se mantiene mientras exista el supuesto de consumir. Sin embargo, cuando el individuo manifiesta su deseo de rehabilitarse el apoyo se pierde y recibe críticas cuya finalidad es sabotear esa decisión. Esto demuestra que el sostén emocional y la guía cognitiva son ineficaces. Yaría (1999) asevera que existe un fracaso por parte de las figuras parentales y una disolución del control social. Por lo tanto, la función de regular la conducta es prácticamente nula.

Con respecto a la composición de la red, Sluzki (1998) afirma que es más productiva la existencia de diversos subgrupos, puesto que le ofrece mayor cantidad de opciones al sujeto. La red del adicto tiende a ser homogénea, no posee una efectiva distribución o complejidad (Westermeyer et. al, 2004). A las importantes carencias recién descritas se pueden sumar falta de contacto con instituciones socializadoras (iglesias, clubes y sociedades de bien público), no utilización de los servicios sociales y/o de salud, justificación de actividades delictivas (Yaría, 1999).

La red social del drogodependiente pierde su función protectora y termina por ejercer una socialización patológica (Yaría, 1999).

### **3. MÉTODO.**

#### **3.1 Objetivo general**

- Describir el proceso de formación de una red social personal en pacientes drogodependientes que se encuentran bajo régimen de internación en una Comunidad Terapéutica.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Describir el tipo de intervenciones terapéuticas que se utilizan con la finalidad de motivar al paciente a formar su red social personal.
- Describir los inconvenientes que se presentan en la formación de la red social personal.
- Describir tipos de intervenciones terapéuticas que se utilizan con la finalidad de superar dichos inconvenientes.

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

Descriptivo.

#### **3.4 Muestra.**

La muestra está conforma por sujetos de sexo masculino que se encuentran internados en la comunidad terapéutica, concurriendo a grupos de re-ingreso temprano y re-ingreso tardío los cuales son grupos abiertos y se componen de 6 a 8 pacientes cada uno.

#### **3.5 Instrumentos.**

Los instrumentos que se utilizaron fueron observación no participante durante un período de dos meses en grupos de re-ingreso temprano y re-ingreso tardío, cuya

frecuencia de reunión es de dos veces por semana cada uno. Además se realizó una entrevista abierta a cada uno de los coordinadores de ambos grupos.

### **3.6 Procedimiento.**

En primer lugar se presenciaron reuniones de grupo de re-ingreso temprano y re-ingreso tardío, donde se focalizó en observar que tipo obstáculos tienen los pacientes para construir una red social personal y que tipo de intervenciones apuntan a motivar al paciente a formar su red y a superar dichos obstáculos. Además se realizaron entrevistas a los coordinadores de los respectivos grupos donde se los interrogó acerca de casos que resulten de interés dentro de este tipo de problemática.

## 4. DESARROLLO

En esta sección se describirán las estrategias e intervenciones utilizadas para motivar al paciente a construir una red social personal y superar los obstáculos que se presentan durante el proceso. Para una mayor comprensión se expondrán algunos ejemplos que ilustrarán la aplicación de las técnicas. Los diálogos a través de los cuales se reproducen las intervenciones se encuentran adjuntados en los anexos.

### 4.1 Estrategias para motivar al residente a construir la red.

Como se explicó en el marco teórico el grupo de pares en el cual se encuentra inserto el drogodependiente, se conforma en mayor medida por individuos que se hallan bajo la misma problemática de consumo (Puentes, 2005). Durante el tratamiento, cuando se llega a la etapa de reinserción social, se tiene en cuenta que el paciente no puede volver a frecuentar el mismo grupo de pares, puesto que se incrementarían los riesgos de padecer una recaída. Por lo tanto, se trabaja en la construcción de aquello que Rodríguez Abellán y Navarro Góngora (s,f) denominan redes sustitutivas, que consiste precisamente en reemplazar el grupo de pares anterior por la formación de nuevos vínculos que ejerzan una influencia positiva en la salud del individuo.

El primer paso para la construcción de una red social sustitutiva consiste en buscar espacios potencialmente relacionales (Arranz Lopez, 2010). La elección de los mismos la realiza el residente asesorado por su coordinador que debe tener en cuenta sus intereses, aptitudes y necesidades. Por lo general, los espacios que frecuentemente se eligen son actividades en parroquias barriales destinadas a adolescentes, instituciones donde se practica teatro en forma amateur, clases de baile y actividades deportivas.

El trabajo para motivar al residente a construir la red social consiste en llevar a cabo una serie de estrategias e intervenciones dirigidas principalmente a incentivar al individuo en la búsqueda de espacios potencialmente relacionales.

Las técnicas utilizadas para motivar al paciente se mencionan, exponen y desarrollan a continuación.

- Explicar la importancia del proyecto.
- Análisis de ventajas y desventajas.
- Aplicación del sistema de privilegios y sanciones.

- Afirmación.

#### **4.1.1 Explicar la importancia del proyecto.**

La explicación del proyecto consiste en informar al paciente acerca de qué se trata la red social, las funciones que puede cumplir en su vida diaria, la relevancia que adquiere en el tratamiento, las implicancias en su salud y, principalmente, su importancia para evitar una posible recaída. El coordinador, a través de un discurso empático, expone el proyecto de construir una red social con la mayor claridad posible, intentando demostrar que puede ser práctico, viable, y de gran utilidad. Describe las diversas instancias del proceso explicando que pueden surgir dificultades pero que con el acompañamiento del grupo terapéutico puede llevarse a cabo la construcción de la red social en forma exitosa (Arranz Lopez, 2010).

Esta herramienta suele utilizarse cuando se percibe en el paciente un estímulo interno que puede explotarse en forma beneficiosa para comenzar la búsqueda de espacios potencialmente relacionales. Esta motivación intrínseca suele manifestarse bajo determinadas circunstancias vinculadas a la instancia del tratamiento en la cual se encuentra el paciente, y tiene su origen en una discrepancia o incomodidad al respecto de situación actual en relación a sus deseos y expectativas.

Cuando el residente llega a una determinada etapa de la internación, obtiene un privilegio llamado pases de fin de semana. Consiste en salidas controladas a sus hogares, en las cuales se realizan actividades previamente pautadas con el coordinador. El objetivo terapéutico de las mismas, es que interaccione con sus familiares de una manera diferente a la que solía hacerlo en su etapa de consumo, y de esta forma, comenzar a modificar los tipos de relación patológicos, inmanentes a esta clase de sistemas. La pauta que se le impone es que solo se relacione con los parientes mas cercanos que se encuentran participando del tratamiento (por lo general solo son sus padres, hermanos y parejas siempre y cuando no tengan problemas de consumo). Cuando las salidas se vuelven frecuentes la relación con su familia comienza a modificarse paulatinamente. Llegado a un determinado momento, aunque el paciente se muestra conforme con los cambios obtenidos, manifiesta la necesidad de realizar otras actividades y de establecer nuevos vínculos además de pasar tiempo con su familia. Expresa cierta incomodidad en relación a las limitaciones de su situación actual y muestra el deseo de adquirir una mayor libertad. Este conflicto se manifiesta a través de

verbalizaciones tales como “Las primeras veces que fui a mi casa disfruté mucho de poder relacionarme mejor con mis padres, ahora las salidas de fin de semana me parecen aburridas, tengo ganas de hacer más cosas”, otro ejemplo puede ser “cuando voy caminando por el barrio acompañado de mis padres veo gente de mi edad pasándola bien, divirtiéndose, y yo durante las salidas tengo que estar todo el tiempo en compañía de un familiar, me gustaría tener un poco más de libertad”. Esta clase de verbalizaciones corresponden a pacientes adolescentes. Como puede observarse se realizan manifestaciones relacionadas al tedio y a la búsqueda de una mayor autonomía, generándose de esta manera una discrepancia entre la situación actual y aquello que se desea. El coordinador aprovecha esta situación planteando el proyecto de construir una red social con la finalidad de persuadir al paciente de que a través de la misma puede obtener aquello que demanda.

#### **4.1.2 Análisis de ventajas y desventajas.**

El análisis de ventajas y desventajas es una técnica de terapia cognitiva que consiste en una evaluación respecto de los costos y beneficios de sostener una determinada conducta o realizar un tipo de acción (Beck et. al, 1999).

Esta estrategia suele utilizarse en aquellos casos en los cuales el paciente muestra contradicciones al respecto de construir su red social. Por lo general el residente mantiene ciertas reticencias al momento de entablar un vínculo con sujetos que no se drogan. Las causas de esto radican en que el drogodependiente, durante su etapa de consumo, tiende a mostrar sentimientos de omnipotencia que traen como resultado cierto rechazo hacia los individuos que se abstienen de tomar sustancias. El adicto suele subestimar a los sujetos que no consumen (Puentes, 2005; Goti, 2000).

Durante el tratamiento el residente es informado acerca de la utilidad de construir una red social sustituta así como también del riesgo que conlleva contactarse con el grupo de pares que frecuentaba previamente a internarse. Sin embargo, cuando llega el momento de trabajar en construir su red social se presentan nuevamente los prejuicios hacia los individuos que no consumen y se produce cierta resistencia respecto a la idea de no volver a relacionarse con su antiguo grupo de pares. El paciente manifiesta que no se imagina a si mismo entablando una amistad con sujetos que no pertenecen a la subcultura de la droga.

Debido a las razones explicadas el residente puede mostrarse dubitativo con respecto a construir su red social puesto que, aunque reconoce su utilidad, se resiste a entablar vínculos con personas sanas. Cuando se presentan esta clase de contradicciones se utiliza el análisis de ventajas y desventajas con la finalidad de facilitar la comprensión del paciente en relación a los costos y beneficios de construir la red social. A continuación se expone un ejemplo que demuestra como se aplica esta técnica.

- Paciente: No estoy convencido de trabajar la red. No me imagino relacionándome con gente que no consume.
- Coordinador: ¿Por que?
- Paciente: Las personas que no consumen siempre me parecieron aburridas. A veces extraño el grupo de amigos con el que me drogaba.
- Coordinador: Esta bien. Vamos a analizar las posibles ventajas y desventajas de formar una red social. Ya mencionaste que las personas que no consumen te parecen aburridas. ¿Que otra desventaja se te ocurre?
- Paciente: Voy a extrañar a mis amigos de antes.
- Coordinador: Bien. ¿Qué mas?
- Paciente: No se me ocurre nada más.
- Coordinador: Ahora decime qué ventajas se te ocurren de tener una red sana.
- Paciente: Voy a estar alejado del consumo.
- Coordinador: Esta bien. ¿Qué otra cosa?
- Paciente: Me van a ayudar a cuidarme. Voy a tener a quien pedir ayuda si tengo ganas de drogarme.

- Coordinador: Ahora analicemos las ventajas de volver a frecuentar tu anterior grupo de amigos.
- Paciente: Me voy a sentir más cómodo si estoy con ellos. Me voy a divertir más.
- Coordinador: Esta bien. Ahora mencioname las desventajas de volver a ver a tus amigos de antes.
- Paciente: Voy a estar en riesgo al ponerme en contacto con gente que consume. No les voy a poder pedir ayuda si tengo ganas de drogarme. No me van a ayudar a cuidarme.

	Red social sustituta	Grupo de pares anterior
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alejamiento del consumo</li> <li>- Contención</li> <li>- Cuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comodidad</li> <li>- Mayor diversión</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aburrimiento</li> <li>- Extrañar antiguas amistades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de consumir nuevamente</li> <li>- Falta de ayuda para sostener la abstinencia</li> <li>- Falta de cuidado.</li> </ul>

Como su nombre lo indica, esta herramienta consiste en pedir al paciente que realice un análisis de ventajas y desventajas al respecto de construir una red social. El coordinador dibuja una matriz de cuatro celdas y le solicita que enumere y evalúe todos los pros y contras anotando cada uno en el espacio correspondiente. Una vez terminado el procedimiento el paciente tiene la posibilidad de ver en forma objetiva y equilibrada los aspectos positivos y negativos de construir una red social.

Mas adelante el coordinador puede reconducir la atención del residente hacia las ventajas de construir la red y las desventajas de reincidir con su grupo de pares. Si este objetivo se consigue el análisis de ventajas y desventajas puede resultar ser una pieza importante para motivar al paciente a establecer nuevos vínculos.

#### **4.1.3 Aplicación del sistema de privilegios y sanciones.**

Los privilegios y las sanciones tienen múltiples aplicaciones en el contexto de la comunidad. Pueden utilizarse con diversos fines como lo pueden ser regular la conducta de los residentes, reforzar su implicancia en el tratamiento y promover la autoeficacia (De León, 2004). En el trabajo con redes este sistema se emplea también para motivar al paciente a comenzar la búsqueda de espacios potencialmente relacionales.

Como se explicó en el marco teórico, en la medida en que el residente progresa durante el tratamiento mostrando diversas modificaciones en su conducta recibe recompensas explícitas acordadas por los coordinadores. Se producen cambios de status adquiriendo una mayor jerarquía entre sus compañeros, se asumen roles y tareas que implican una mayor libertad, autonomía, dificultad y responsabilidad. Si bien estos privilegios pueden resultar relativamente ordinarios; dentro del contexto de la comunidad terapéutica adquieren una relevancia social y psicológica enriquecedora para el individuo, puesto que funcionan como una evidencia concreta de su progreso en el tratamiento. El otro aspecto de este sistema son las sanciones, las cuales engloban toda forma de desaprobación ante las conductas y actitudes que no se ajustan a las expectativas de la comunidad (De León, 2004). Este sistema tiene su base en principios conductistas cuya finalidad es la modificación del comportamiento (Rshaid, 2005).

Durante el proceso de motivación para la construcción de la red social, cuando ya se explicó al residente la importancia de la misma, se analizaron las ventajas y desventajas y a pesar de esto no se obtuvieron los resultados esperados, el coordinador puede optar por emplear el sistema de privilegios y sanciones. A continuación se expone un ejemplo que describe la manera en que esta técnica se aplica.

- Coordinador: ¿Pudiste el fin de semana averiguar por las actividades?
- Paciente: Si, pero la persona a la que tenía que preguntarle ya se había ido.

- Coordinador: Ya te explicamos para que sirve la red, nos pusimos a trabajar en que espacio era el más conveniente para vos y hace tres semanas que estas poniendo excusas y no haces nada. Si este fin de semana no vas a la parroquia y conseguís información sobre las actividades, los próximos dos que le sigan vas a quedarte en la comunidad sin salir. Vas a pasar acá el tiempo que ya le tendrías que estar dedicando a tu red.

A través de esta herramienta se intenta introducir presión al residente por medio del quite de privilegios. Como se explicó anteriormente, las recompensas, dentro del contexto de la comunidad, adquieren una gran relevancia en el psiquismo del sujeto. Son percibidas como premios que simbolizan el cambio progresivo que tanto esfuerzo le demanda. El quite de uno de estos privilegios, aunque sea en forma temporal, funciona como una alerta. Se espera que el residente evalúe la situación y entienda que si continúa con la misma conducta puede terminar por retroceder en su rehabilitación. De esta manera, el objetivo final es que a través del quite de privilegios, el paciente abandone su actitud pasiva y pueda comenzar activamente con la búsqueda de espacios. A través del ejemplo que se expone en el anexo se puede observar como el coordinador, una vez agotadas las instancias, intenta generar presión al residente amenazando con quitar temporalmente el privilegio de los pases de fin de semana. Como se explicó anteriormente, desde un punto de vista práctico, esta clase de prohibiciones pueden parecer triviales, sin embargo subjetivamente para el individuo funcionan como una señal de advertencia acerca de las consecuencias negativas que puede acarrear su pasividad. Por lo tanto, a raíz esta intervención se espera que el paciente active su conducta con respecto a la búsqueda de espacios debido a la presión ejercida.

#### **4.1.4 Afirmación**

La afirmación es una herramienta característica de la comunidad terapéutica. De León, (2004) la define como un conjunto de palabras y gestos que proporcionan al residente una señal de apoyo, aliento y aprobación. En ocasiones la afirmación posee una mayor validez que los privilegios al momento de reforzar las conductas correctas y los resultados exitosos.

En la comunidad terapéutica resultan comunes las manifestaciones de afecto y aprobación ya sea verbales o físicas a través de abrazos y demás. Este tipo de conductas favorecen la empatía, la apertura y la contención entre los miembros del grupo.

La afirmación es una muestra contundente de aprobación y validación que se utiliza preferentemente cuando un residente alcanza con éxito un objetivo de gran importancia. Funciona como un método para generar compromiso y responsabilidad cuando el paciente debe sostener en el tiempo los resultados evaluados como positivos en el proceso de modificación.

En el trabajo para construir la red social la afirmación se utiliza para recompensar al paciente cuando cumple un objetivo importante como puede ser el acceso a un nuevo contacto, o la meta de estrechar un vínculo ya existente. El reconocimiento de todo el grupo expresado a través de felicitaciones verbales, aplausos e inclusive abrazos, funciona como un factor de gran relevancia al momento de motivar al paciente a sostener las metas alcanzadas y continuar en la persecución de nuevos objetivos. Al igual que sucede con los privilegios, la afirmación puede resultar una herramienta simplista, sin embargo para los residentes de la comunidad adquiere relevancia puesto que demuestra un amplio reconocimiento de que se encuentra implicado en una lucha por aprender y cambiar (De León, 2004).

Es importante aclarar que la afirmación no se utiliza para motivar al paciente a comenzar la búsqueda de espacios. Su aplicación tiene lugar en puntos más avanzados del proceso puesto que se utiliza en forma posterior al haber alcanzado un objetivo.

#### **4.2 Obstáculos que se presentan durante el proceso de construcción de la red**

El proceso de construcción de una red social se realiza a través de una serie de instancias. En un primer momento, como se explicó anteriormente, el paciente debe comenzar la búsqueda de espacios potencialmente relacionales. Cuando ya se encuentra asistiendo a una determinada actividad tiene que intentar socializar con otros individuos. Una vez que consigue establecer cierta confianza debe informar acerca de su problemática con el consumo y pedir que se contacten con la institución para ser entrevistados por un coordinador. Este último evaluará el grado de compromiso, el tiempo libre, e indagará si el potencial miembro de la red posee una relación con el consumo. Por último, debe trabajar en sostener y ampliar la red construida. Es

importante tener en cuenta los pasos del proceso, puesto que cada obstáculo, debido a sus características, se presenta en algún momento del mismo.

Los inconvenientes que surgen se encuentran completamente relacionados a las características de la personalidad del drogodependiente descritas en el marco teórico. En esta sección se vincularán los obstáculos que se presentan durante el proceso de formación de una red social con los rasgos propios del perfil del adicto.

#### **4.2.1 Miedo al rechazo**

El miedo al rechazo se asocia al autoconcepto negativo que el drogodependiente tiene de si mismo. El modo en que se autodefine y percibe deriva de su propia historia como consumidor y en ocasiones de una infancia problemática. Su pobre evaluación de la realidad hace que no reconozca la manera en que sus acciones afectan a los demás. Esto trae como consecuencias un historial de fracasos en sus relaciones interpersonales. Suele mostrar un importante déficit para resolver de manera eficaz los problemas cotidianos y, por lo tanto tiende a mantener una postura evitativa. Su autoconcepto se ve influenciado por la imagen pública negativa que la sociedad tiene del drogodependiente (De León, 2004).

Durante el proceso de construcción de la red social, cuando debe relacionarse con otros individuos, se muestra reticente al momento de explicar su problemática. Esto se debe a que le preocupa el impacto negativo que la información puede generar en los demás. Teme que su imagen se asocie al estereotipo social del adicto, vinculado a la marginalidad, y traiga como consecuencia el rechazo de los demás (Arranz López, 2010).

Este obstáculo se presenta puntualmente al momento de explicar a otras personas cuál es su situación y de pedirles que se comuniquen con la institución para que se entrevisten con la institución. El paciente suele verbalizar este conflicto de la siguiente manera “tengo miedo de decir que estoy internado” o “No me animo a pedir que se vengán a entrevistar”.

Como se explicará mas adelante el coordinador intenta abordar este obstáculo intentando positivizar la historia del paciente destacando sus aspectos favorables.

#### **4.2.2 Déficits en habilidades sociales y poca asertividad.**

En ciertos casos el drogodependiente muestra una carencia importante de habilidades sociales. Por lo general no adquiere las competencias necesarias para conducirse eficazmente y tiende a fracasar al momento de cumplir expectativas tanto propias como sociales. Esto trae como consecuencias el aislamiento y el ingreso posterior a grupos en los que predomina el consumo, prosperando en un estilo de vida antisocial y en el aprendizaje de pautas de interacción vinculadas a la subcultura de la droga. Otro punto a destacar es su incapacidad para manifestar de manera apropiada sus pensamientos y emociones. El drogodependiente no posee las habilidades para autoafirmarse de forma correcta frente a los demás y tiene dificultades para distinguir sus necesidades genuinas de los deseos inmediatos (FAD, 1997; De León, 2004).

Estas características conllevan serios inconvenientes que terminan por repercutir de manera negativa en su vida social. La incorporación del léxico y otras formas de expresión propias de la subcultura del consumo traen como consecuencia cierto rechazo por parte de otros individuos que no pertenecen a ese contexto. Las dificultades para autoafirmarse de manera correcta frente a los demás le suscita impotencia, y termina por conducirse a través de formas hostiles generando el alejamiento de otras personas.

Durante el proceso de construcción de la red social estas características generan obstáculos al momento de relacionarse con otros individuos. Específicamente padece dificultades para expresar de manera sutil su problemática con el consumo, careciendo de habilidades para atenuar el impacto de la noticia. Por otra parte también muestra problemas para invitar a otras personas a entrevistarse a la institución.

En la comunidad terapéutica se intentan modificar estas características implementando diversas estrategias para mejorar la asertividad. También se practican role playings con la finalidad de ensayar diversas situaciones en las que el individuo presenta dificultades.

#### **4.2.3 Ira y hostilidad.**

El drogodependiente tiende a expresarse con hostilidad hacia la mayor parte de su entorno social. Esto incluye a sus familiares y otros marcos institucionales.

Como se observó anteriormente, esta característica se encuentra vinculada a la baja asertividad. De León (2004) sostiene que tanto la ira como la hostilidad son las emociones que el drogodependiente manifiesta en forma predominante. En ciertos casos, parecen ser las únicas formas de expresión afectiva que suele demostrar. Tiende a utilizarlas como un mecanismo de protección para evitar afrontar y experimentar otro

tipo de sentimientos que producen mayor incomodidad como el temor, la tristeza o la angustia. Esta manera de conducirse genera deterioro en las relaciones interpersonales, por lo tanto se convierte en una cuestión a tener en cuenta al momento de trabajar en el sostenimiento de la red construida.

Como se observará más adelante en la comunidad terapéutica se utilizan diversas estrategias destinadas a facilitar en el residente la conexión y expresión de otro tipo de emociones que mantiene en forma encubierta.

#### **4.2.4 Desconfianza.**

El drogodependiente tiende a desconfiar del resto de las personas en general. Posee un extenso historial de decepciones que se originan desde su entorno familiar inmediato terminando por extenderse hasta el resto de su entorno en general (De León, 2004). En ciertos casos el sujeto se encuentra inmerso en un sistema parental poblado de secretos que si bien todos los miembros conocen de forma implícita ninguno los expresa abiertamente. Esto trae como consecuencia un empobrecimiento de los modelos de confianza paternos (Puentes, 2005). Bajo este contexto el drogodependiente acostumbra a experimentar recelo con respecto al resto del entorno.

La desconfianza hacia las demás personas acarrea serias implicancias al momento de construir la red social. El residente considera que nadie puede comprenderlo así como tampoco ayudarlo. En los grupos terapéuticos suele verbalizar esta problemática de la siguiente manera: “No creo que otras personas puedan ayudarme de la manera en que el programa lo hace”, “La gente que nunca se drogó no va a comprender a alguien como yo”. Durante el tratamiento se trabaja en forma progresiva para que pueda aprender a confiar en los demás. Cuando se llega a la etapa de re-ingreso ya existe una labor realizada con respecto a este conflicto. Sin embargo cuando debe establecer y sostener vínculos con individuos que no pertenecen al contexto de la comunidad el problema reaparece.

#### **4.2.5 Poca tolerancia a la frustración.**

El drogodependiente muestra serias dificultades para contener reacciones conductuales negativas al momento de sentirse rechazado, impaciente o increpado. La causa radica en que parece incapaz de tolerar esa clase de sentimientos (De León, 2004). Cuando

proyecta ciertas expectativas sobre un determinado objetivo y estas se desbaratan, tiende a actuar en forma irascible e impulsiva, pasando por alto otras formas de conseguir su meta (Beck, 1999).

Como se explicó anteriormente cuando se trabaja en la construcción de la red social, el residente debe invitar a los individuos con los cuales pretende establecer un vínculo a entrevistarse con el coordinador. En ciertas ocasiones sucede que los sujetos terminan por no acudir al encuentro debido a que no se muestran interesados. Cuando estas situaciones ocurren el residente reacciona en forma impulsiva y manifiesta sus deseos de abandonar la construcción de la red social.

Para estos casos se utiliza una herramienta denominada identificación cuya finalidad es la de ofrecer contención y apoyo al residente para que pueda transitar la situación en un clima de comprensión.

### **4.3. Estrategias para el abordaje de los obstáculos.**

En esta sección se describirán y explicarán las estrategias que se utilizan para el abordaje de los obstáculos expuestos anteriormente.

#### **4.3.1 Positivizar la historia del paciente.<sup>1</sup>**

Esta estrategia se utiliza cuando el proceso de construcción de la red social se encuentra obstaculizado por el miedo al rechazo (Arranz Lopez, 2010). Como se explicó anteriormente la raíz de este problema se encuentra en la baja autoestima y el pobre autoconcepto que el adicto tiene de si mismo.

Positivizar la historia del paciente consiste precisamente en enumerar y destacar sus aspectos positivos intentando nivelar y buscar puntos en común con otras personas (Arranz Lopez, 2010). En la aplicación de esta técnica el coordinador le pide al residente que recuerde, mencione y evalúe aquellos logros que considera de mayor importancia durante su tratamiento con la finalidad de rehabilitar su autoestima y autoconfianza. A continuación se expone un ejemplo que describe la aplicación de esta técnica.

---

<sup>1</sup> El término “Positivizar” fue extraído del texto “Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción”, del autor Arranz López.

- Coordinador: Te voy a pedir que menciones todos aquellos logros que consideras como mas importantes de tu tratamiento
- Paciente: El principal logro fue haber llegado hasta esta fase.
- Coordinador: ¿Considerás que haber llegado a re-ingreso es tu mérito mas importante?
- Paciente: Sí, seguro.
- Coordinador: Bien, ¿que otros logros recordás?
- Paciente: Haberme desempeñado bien cuando me tocó el cargo de responsable de la casa. Haber obtenido el estatus de hermano mayor. No haber abandonado el tratamiento en los momentos más difíciles. También me valoro el haber estado sin consumir los últimos diez meses.
- Coordinador: ¿Fueron cosas difíciles de realizar?
- Paciente: Si, absolutamente.
- Coordinador: ¿Para vos este tratamiento es algo fácil de hacer? ¿Te parece que podría hacerlo cualquiera?
- Paciente: No, para nada. Al contrario.
- Coordinador: Entonces ¿Se podría decir que es un mérito importante lo que estás haciendo?
- Paciente: Si, totalmente.

Para muchos residentes que previamente a internarse cargaban con un historial de fracasos, el paso por la comunidad terapéutica se convierte en un hecho crucial, puesto que es el lugar donde cosechan sus primeros éxitos. Durante el tratamiento el sujeto

realiza un aprendizaje social basado en los efectos de las recompensas, los privilegios, las promociones a estatus de mayor jerarquía y el reconocimiento de sus compañeros. El avance progresivo del individuo en el tratamiento genera cambios positivos en la percepción de sus propias capacidades incrementando la autovaloración y la seguridad en si mismo.

El coordinador al destacar los aspectos positivos del paciente como lo son sus logros durante el tratamiento, intenta focalizar su atención en el éxito que es producto de sus propios méritos. El objetivo de esto es generar un cambio en el autoconcepto y fomentar la autoeficacia. Se espera que a raíz de una modificación positiva en la percepción que el residente tiene de si mismo disminuya el miedo al rechazo y pueda trabajar en su red social con mayor efectividad.

#### **4.3.2 Verbalización de ejemplos y Role Playing.**

La verbalización de ejemplos y el role playing son técnicas complementarias que se utilizan para el entrenamiento y la mejora de las habilidades sociales (Kelly, 1992). Como se explicó anteriormente el drogodependiente carece de las competencias necesarias para conducirse de forma efectiva en determinadas situaciones que requieren la aplicación de pautas socialmente aceptables. En ciertos casos su manera de expresarse lleva asimilada rasgos comunicacionales propios de la marginalidad. Esto genera el alejamiento de individuos que no tienen relación con la subcultura del consumo (FAD, 1997; De León, 2004). La carencia de habilidades sociales trae dificultades al paciente cuando debe explicar su problemática a otras personas no vinculadas al programa y posteriormente invitarlas a que se entrevisten en la comunidad. En el trabajo para construir la red social se utilizan técnicas como la verbalización de ejemplos y el role playing cuya finalidad es preparar a los residentes para superar los obstáculos ocasionados por la carencia de habilidades sociales.

Estas estrategias se utilizan en forma conjunta. Se aplica primero la verbalización de ejemplos en la cual el coordinador le pide al residente que comente frente al grupo terapéutico, de que manera explicaría a otro individuo su problemática con el consumo. Luego invita al resto de los compañeros a que aporten ideas para construir un discurso más apropiado que facilite la comunicación. El coordinador coloca el énfasis en el tono de la voz y en aspectos no verbales, como la postura corporal. A continuación se expone un ejemplo que ilustra la aplicación de esta técnica.

- Coordinador: Vamos a hacer lo siguiente. Describime como le contarías a alguien que estas internado, después el resto del grupo te va a ir dando consejos para poder mejorar.
- Paciente: Le diría algo así: “Te quería decir algo muy importante. Yo en esta etapa de mi vida estoy internado en una comunidad terapéutica porque tengo problemas de adicciones y me estoy rehabilitando”.
- Compañero 1: Lo dijiste de una forma muy directa. Tenés que tratar de atenuarlo un poco.
- Compañero 2: Tendrías que explicar un poco más de que se trata el tratamiento.
- Coordinador: En el momento en que lo cuentes tenés que prestar atención a la postura corporal y el tono de voz. Intentá que no parezca una confesión

La verbalización de ejemplos funciona para ofrecer al residente una mayor cantidad de herramientas que pueden ayudar a elaborar un discurso adecuado. Posteriormente para llevar a cabo su puesta en práctica se utiliza el rol playing.

A través de esta técnica se trata de representar una situación de la vida real con la finalidad de entrenar las habilidades necesarias para afrontarlas adecuadamente. Cada uno de los participantes asume el rol que le corresponde, intentando ejecutarlo con la mayor naturalidad posible. A continuación se presenta un ejemplo que describe como se aplica esta técnica.

- Coordinador: Ahora vamos a practicar lo que trabajamos con la verbalización de ejemplos. Yo voy a asumir el rol de una persona a la que intentás convencer de que se entreviste con el programa. Comencemos.
- Paciente: Quería comentarte que en este momento estoy haciendo un tratamiento psicológico que para mi es muy importante, porque durante un tiempo tuve problemas con el consumo de drogas y ahora estoy tratando de salir. Por suerte me esta yendo muy bien.

- Coordinador: Mira vos, que bueno que lo estés intentando dejar.
- Paciente: Gracias. Por suerte el lugar donde estoy haciendo tratamiento es muy bueno. Es una comunidad terapéutica, por un tiempo tengo que estar internado pero ya me esta faltando poco para poder volver a mi casa.
- Coordinador: Felicitaciones. Debe ser difícil.
- Paciente: Si es difícil, pero ya falta poco. Una de las cosas que me quedan por hacer es conocer gente nueva porque no puedo seguirme viendo con las personas que consumían conmigo.
- Coordinador: Sería como volver a lo mismo.
- Paciente: Una de las razones por la que vengo acá es justamente para poder estar con gente distinta. Probablemente llegado el momento te pida que tengas una entrevista con mi coordinador porque probablemente te quiera conocer.
- Coordinador: Esta bien. No hay problema.

En las primeras ocasiones, el coordinador tiende a practicar el role playing de manera sencilla. En la medida que el paciente muestra un cierto grado de progreso comienza a incrementar la dificultad. En determinados casos le pide que continúe ejercitando con otros compañeros entre sesiones, de modo que en la próxima reunión se perciban mejorías. El resultado que se espera a través de esta técnica es que el residente consiga revisar y corregir con la ayuda del grupo terapéutico aquellos aspectos del discurso que le resultan dificultosos, pudiéndose expresar con claridad al momento de interactuar con otros individuos y específicamente, tener la capacidad para explicar su problemática atenuando el impacto de la información que transmite.

#### **4.3.3 Control en la expresión de sentimientos.**

La comunidad terapéutica proporciona espacios específicos y controlados para permitir al paciente la expresión de sentimientos. No admite la manifestación impulsiva de afectos negativos ni tampoco los arrebatos de violencia.

Cuando un residente siente la necesidad de exteriorizar emociones de diversas índoles, no se encuentra autorizado a hacerlo. Existe un procedimiento estandarizado que debe respetar para poder expresarlo de una forma socialmente aceptable. El sistema a través del cual se manifiestan los sentimientos consiste en anotar en un papel el nombre del mismo y designar hacia quien se encuentra dirigido. Luego debe depositar aquello que escribió en una urna y esperar la autorización del coordinador, que se debe hallar presente al momento de expresarlo (Goti, 2000).

El control en la manifestación de los sentimientos es una herramienta extremadamente útil de la comunidad terapéutica. Permite al residente demorar la impulsividad para que pueda explorar e identificar su verdadero estado emocional. Como se explicó anteriormente el drogodependiente tiende a expresar arrebatos de ira o una permanente hostilidad hacia su entorno inmediato debido a que encubre otros sentimientos que le generan una mayor incomodidad. A través del control en la manifestación de las emociones se ve obligado a identificarlos, experimentarlos y expresarlos de la manera correcta. De esta forma desarrolla una mayor introspección y mejora sus cualidades asertivas. Con la permanente aplicación de esta estrategia se espera que el residente progresivamente aprenda a autocontrolar sus estados afectivos y a tolerar las emociones que solían causarle incomodidad, mitigando la intensidad de la hostilidad y la ira, puesto que estos eran los sentimientos a través de los cuales se protegía. El resultado con respecto a la red social es que al disminuir los estados emocionales agresivos que producen el alejamiento de otros individuos, se mejora la calidad de las relaciones interpersonales.

#### **4.3.4 Ejercitación de la confianza.**

La falta de confianza que posee el drogodependiente con respecto a su entorno puede convertirse en un obstáculo que se debe tener en cuenta en el trabajo con redes. Como se explicó anteriormente los residentes expresan la creencia de que nadie parece comprenderlos ni tampoco ayudarlos (De León, 2004). La intervención que se utiliza en estos casos consiste en pedirle al paciente que adopte nuevamente la misma perspectiva

y actitud en el trabajo con la red, que estuvo obligado a mantener al momento de comenzar el tratamiento.

Cuando el residente ingresa en la comunidad se encuentra en la situación de tener que acatar las demandas del programa sin cuestionar. Debe realizar aquello que se le pide incluso aunque no sea capaz de entender de qué manera lo beneficia. Es inducido por sus compañeros y coordinadores a creer en la metodología del tratamiento sin tener certezas respecto a la efectividad del resultado. En el léxico de la comunidad esto se denomina “fe ciega”. Durante las primeras etapas del programa el residente asume el riesgo de actuar como si realmente creyera en la eficacia del tratamiento animado por los consejos de sus compañeros. En las fases posteriores, ya con un aprendizaje adquirido, la fe ciega se convierte en confianza (De León, 2004).

Cuando se trabaja en la red social esta capacidad para confiar, construida progresivamente bajo el entorno de la comunidad, debe dirigirse hacia individuos que no pertenecen al programa. Si bien el residente aprendió a apoyarse en sus compañeros de tratamiento y coordinadores puede titubear al momento de confiar en otras personas. El coordinador para superar este obstáculo intenta inducir al paciente a que nuevamente asuma la actitud de riesgo que mostró durante los primeros momentos en la comunidad. A continuación se expone un ejemplo.

- Paciente: Yo tengo confianza en el Programa. Pero no creo que el resto de las personas me pueda ayudar. Durante el tratamiento ya aprendí como me tengo que cuidar para no recaer.
- Coordinador: ¿Porque creés que la gente no te puede ayudar?
- Paciente: Porque siento que no me entiende y que no esta preparada.
- Coordinador: ¿Vos te acordás cuando recién entrabas a la comunidad como te costo aprender a confiar? Desconfiabas de los compañeros, los coordinadores y del tratamiento. Se te pedía que te involucraras aunque todavía no entendieras
- Paciente: Si, me acuerdo.
- Coordinador: ¿Y el programa te decepcionó?

- Paciente: No, para nada.
- Coordinador: Así como en la comunidad tuviste que aprender a confiar. Ahora que estas externado tenés que aplicar la misma actitud con la gente de afuera. Vas a ver que el resultado va a ser igual de positivo

En la intervención se le recuerda al residente su experiencia previa en relación a la fe ciega y los beneficios que obtuvo de la misma. El objetivo es que los resultados positivos conseguidos con anterioridad sirvan de refuerzo para incitar al individuo a que continúe con esta actitud más allá de los límites de la comunidad.

#### **4.3.5 Identificación**

En ciertos casos particulares puede suceder que el proceso de construcción la red social se demora en alguna de sus instancias o simplemente no trae resultados satisfactorios. Por diversos motivos, a pesar de los esfuerzos del residente y de la ayuda del grupo terapéutico no se alcanzan los objetivos propuestos. En estas circunstancias debido a su poca capacidad para tolerar los sentimientos negativos que generan el rechazo y la frustración, el paciente puede tomar la decisión impulsiva de abandonar la construcción de su red social. En los casos más serios se pueden observar reacciones irascibles o de profunda tristeza. Cuando esto sucede el coordinador prefiere orientar la metodología hacia estrategias que favorezcan el apoyo emocional, haciendo temporalmente a un lado las técnicas destinadas a generar presión.

La herramienta que se utiliza en estos casos se denomina identificación. Se basa en un conjunto de gestos dirigidos a expresar contención y comprensión respecto de las dificultades y sufrimientos que se encuentra padeciendo el residente. Esta herramienta suele ser utilizada por un compañero del grupo terapéutico que atravesó una experiencia vital similar durante el transcurso del tratamiento, y no tanto por el coordinador (De León, 2004). A continuación se describe un ejemplo.

- Paciente: No pienso seguir yendo a teatro. Hace meses que estoy trabajando para que alguien se venga a entrevistar y no pasa nada...

- Compañero: Cuando yo estuve trabajando la red me paso lo mismo que a vos y también quise dejar. En el momento me sentí muy frustrado, yo te entiendo y se lo que estas pasando. Tuve que buscar otro espacio y empezar todo de vuelta. Pero también acordate que acá en la comunidad los compañeros y coordinadores te aprecian, y si te pudiste hacer querer acá tarde o temprano afuera lo vas a lograr también.

A través de la identificación un paciente más avanzado en el tratamiento le transmite a otro su aprendizaje basado en la vivencia de la misma experiencia utilizando verbalizaciones tales como “yo entiendo por lo que estas pasando, a mi me sucedió lo mismo se como te estas sintiendo” “A mi me paso algo similar, al principio me sentía como vos, con el tiempo pude superarlo”. La identificación ayuda frente a la sensación de soledad y aislamiento con respecto al problema. También favorece el sostén de las esperanzas puesto que quien ofrece ayuda pudo superar el problema. Sirve para que el residente aprenda a atravesar el proceso de frustración de una manera alternativa y con otros resultados.

## 5. CONCLUSIÓN.

Las redes sociales son un factor de suma importancia en la salud mental del individuo. Sluzki (1998) sostiene que las relaciones sociales contribuyen a la construcción de la identidad y asignan roles cuyo desempeño terminan por dar sentido a la vida. Las funciones de compañía social, apoyo, regulación y consejo que proporcionan los otros significativos sirven como una protección para el individuo de aquellos factores nocivos que puede presentar el medio sociocultural.

Sin embargo existen casos en los cuales la misma red ejerce una influencia patológica para la salud del sujeto. Cuando sus funciones no se practican de manera correcta existiendo una disolución del control social, carencia de apoyo y contención, y una ausencia de guía moral el individuo queda desprotegido, sin la capacidad para afrontar los estímulos adversos del contexto social (Yarúa, 1990). En la mayoría de los casos el drogodependiente se encuentra sumergido en un sistema familiar y social que lo inducen a practicar conductas autodestructivas como lo es el consumo de drogas. Las relaciones sociales que establece favorecen la construcción de una identidad negativa que en algunos casos se adhiere al estereotipo social de marginalidad.

El objetivo de este trabajo era precisamente observar y describir como el drogodependiente, separado de su contexto perjudicial, construye una nueva red social especificando en las estrategias e intervenciones que lo motivan y ayudan a superar los obstáculos que se presentan en el proceso. A continuación se expondrá una revisión de los objetivos específicos desde un punto de vista crítico, abordando en tres apartados diferenciados el trabajo que se realiza para motivar al paciente, los obstáculos que surgen durante el proceso y las técnicas que se utilizan para afrontarlos.

Como se explicó en reiteradas ocasiones, uno de los principales componentes metodológicos de la comunidad terapéutica es el sistema de privilegios y sanciones. Forma parte de la estructura del programa y se utiliza como una pieza clave para producir modificaciones en las conductas de los residentes. Su principal forma de utilización es introduciendo presión a los residentes ofreciendo recompensas cuando actúan acorde a los valores de la comunidad e impartiendo sanciones cuando sus conductas no se ajustan a las expectativas propuestas. A través de este sistema se presiona al individuo con la finalidad de generar un cambio.

Como se observó durante el desarrollo se utiliza al momento de trabajar para motivar al paciente a construir la red social. Si bien para esto en particular, se lo considera una herramienta de último recurso, durante la práctica tiende a ser la más utilizada. Muchos de los pacientes terminan por abordar la formación de la red incentivados a través de la presión que ejerce el sistema de privilegios y sanciones.

Arranz López (2010) sostiene que en la mayor parte de los casos la argumentación directa y la confrontación tienden a aumentar las resistencias del paciente y reducir la posibilidad de un cambio en el comportamiento. Propone un modelo de intervención basado en la empatía y el apoyo para crear las condiciones necesarias bajo las cuales se puede producir el proceso de modificación.

Las comunidades terapéuticas aplican una forma de trabajo directiva al momento de cumplir el objetivo de generar cambios en el comportamiento de los residentes. No se suele tener en cuenta los tiempos que cada individuo necesita para resolver sus contradicciones intrínsecas previas y prepararse para trabajar en el proceso de modificación. Como se mencionó anteriormente la modalidad del tratamiento se apoya principalmente en generar presión y los residentes terminan cambiando su comportamiento al ritmo que la comunidad les impone. El trabajo de abordaje de la red social no es la excepción a la regla. Los pacientes construyen su red incentivados por el sistema de privilegios y sanciones sin que se tenga en cuenta las diferentes etapas por las que puede atravesar un individuo durante el proceso de cambio.

Un modelo alternativo podría ser el de la entrevista motivacional. Cuya metodología de abordaje no resulta coercitiva y contempla las diferentes fases por las que circula el sujeto hasta alcanzar el cambio de manera estable. Este modelo puede utilizarse para el abordaje de la red social obteniendo resultados positivos (Arranz Lopez, 2010). Su principal característica radica precisamente en un respeto por las creencias y los tiempos del paciente. El terapeuta acompaña el proceso de modificación manteniendo una postura facilitadora pero no coercitiva. Se intenta que el individuo comprenda la importancia del cambio y genere su propia convicción.

En la comunidad terapéutica el residente construye la red social en base a presión y por una exigencia del programa. En muchos casos no se le da el tiempo necesario para elaborar subjetivamente las implicancias positivas que este proyecto puede acarrear para su salud al momento de la externación. Por lo tanto construye su red sin convicción, respondiendo a las demandas de la comunidad.

Las consecuencias de esto es que luego de terminar la etapa de internación no tiende a valorar la utilidad de su nuevo grupo de pares. No utiliza las funciones de apoyo emocional y regulación social que le son tan necesarias. Paradójicamente su red social continúa siendo el programa al que termina acudiendo cada vez que lo necesita.

Los obstáculos expuestos son los que se observan comúnmente cuando se trabaja la red social. Todos ellos responden a las características de la personalidad del drogodependiente. Sin embargo podrían sumarse otros que si bien no son tan corrientes resulta interesante tenerlos en cuenta.

El primero de estos consiste en las limitaciones institucionales. Todos los contactos deben asistir al programa para entrevistarse con el coordinador en forma frecuente, para intercambiar información respecto a la conducta del residente fuera del programa. Lo cual trae ciertas complicaciones prácticas. Muchos individuos no presentan problemas ni prejuicios para formar un vínculo con un adicto en rehabilitación, sin embargo no asisten a las entrevistas debido a dificultades horarias o de lejanía. Esto incide negativamente al momento de trabajar en reforzar el vínculo. Para estos casos sería pertinente que la institución se muestre más flexible en relación a lo que demanda por parte del contacto.

Otro de los obstáculos que a veces se observan corresponde a cuestiones relacionadas al sistema familiar. En ciertos casos sucede que la madre del residente (cuando se trata de un adolescente) se contacta con amistades del hijo previas al tratamiento que no tenían problemas de consumo, invitándolas a que se entrevisten en el programa para poder vincularse nuevamente. La madre continúa actuando de manera sobreprotectora quitándole al residente la posibilidad de construir su propia red.

En algunos casos también sucede que el trabajo con redes no produce éxitos y se opta por disminuir las expectativas externando al paciente con tan solo un contacto y en ocasiones ninguno.

En relación a las intervenciones que se utilizan para el abordaje de obstáculos, resulta pertinente aclarar que las comunidades terapéuticas tienen una forma ortodoxa de trabajar. Debe tenerse en cuenta que fueron diseñadas por adictos rehabilitados y se desarrollaron en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina convencionales. En su momento las estrategias que se utilizaban surgieron en base a la práctica y evolucionaron a través de experiencias de ensayo y error, hasta desarrollarse

en la actualidad en una compleja modalidad de tratamiento (De León, 2004). Sin embargo, y sobre todo en los últimos años, existió una progresiva inserción del profesional de la salud. No obstante, el tratamiento en comunidades terapéuticas necesita una mayor apertura en lo que respecta a nuevas teorías, estrategias e intervenciones. De acuerdo a lo observado en los grupos terapéuticos, el debate cognitivo entre el coordinador y el paciente termina, en muchas ocasiones, resolviéndose a través de la presión grupal. Pudiendo implementarse otro tipo de técnicas que ofrezcan alternativas para producir el cambio.

Si bien se considera que los objetivos de este estudio se encuentran cumplidos, es importante señalar, a modo de autocrítica, que ciertos aspectos del trabajo con redes en las comunidades terapéuticas no fueron abordados. La participación en el tratamiento del sistema familiar es una parte importante de la rehabilitación en general y del abordaje de redes en particular. Sin embargo, para este estudio se prefirió focalizar en la descripción de la constitución de un nuevo grupo de pares debido a que no existe un número significativo de investigaciones que se centren en esta temática. Si se hubiese intentado complementar este trabajo con el abordaje familiar, su extensión habría superado el límite impuesto.

Otro aspecto importante a tener en cuenta se encuentra relacionado a la bibliografía. Si bien existe abundante material que trata en forma específica los dos temas principales de este trabajo. Resultó difícil encontrar información que facilite una articulación entre ambos. Esto implica que no se halló suficiente apoyo teórico para aunar la temática de las redes sociales y las drogodependencias. Particularmente, este problema se intensificó al momento de realizar una descripción teórica de las estrategias e intervenciones que se utilizan en la comunidad terapéutica para realizar el abordaje de la construcción de la red.

### **Lineamientos para futuras investigaciones**

Se puede proponer la aplicación de terapias más modernas en este tipo de ámbitos. El incremento del uso de intervenciones cognitivas puede resultar de gran utilidad y ofrecer alternativas que terminen por ser enriquecedoras para producir una modificación duradera en las creencias y conductas del paciente.

Además deben realizarse una mayor cantidad de estudios e investigaciones que tengan como objetivo generar una modalidad de trabajo que refuerce los aspectos importantes que procuran una reinserción exitosa y duradera. Los tratamientos en comunidades terapéuticas implican altos costos económicos y un esfuerzo muy importante por parte de los sujetos involucrados, tanto para los miembros del equipo de coordinadores como para los pacientes. Por lo tanto, es importante que se logre alcanzar una mayor efectividad en lo que respecta a los resultados del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- Arranz López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *REDES: Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18, (7). Recuperado el 7 de septiembre de 2011, [http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18\\_7.htm](http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_7.htm)
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En: Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- Broome, K. M., Simpson, D. D. & Joe, G. W. (2002). The Role of Social Support Following Short-Term Inpatient Treatment. *The American Journal on Addictions*, (11). Recuperado el 16 de noviembre de 2007 de la base de datos EBSCO.
- Dabas, E. (1996). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- De León, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Del Moral, M. M. & Fernández, L. P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: L. P. Fernández (Ed). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. (pp. 1-26). Madrid: Médica Panamericana.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (1997). *Información general para la prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.

- Goti, E. (2000). *La comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kelly, J. A. (1992). *Entrenamiento en habilidades sociales: guía práctica para intervenciones*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Klefbeck, J. (1995). Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red. En: Dabas E. y Najmanovich D. (Eds.). *Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción de la sociedad civil* (pp. 345-356). Buenos Aires: Paidós.
- Najmanovich, D. (1995). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En: E. Dabas y D. Najmanovich (Eds.). *Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción de la sociedad civil* (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós.
- Puentes, M. (2005). *Detrás de la droga: raíces espirituales, culturales, sociales, familiares, psicológicas y orgánicas de la problemática de la drogadicción*. Buenos Aires: Lugar.
- Rodríguez Abellán, J. & Navarro Góngora J. (s. f.). *Intervenciones en redes sociales*. Universidad de Salamanca. Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de [http://www.feaps.org/biblioteca/familias\\_ydi/capitulo7.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/familias_ydi/capitulo7.pdf)
- Rshaid, J. M. (2005). *Comunidad terapéutica para la rehabilitación de drogadependientes. Un desafío teórico-técnico*. Buenos Aires: Dunken.
- Sluzki, C. E. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Speck, R. V. (1995). La intervención de la red social: las terapias de red, teoría y desarrollo. En: M. Elkaïm, (ed). *Las prácticas de la terapia de red: salud mental y contexto social* (pp. 20-39). Barcelona: Gedisa.

Stanton, M. D., Todd, T. C., Heard, D. B., Kirschner, S., Kleinman, J. I., Mowatt, D. T., et. al. (1990). Un modelo conceptual. En: Stanton, M. D. & Todd, T. C. (Eds.). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (pp. 25-49). Barcelona: Gedisa.

Westermeyer, J., Thuras, P. & Waaijer, A. (2004). Size and Complexity of Social Networks among Substance Abusers: Childhood and Current Correlates. *The American Journal on Addictions*, (13). Recuperado el 16 de noviembre de 2007 de la base de datos EBSCO.

Yarúa, J. A., (1999). *Drogas postmodernidad y redes sociales*. Buenos Aires: Lumen.

