

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales



Trabajo Final de Integración: Grupo de padres de pacientes adictos en una comunidad terapéutica

Alumna: Carolina Lorena Storti

Tutora: Dra. Denise Benatuil

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
1.2 OBJETIVOS	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos específicos.....	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 DROGA.....	5
2.2 TIPOS DE CONSUMO.....	5
2.2.1 Intoxicación por sustancias.....	5
2.2.2 Uso.....	6
2.2.3 Abuso.....	6
2.2.4 Dependencia.....	6
2.2.4.1 Dependencia física y psicológica.....	7
2.3 TIPOS DE TRATAMIENTOS.....	8
2.3.1 Internación en Comunidad Terapéutica.....	9
2.3.2 Hospital de día.....	11
2.3.3 Tratamiento ambulatorio.....	11
2.4 TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN.....	12
2.5 CARACTERÍSTICAS FAMILIARES VINCULADAS A LA DROGADEPENDENCIA.....	13
2.6 TRATAMIENTO FAMILIAR.....	16
2.7 GRUPO DE PADRES.....	20
2.8 LÍMITES.....	25
2.9 COORDINADORES.....	26
3. METODOLOGÍA	30
3.1 MÉTODO.....	30
3.2 MUESTRA.....	30
3.3 PROCEDIMIENTO.....	30
3.4 INSTRUMENTOS.....	31
4. DESARROLLO	32
4.1 DESCRIBIR LAS NORMAS DEL GRUPO DE PADRES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	35
4.2 DESCRIBIR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES.....	37

4.3 DESCRIBIR LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL PSICÓLOGO Y EL OPERADOR SOCIO TERAPÉUTICO EN LOS RESPECTIVOS GRUPOS	44
5. CONCLUSIÓN.....	50
6. BIBLIOGRAFÍA.....	53

1. INTRODUCCIÓN

La Práctica y habilitación profesional se realizó en una institución sin fines de lucro que tiene por objetivo la promoción de la salud y la recuperación de adictos, con la modalidad de internación en comunidad terapéutica, hospital de día y tratamiento ambulatorio grupal e individual.

En el transcurso de la residencia se consiguió observar el manejo de los profesionales, los pacientes, sus familias y las diversas intervenciones. Asimismo, se pudieron presenciar diferentes grupos terapéuticos, entre ellos, el grupo de padres, integrado únicamente por aquellos que tienen a sus hijos internados en esta comunidad terapéutica. Debido a la gran cantidad de padres que concurren y a la dificultad para trabajar en grupos numerosos, se realizan dos espacios terapéuticos separados que funcionan simultáneamente. Uno de ellos es coordinado por un operador socio-terapéutico y otro, por un psicólogo.

Este grupo tiene como finalidad consolidar y fortalecer las relaciones entre padres e hijos para poder prevenir la posibilidad de una recaída en el consumo de sustancias.

El objetivo de este trabajo de integración final es realizar una descripción de estos grupos observados en esta comunidad, sus normas, las actividades realizadas en cada encuentro, como también las diferentes intervenciones realizadas por sus respectivos coordinadores.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Describir el funcionamiento del grupo de padres de pacientes internados en una comunidad terapéutica.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir las actividades realizadas durante los encuentros grupales.
- Describir las normas del grupo de padres de la comunidad terapéutica.
- Describir las intervenciones realizadas por el psicólogo y el operador socio-terapéutico en los respectivos grupos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Droga

Según Kramer y Cameron se entiende por droga a “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”, y Schuckit diferencia a la droga de abuso a “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”. De forma similar, la Organización Mundial de la Salud considera que la droga “es toda sustancia –natural o sintética- que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones”. (Becoña, 1995)

Niño (1997) señala que el diccionario de la Real Academia Española presenta dos acepciones del término *droga*: “Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes”; y “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno” (sic).

Yaria define la droga como un objeto que cautiva y que incorpora progresivamente al sujeto en un cautiverio. Por una pequeña cuota de placer inicial al aumentar la tolerancia (la necesidad) del organismo, más y más se necesita para repetir ese imposible placer inicial. La memoria le juega una mala pasada continuamente al futuro adicto. El vacío que intentaba llenar con fármacos diversos resulta imposible de llenar porque es otro el problema y no aquél que la ilusión química proporciona. La ilusión placentera lo lleva al apetito de muerte, ya que esto es la drogadicción, una verdadera *obsesividad impulsiva* por lo placentero destructivo (Yaria, 1988, p.134).

2.2 Tipos de consumo

La Asociación Psiquiátrica Americana hace una distinción entre intoxicación por sustancias, uso, abuso y dependencia.

2.2.1 Intoxicación por sustancias

El sujeto presenta un síndrome específico ante la exposición o ingesta reciente, pero que se puede revertir. Se producen cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos.

2.2.2 Uso

Becoña (1995) define el uso como el consumo de una sustancia que no acarrea consecuencias negativas en el sujeto. Habitualmente ello se produce cuando los consumos son esporádicos, generalmente los fines de semana o en oportunidades casuales. La droga es regalada o compartida. No afecta la vida laboral, escolar o de pareja; tampoco presenta episodios de intoxicación. El estado de ánimo es más que nada la búsqueda de sensaciones nuevas.

2.2.3 Abuso

El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo. El uso es regular durante la semana, con episodios de intoxicación y con un estado de ánimo confuso. Se inicia el deterioro de la vida familiar y de pareja. El abuso lleva a una vida dual: por un lado, la existencia cotidiana común y, por otro, la adictiva, a escondidas de los allegados. Hay una fuerza muy grande del grupo de pares y se compromete la vida escolar, laboral y/o afectiva. (Becoña, 1995)

Puentes (2006) explica que el abuso produce conflictos vinculares y genera agresividad y comportamientos antes desconocidos. El individuo puede pasar de la indiferencia a exacerbados enojos si se lo contraría. Además, escapa al diálogo. Comúnmente los padres comentan que toma el hogar como si fuese un hotel, al cual solo va para bañarse, cambiarse de ropa y comer. Las peleas con su familia y sus ausencias en el ámbito escolar o laboral se tornan cada vez más frecuentes.

2.2.4 Dependencia

Becoña (1995) señala que la dependencia se da cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. Desaparece toda relación con la familia, la pareja, los estudios o el trabajo. Prevalece una búsqueda obsesiva y compulsiva de la droga con imposibilidad absoluta de abstinencia. Presenta un compromiso orgánico total con riesgo de destrucción de su sistema inmunológico.

La dependencia hace que las víctimas sufran todos los síntomas mencionados más una tolerancia a la droga que las lleva a aumentar las cantidades que consumen para

lograr los efectos deseados. Los opiáceos, el alcohol y las anfetaminas también conducen a la dependencia física en la que una persona experimenta síntomas de abstinencia cuando deja de usar la droga.

Puentes (2006) define a un adicto como una personalidad inmadura que encontró en las drogas, en un primer momento, una seguridad y madurez aparente pero que finalmente cataliza su inmadurez.

Las drogas que producen dependencia actúan sobre el sistema nervioso central provocando reducción de ansiedad, júbilo, euforia, cambios de humor, sentimiento de aumento de la capacidad física y mental, modificación de la percepción sensorial y cambios en el comportamiento.

La adicción se define como la dependencia a una sustancia química hasta el punto en que se establece una necesidad fisiológica o fuertemente psicológica. La necesidad aparece como síntomas de abstinencia cuando se quita dicha sustancia.

Grimson (1999) en su libro *Sociedad de Adictos* afirma que la adicción es un amplificador y revelador de circunstancias propias del contexto familiar o del clima social en que una familia se debate. La familia, sea cual fuere su estructura y su situación, desarrolla y define la identidad básica de una persona ya que la cuida en la etapa de su modelado inicial.

Yaria (1988) señala que Jacques Lacan definió a la tóxico-dependencia como un *apetito de muerte*, búsqueda consciente o inconsciente de la muerte que va desde el no sentir hasta la muerte efectiva. Estos pasos progresivos van cursando desde un deterioro creciente, desde el punto de vista psicológico, hasta un deterioro orgánico -hepático, circulatorio, cerebral- culminando en *la solución final*, en la sobredosis. Frente al adicto se ve una muerte anticipada, un desprecio por cualquier normatividad incluso la derivada del propio límite corporal.

Además, dice que la droga es una cultura con códigos que la sustentan, que producen efectos. La sustancia química es solo un aspecto, un puro efecto de prestigio la rodea, más importante éste que su efecto químico. De aquí que la abstinencia sea la clave fundamental para comenzar una tarea terapéutica, abstinencia que va de la mano de otro concepto clave que es la voluntariedad.

2.2.4.1 Dependencia física y psicológica

Ghislanzoni (1997) refiere que dentro de las diversas definiciones que se dan sobre toxicomanía, los autores distinguen dos tipos de dependencia: psíquica y física. La

dependencia psíquica se considera como un rasgo común en todos los casos de adicción a drogas. Está caracterizada por un impulso a consumir droga en forma periódica para procurarse euforia o hacer desaparecer un estado de malestar. La dependencia física es un estado de alteración de la fisiología normal causada por la administración repetida de una sustancia, “estado en que es necesario que la sustancia esté continuamente en el organismo para que no aparezca un síndrome estereotipado, el síndrome de supresión o abstinencia, característico de la sustancia de que se trate” (Goodman – Gilman).

En tanto, Becoña (1995)) diferencia la dependencia física de la dependencia psicológica. Dentro de esta considera que los dos aspectos principales de ellas son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La tolerancia sería la necesidad de consumir mayor cantidad de sustancia para obtener el mismo efecto, debido a que el efecto de las sustancias en las mismas cantidades disminuye ante el consumo continuado. La abstinencia sería la aparición de diferentes síntomas fisiológicos y cognitivos ante el cese del consumo de la misma.

Sorokin (1997) dice que la tolerancia existe cuando se necesitan mayores dosis de las drogas para producir los mismos efectos que inicialmente se conseguían con bajas dosis.

Moyano y Fernández Oteiza (1997) realizan una distinción entre dependencia física, psíquica y tolerancia. Se entiende como dependencia psíquica a la búsqueda compulsiva de satisfacción a través de la repetición de la administración de la droga sin que medie el síndrome de abstinencia física. La dependencia física implica adaptación a la droga con desarrollo de tolerancia y síndrome de abstinencia. La tolerancia es el aumento progresivo de la dosis para lograr el mismo efecto.

Siguiendo a Sorokin (1997) la dependencia existe cuando la droga se constituye en parte central de los pensamientos, emociones y actividades de la persona por lo que es muy difícil parar de consumir la droga o disminuir la dosis. Algunos indicadores de la dependencia serían la compulsión o la necesidad imperiosa de consumir, tolerancia aumentada y algunas veces síntomas de abstinencia como dolor de cabeza, náuseas, somnolencia, escalofríos, alucinaciones, dolores abdominales, calambres musculares y delirium tremens.

2.3 Tipos de tratamientos

Esta institución enmarca sus tratamientos dentro del modelo de Comunidad terapéutica, ofreciendo un abordaje bio-psico-social del adicto con diferentes modalidades: internación, hospital de día y tratamientos ambulatorios.

2.3.1 Internación en Comunidad terapéutica

La Comunidad terapéutica fue definida por su creador M. Jones como una situación grupal de *vivir aprendiendo*. El aprendizaje estaba ligado en esta definición a la experiencia de lo comunitario, a la vivencia de lo social. La compañía humana en un sistema planificado de asistencia generaba un verdadero orden social con leyes, normas y reglamentaciones que todo miembro debía acatar y asumir. Surge con esto lo interdisciplinario como estructura social -equipo médico- y como saber; se produce una redistribución del poder médico que queda delegado progresivamente en todo el *staff* médico (Yaria, 1988).

En la Comunidad terapéutica el concepto básico es el aprendizaje social en un marco de crecimiento personal, el cual está subordinado al crecimiento del grupo de pares con los que convive el residente. Éste toma parte efectiva del manejo de lo institucional. En esta experiencia se busca enfatizar el papel de la compañía entre pares como la sustancia misma de la tarea terapéutica; surge para tratar una problemática social grave. Para los adictos la comunidad terapéutica se llamará programada y responderá a la necesidad que plantea el adicto de tener objetivos claros, límites y mucho diálogo, o sea, mucha compañía (Yaria, 1988).

La Comunidad terapéutica es una modalidad que consiste en un tratamiento residencial para la rehabilitación del adicto, generando un clima óptimo para la reflexión y el encuentro con uno mismo. Cuenta Grimson (1999) que la comunidad se presenta al paciente como un multiobjeto en el que puede depositar ansiedades más profundas. A partir de cada actividad y de su adaptación en el programa, el paciente va logrando su propia integración en el plano social de la internación y en el plano personal. A la vez, es un sistema social alternativo en el que nuevas vinculaciones, otros tipos de interacción, la necesidad y posibilidad de expresarse, el desarrollo del proyecto propio, son escalones del proceso terapéutico. El proceso mismo es revisado periódicamente por todos los participantes. Al ofrecer distintos campos a la expresión de un conflicto, este puede desarrollarse y amplificarse en lugar de quedar enquistado; esto permite abordarlo mejor. Dentro de la comunidad, el hecho de que el proceso terapéutico y que el terapeuta estén más a la vista influye notoriamente en el tipo de

relación que se establece y en el tipo de compromiso recíproco. Grimson (1999) considera que los programas se basan en el aprovechamiento de los factores de cohesión grupal para reorientar su funcionamiento hacia la recuperación.

Yaria (1988) explica que la Comunidad terapéutica es un sistema social, un entorno de simbolización, un análisis y vivencia de lo familiar, una crítica del poder, una comunidad de trabajo, una comunidad preventiva y una comunidad de juego. Este sistema social funciona como una familia sustituta y tiene jerarquías internas que posibilitan la confrontación, tan necesaria para el crecimiento de un adolescente. Es un espacio de simbolización de los conflictos de un grupo familiar cuyo emergente está en el que consulta. La simbolización de todas las relaciones humanas que se establecen en la comunidad ejerce un efecto insensible de diferenciación del sujeto consigo mismo, con los demás y con su entorno. La garantía de la verdadera libertad e independencia pasa por la diferenciación de pasar de la inmediatez dependiente a la mediación a través de todo un circuito de simbolizaciones, donde los otros compañeros de la comunidad son intermediarios en esta tarea.

Grimson (1999) afirma que el usuario de drogas al que se le plantea su incorporación a una Comunidad terapéutica enfrenta una posible ruptura con una etapa de su vida. La propuesta terapéutica trata de una revisión de la identidad de la persona ya que las consecuencias afectan diversas áreas de relación del usuario: consigo mismo, con los demás, con su familia, con sus proyectos. La primera tarea es separar lo personal de lo impuesto. Hasta que no se asuma un compromiso con la idea de iniciar un cambio, toda aceptación puede tener la característica de las concesiones provisionales que se destinan a calmar a terapeutas y familiares.

Yaria (1988) sostiene que el código como matriz simbólica ejerce efectos, se plasma y ejecuta a través de un programa de actividades terapéuticas; se concretiza en un encuadre, se absolutiza en las normas grupales de convivencia y se dramatiza en el juego de roles y de interacciones. Además, necesita de la democratización de funciones porque ésta da lugar a que el sujeto se coloque en la posición simétrica de ser escuchado por otro, de escucharse, ser reconocido. La meta de la Comunidad terapéutica es tratar de enseñar a la gente a crecer. Se utiliza el término de terapia para describir el entorno social positivo de aprendizaje, crecimiento y maduración personales.

La modalidad terapéutica de internación busca mejorar el sistema de vida que posee el adicto, en sus actividades sociales, laborales y/o recreativas. El trabajo terapéutico tiene los siguientes instrumentos: grupos terapéuticos, grupos de estructura,

coloquios complementarios para conocer las causas que llevaron al paciente a la droga y terapias individuales una vez por semana. Paralelamente se realizan tareas recreativas, educativas y de limpieza y mantenimiento, o sea, de cuidado del ambiente donde conviven. El paciente se incorpora a un sistema que encuentra fuertemente normatizado, cuyas características, condiciones y exigencias se le manifiestan, explicitan y repiten con frecuencia. Las transgresiones se marcan con sanciones que se destinan a reforzar su cumplimiento. Se marca la obligación de mantener la abstinencia, la prohibición de establecer vínculos de pareja y la ausencia de expresiones de violencia física o verbal. Se elige la norma como pauta de modificaciones de las conductas y se propone controlar el mundo externo a través de una restricción impuesta en la convivencia. Se intenta la ruptura de hábitos en una conducta caracterizada por el predominio del impulso y la intolerancia a la frustración. Además, se busca restablecer el equilibrio por medio del conjunto institucional que actúa como contenedor. En el último período de su internación, y previa evaluación del equipo terapéutico, comienzan a tener salidas en busca de su reinserción laboral, sin abandonar los grupos terapéuticos y familiares. El paciente vuelve a trabajar pero continúa con los grupos terapéuticos dos veces por semana.

Finalizado el período de Reinserción Residencial, se brinda una última fase de ayuda. El paciente retorna donde habitualmente vivía, solo o con su familia, o se genera un nuevo lugar de vivienda. El proceso terapéutico confluye en el tratamiento ambulatorio cumpliendo con las mismas etapas.

2.3.2 Hospital de día

Rossi (s.f) explica que el hospital de día es una variable intermedia, válida y eficaz entre el tratamiento ambulatorio y la comunidad terapéutica, combinando elementos de ambos abordajes. El paciente concurre por un periodo de tiempo durante el día, que no supere las ocho horas. El cronograma de actividades es similar al de la Comunidad terapéutica con la excepción de que el paciente vive en su hogar.

Este dispositivo está destinado fundamentalmente a pacientes que por su estructura salieron de internaciones o no requieren estar internados, pero tampoco pueden estar en el seno de sus familias, ya sea porque éstas no los pueden contener o porque no se encuentra en condiciones de convivir o estar solo.

2.3.3 Tratamiento ambulatorio

El tratamiento ambulatorio se basa en un abordaje interdisciplinario: el paciente concurre al centro de tratamiento con una frecuencia que, de acuerdo a su patología, puede variar entre dos y tres grupos terapéuticos semanales. Este tipo de tratamiento se aplica en casos menos graves y requieren de un mayor compromiso del paciente y de su grupo familiar para el mantenimiento de la abstinencia, la regularización de las actividades y el apoyo de las normas fijadas.

2.4 Tratamiento y recuperación

Pensar en adicciones implica analizar distintas variables: en primer lugar, la droga como objeto que encierra en un cautiverio a un sujeto fisurado que trata de llenar ilusoriamente un vacío; en segundo lugar, es conveniente un análisis de su problemática individual. El adicto joven es habitualmente un sujeto impulsivo con escasa capacidad de elaboración e incapaz de tolerar la frustración. Otro típico adolescente adicto es aquel que vive en un estado de aislamiento emocional. En tercer lugar, analizar la drogadicción es plantearse la problemática familiar. La infancia de estos chicos transcurrió en un clima donde el diálogo generacional, base de la salud mental, no existió. En cuarto lugar, la drogadicción nos habla de una situación social: la droga es también una estrategia de imposición social (Yaria, 1988).

Puentes (2006) señala que cada acto de consumir irá fijando al paciente en la drogadicción, reafirmando su omnipotente impotencia, su intolerancia a la frustración, etc. A su vez, irá profundizando la crisis de la familia, apareciendo como el *hijo problema*, reforzando actitudes depresivas y sobreprotectoras de la madre y un alejamiento del padre. Refuerza posiciones patologizantes, las cuales producen como resultado un nuevo enfrentamiento. Este cuadro familiar refuerza una vez más el etioma que sería la manifestación, la formación emergente de un fenómeno pluricausal más o menos estructurado que, a su vez, es causa transformadora de la personalidad que lo generó. El primer paso del abordaje es no solo atacar la variable psicológica con psicoterapia, sino apuntar a operar sobre todas las variables posibles -biológica, psicológica, familiar, social y cultural- del etioma, de ese sistema demandante.

Yaria (1988) considera que el tratamiento indicado es la comunidad terapéutica, sistema donde los grupos de pacientes y familias, junto con el equipo profesional, realizan una tarea para buscar desde un enfoque científico las raíces del enfermar. La noción de encuadre de tratamiento que recibe todo paciente y familia al ingresar, y el conjunto de normas y reglas de convivencias cotidianas operan como articuladores

necesarios para su inclusión en el código supra individual que es el que va a presidir todo su trámite curativo.

Siguiendo a Yaria (1988), podemos ver como la comunidad funciona como un marco de simbolización con una estrategia familiar, al servicio de decodificar las relaciones de poder que se hallan implícitas en los problemas humanos. El síntoma, entonces, habla de un contexto y de un sujeto que está *sujetado* por su patología a un grupo que paradójicamente lo necesita así.

Para un proyecto de Comunidad terapéutica la familia es parte integrante del proceso terapéutico en tres niveles: reunión del grupo primario, reunión multifamiliar y, a la vez, reunión de la institución. La Comunidad terapéutica es una comunidad familiar. La misma, como entorno de simbolización y como unidad de tratamiento de toda la familia, plantea una crítica al sistema de poder enloquecedor. Al trabajar continuamente con delegación de autoridad y responsabilidad compartida, se busca que el sujeto se recupere de la esclavitud en que se encuentra.

Puentes (2006) dice que el adicto que quiere recuperarse, socialmente hablando, tiene que realizar la triple y difícil tarea de abandonar el espacio social de consumidores que siempre albergó, enfrentarse a la angustia que le genera la soledad y construir una identidad en un espacio social que él vivió criticando.

Para Grimson (1999) la eficacia de cualquier tratamiento de adicciones debe ser medida por la posibilidad que dé el sujeto de acceder a la reinserción social, y la cura no se limita al abandono del consumo sino a una modificación personal de actitudes diferentes frente a un contexto social que continuará estimulándolo. El sujeto internado debe hacer una modificación en sus valores, expectativas, comportamiento y actitudes, para lo cual también son importantes los cambios en su contexto familiar y social donde acostumbra desempeñarse.

2.5 Características familiares vinculadas a la drogodependencia

Yaria (1988) considera que la familia funciona como una instancia intermedia de tipo simbólico; el juego variado de personajes y funciones tiene en ella un punto de asiento. Conflictivamente, a través de la dialéctica familiar, el sujeto encuentra su ley al deseo pagando el precio de la insatisfacción pero entrando en la cultura.

Lo familiar funciona como intermediación a la cultura. En estos casos clínicos, ciertas leyes que ordenan el devenir humano no han sido asumidas por ese grupo. Se trata de la ley de prohibición del incesto que para su efectivización necesita de ciertos

personajes sociales -padre-madre-. Es necesario que el padre la efectivice y que la madre la reconozca. Los personajes deben, por ende, asumir cada cual la función que le corresponda, uno la paterna y el otro la materna. El fracaso en el cumplimiento de dichas funciones genera una consecuencia en lo psicológico. El fracaso de la función materna quedó, a su vez, completado por la incapacidad del personaje paterno de representar correctamente su función. La paternidad es una verdadera función cultural: se ejerce en el registro procreativo, en el legal y en el donador de una emblemática identificatoria. La paternidad, como función, puede ser ejercida por cualquiera que, de alguna manera, pueda representar adecuadamente el denominado significante del nombre del padre. Pero es menester que esta función sea reconocida en primera instancia por la madre y, en segunda instancia, por el niño.

Yaria (1988) considera que esta sociedad y cultura genera un tipo de familia que se caracteriza por severas alteraciones en su constitución y en sus funciones paterna y materna. Tiene sistemas extremadamente abiertos y no integrados en su interior con fronteras generacionales inexistentes; sistemas que fomentan un desarrollo emocional precoz, una tendencia a la personalidad de acción y una pseudo independencia. En cuanto a las parentalizaciones, son coberturas falsas ya que desde muy pequeño se ha hecho cargo del ser madre o padre de sí mismo. Se observa una decadencia en el modelo de vida del lenguaje y diálogo como eje de la estructuración de lo humano.

Asimismo, hace referencia a un modelo de padre que se encuentra ausente como representante de la ley, denigrado desde lo social o desde la propia madre. Este, a su vez, es denigrador, estafador y pervertidor. La familia del adicto muestra una singularísima carencia de representantes de la ley, ausente o excesivamente presente como padre narcisista, muerto, desaparecido, humillado, postizo, denigrado, etc. Muchas de las familias que cobijan a un adicto son disfuncionales. La familia se ha *adaptado* al trastorno, haciendo que los roles pierdan su flexibilidad y se rigidicen; la familia no permite el crecimiento de este miembro.

La diacronía del parentesco, base de la oposición generacional, se halla fijada, estancada, congelada en las patologías, condenando al paciente a la perseverancia de temáticas familiares. Este es uno de los lugares del paciente como elegido por la locura familiar. A la vez, es chivo emisario del grupo y centinela de su propia patología.

La familia del adicto se caracteriza por una falta de límites claros, ausencia de normas sociales e incongruencia en las jerarquías. Los padres suelen no tener una buena relación como referentes. El drogadicto, generalmente, carece de ocupación estable

definida y manifiesta riesgo de caer en la delincuencia. Posee ciertas pautas comunicacionales que mantienen el síntoma del adicto.

Los niños criados por estas familias tienen como característica el aislamiento emocional, la ley de la calle o de la plaza, donde la ley pierde su dimensión simbólica y se hace mera concreción. La niñez de estos pacientes habitualmente se dio en un marco de carencia afectiva y con ausencias significativas de los responsables educativos. También suelen haber ausencias de simbolización de la realidad y de libidinización.

Estas familias muestran negación, sobreprotección del síntoma, abandonos, familias múltiples, padres alcohólicos e hijos con trastornos de conducta. La adicción o la conducta autodestructiva estabiliza la familia y el síntoma es la forma de reunión familiar. La negación se ve cuando durante meses o años no ven lo evidente: el trastorno de conducta impulsivo y autodestructivo. La prisión o una intoxicación severa es el límite. El síntoma, al estabilizar patológicamente al grupo familiar, ha sido sostenido incluso económicamente. Las complicidades perversas están en juego. El abandono en muchos casos está ligado a enfermedades depresivas de los padres, abusos emocionales o sexuales. Las familias múltiples conviven en un marco poco solidario y afectivo. La adicción se transmite como costumbre y como cultura. Además, en la familia el no sentir, el no hablar y el no confiar son pautas de interacción típicas. La homeostasis se equilibra a través del paciente. La familia muestra tanto en sus interacciones como en su dinámica la falta de encuentro con lo simbólico. El paciente es el depositario de la estructura familiar: su identidad está colocada en sus síntomas. Caricaturiza un modo de vivir social y familiar. Es la verdad en negativo de un grupo y de una época de la sociedad y la cultura.

Esta familia con patrones adictivos genera adicciones y relaciones típicas, con trastornos de la comunicación que está alterada, bloqueada con secretos familiares, o dañada, donde una cosa es la que se dice y otra la que se hace. Hablar, sentir y confiar, que son procesos básicos de un crecimiento emocional grupal, se narcotizan con sustancias químicas.

Grimson (1999) establece que los rasgos negativos del adolescente se potencian por la frecuente ausencia de normas en el seno del grupo familiar. La adolescencia en un marco de abandono afectivo se hace más crítica de lo que es en realidad. Uno de los procesos centrales que es la confrontación generacional no se puede dar porque no existe en la realidad otro con quien confrontarse. Se observa habitualmente la deserción de los padres de las funciones que deberían representar. Esto plantea el problema de la

paternidad y su asunción, y de la maternidad; también de la consideración de los personajes incapaces de relevar funciones estructurantes de lo humano en las familias. Cuando se opta por la internación, es la institución la que carga con el peso del sostén de lo normativo. En cambio, en los tratamientos ambulatorios, la familia actúa como otro regulador de las normas y su capacidad, en tal sentido, debe ser evaluada, promovida y sostenida.

Por otra parte, Grimson (1999) explica como en estas familias se observan fronteras generacionales no definidas, alianzas mono generacionales débiles y alianzas hétero generacionales fuertes. Desde muy temprano el paciente se halló sujeto a la posibilidad de incesto, promiscuidad y de todo aquello que delata una insuficiencia de la ley paterna por fracaso de sus representantes. Son comunes también las diversas adicciones de los padres al alcohol y al trabajo. Esto hace que funcionen como niños mal estructurados y que más que padres sean hermanitos, niños rivales. La falta de diálogo y carencia en lo simbólico genera mucha inermidad y abandono. Se puede pensar que más importante que lo traumático del vivir es tener con quién hablar para suturar las heridas que todo convivir conlleva. El síntoma es la única forma para que la familia se reúna: al delatar la ausencia de los referentes de la ley se genera una patología donde se busca en lo real lo faltante en lo simbólico.

En tanto, el paciente es depositario y centinela. Como depositario es el personaje elegido de una verdadera historia familiar dramática y, como centinela, controla y defiende la eclosión psiquiátrica de alguno de los padres o hermanos. Además, está sujeto a un mito familiar donde hay ajustes de cuenta multi generacionales que se intentan saldar en el paciente y lealtades patológicas que tienen en él su máximo exponente. La función del terapeuta es escuchar este idioma familiar. (Yaria, 1988)

2.6 Tratamiento familiar

Yaria (1988) explica cómo el programa incorpora a la familia como eje central del tratamiento de las adicciones. Considera a la patología como socio-familiar-personal, dándole prominencia causal determinante al eje socio-familiar que hace eclosión en el sujeto de la adicción. Estas familias disfuncionales son partes de un sistema con vínculos enfermos y es el adicto quien pone de manifiesto una patología familiar. En los grupos de padres se propone que puedan revisar su rol con cada uno, los modelos que enseñaron a sus hijos, los límites, la comunicación, los vínculos, etc.

Estos padres con frecuencia ignoran o dicen ignorar por qué en su familia “han tenido la desgracia de contar con un adicto”. Es común escuchar que ellos no poseen ningún síntoma psicopatológico de relevancia. No obstante, en los discursos de los pacientes se observa que estos ven en sus padres características patológicas, siendo en el caso de las madres del tipo depresivo, y en el de los padres, rasgos autoritarios y pesimistas. De esta manera, se observan de forma muy clara conflictos familiares desde el punto de vista vincular e intrapsíquico, los cuales son trabajados minuciosamente en forma individual con el paciente y con los padres en sus respectivos grupos (Puentes, 2006).

Kohan (1993) señala que este tipo de tratamiento está basado en la teoría de que un mejoramiento en la comunicación y expresión de las emociones entre los miembros de la familia promueve entendimiento y cooperación. El tratamiento puede ser de apoyo, directivo o interpretativo. El desorden mental de un miembro de la familia puede ser la manifestación del desorden en otros miembros, y afectar sus relaciones y funcionamiento.

La unidad de trabajo del tratamiento es el grupo familiar. Esta regla no permite descartar ni postergar el trabajo con la familia: se debe establecer desde el inicio una estrategia adecuada que incluya a la familia; se la sostendrá y se buscará su cooperación, ya que el problema la afecta y ésta, a su vez, afecta la evolución del problema.

El que enferma es el portavoz más señalado del proceso y su conducta, resultado de la intolerancia a un determinado monto de sufrimiento, remite como signo, a una modalidad de interacción grupal que en ese momento opera como condición de producción de ese comportamiento patológico. La unidad de interacción en la que el sujeto emerge es el contexto pertinente, lo que debe ser focalizado como objeto de reflexión para comprender a ese sujeto, la articulación de sus determinaciones internas y externas. En consecuencia, la conducta es esencialmente relacional y solamente puede ser descifrada en la red vincular en la que se configura. Es en el contexto grupal y particularmente en el grupal familiar con su historicidad que esa conducta reviste significancia y, en tanto comprensible, resulta modificable. El fracaso de la operatividad vincular implica perturbaciones en el proceso de aprendizaje y comunicación, y nos remite a una patología del vínculo. De allí, el abordaje grupal-familiar del proceso del enfermarse y la instrumentación de la interacción familiar como elemento terapéutico. Sólo revirtiendo esta situación el grupo familiar, que hasta allí operó como escenario y

condición del proceso del enfermarse, puede transformarse en su contrario, es decir, convertirse en un instrumento invalorable, ya que no solo podrá ser eficaz en el plano terapéutico, sino posteriormente en el terreno de la prevención de nuevos trastornos.

Yaria (1988) explica que cuando la institución recibe a un paciente, en realidad, recibe a una familia condensada en un paciente. El tratamiento desde esta perspectiva será hacer hablar lo que funciona como un condensado. Toda internación congrega a un discurso familiar donde el que funciona al margen del mismo retrata todo un contexto. El paciente es la caricatura del contexto. En el grupo de padres se busca desmenuzar una verdad, donde un grupo tiene que hacerse cargo de sí mismo, cuando hasta ahora ha funcionado a expensas de un miembro. Por su parte, del lado del paciente su locura es siempre salvadora o complementaria de alguien: él también se resiste. La familia, desde este punto de vista, debe ser garante de un proceso, pero esta garantía choca contra dos dificultades: las propias resistencias familiares en la medida que la psicotización es una verdadera posesión y la cura es una desposesión; y, en segundo lugar, las alianzas perversas de los miembros del equipo terapéutico con la familia.

Un programa de rehabilitación completo debe ofrecer ayuda para la familia e incluirla en el tratamiento, entendiendo a todas estas personas significativas y cercanas al adicto. Al igual que el paciente, la familia necesita modificar actitudes rígidas, repetitivas y respuestas inadecuadas ante la conducta del adicto. La familia aprende cómo centrarse en sus respuestas ante la enfermedad y no en la enfermedad en sí. Una de las metas principales es que los familiares dejen de dar las mismas respuestas patológicas que da el adicto. El programa se estructura como una experiencia educativa y vivencial en tanto que la familia recibe la misma información que el paciente. Además, se le ayuda a prepararse para cuando el familiar regrese: cómo lograr que su vida no gire alrededor del adicto y cómo desprenderse del alcohol o las drogas y no de la persona. Otro objetivo del programa es ayudar para que la familia deje que el adicto resuelva sus problemas y los demás empiecen a vivir su propia vida.

Por su parte, Grimson (1999) explica que se atiende a una familia y no a un individuo aunque uno de ellos esté internado, porque no se los toma como observadores pasivos de una cura, sino como participantes cuya situación e interacción recíproca podemos modificar. Todas las formas de terapia familiar dentro del tratamiento de las adicciones apuntan al compromiso, al aporte y a la sumatoria de algo que constituye un impacto para quien se interna y, aunque de diferente manera, para toda la familia. Esta última recibe y registra el proceso de transformación y, en muchos casos, se convierte

en la vocera de la acción terapéutica de un programa. El grupo familiar en su conjunto debe aceptar un replanteo: sin él la operación terapéutica queda limitada desde el vamos.

Siguiendo a Grimson (1999), en algunos casos puede darse que el grupo familiar parezca aceptar el replanteo como paso previo a la inclusión del paciente en el programa terapéutico. Sin embargo, a lo largo del tratamiento, los hechos demuestran que no cumplen con las pautas que habían aceptado y solamente delegan el problema, lo depositan en los responsables del tratamiento y la comprensión de la situación es superficial. Llegan a la consulta porque no han podido encarrilar las cosas pero están muy lejos de entender las herramientas comunitarias y normas del programa. Han venido al tratamiento en búsqueda de un *service* y prefieren no revolver ni trabajar determinadas cuestiones. El terapeuta, en cambio, busca socializar y distribuir las responsabilidades. La reformulación de la problemática familiar requiere habilidad por parte del terapeuta y actitud reflexiva por parte de la familia, que recibe un replanteo diferente de lo que posiblemente esperaba.

La reunión multifamiliar, compuesta por varios grupos de familias de adictos, cubre necesidades de identificación con los objetivos de la institución y de analizar problemas psicopatológicos comunes. Se intenta que se identifiquen entre ellos y así ver que la adicción estabiliza la familia. En tanto, la adicción es una protesta paradójica y, por ende, sin salida en la medida que fracasan los mecanismos de simbolización de la realidad contra un problema familiar disfuncional.

Grimson (1999) establece que la participación familiar en el tratamiento de las adicciones atiende a la necesidad de relacionar la intersección de causas que han determinado o moldeado conjuntamente la aparición de la conducta de abuso. Al iniciar el tratamiento la familia adquiere un compromiso del cual no hay un retorno fácil. Para hacer modificaciones se requiere deshacer situaciones que se han sumado, dando por resultado el abuso de sustancias. Reconocer la seriedad de la situación habrá producido un estallido, del que solo se puede salir tras una tarea y un compromiso que pase por la reflexión y la modificación de las conductas que terminó por constituir una amenaza seria para el desarrollo de la vida cotidiana. La familia podrá tener una participación continua y directa en el proceso terapéutico, y deberá unirse para aprovechar las capacidades comunes.

Minuchin (1974) cree que la transformación de la familia no es consecutiva a una única intervención terapéutica sino que requiere una implicación continua en la

dirección de la meta terapéutica. La función del terapeuta de familia consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar. Como consecuencia de la terapia, la familia se transforma y se producen cambios en el conjunto de expectativas que gobiernan a la conducta de sus miembros. Esta modificación es significativa para todas sus partes, particularmente para el paciente identificado que es liberado de su posición anómala.

Grimson (1999) concluye y considera que la familia recibe y registra el proceso de transformación y, en muchos casos, se convierte en vocero de la acción terapéutica de un programa y en continuadora y difusora de esa acción en la comunidad. Esta familia tendrá una tendencia a extender sus límites, a integrarse solidariamente con otras y a concebirse a sí misma como parte de un todo social.

2.7 Grupo de padres

Goti (1990) expresa que los padres de los pacientes cuentan con un espacio para trabajar los sentimientos, los subsistemas, las alianzas, las jerarquías, los roles y el modo de comunicación, hasta lograr un patrón familiar más acorde con la nueva realidad y que permita el crecimiento y el desarrollo de sus integrantes. El paciente irá cambiando y si los padres siguieran moviéndose con el mismo patrón familiar que incluía la disfunción de hijo el éxito del tratamiento sería menos probable. Los cambios que experimentará el paciente como consecuencia del tratamiento deberán ser aceptados e incorporados por el resto del núcleo familiar.

Wainstein (2000) define la interacción de una diada humana como un proceso de influencia recíproca en el cual cada individuo modifica su comportamiento, como reacción al comportamiento del otro. En los espacios terapéuticos debe haber un alto grado de participación e interacción entre los miembros, incluso permitiendo que ellos mismos coordinen el grupo. Cuando esto ocurre, los miembros empiezan a llamar suyo al tratamiento, realmente se preocupan y cuidan de lo que sienten como algo propio. La presión de los pares es importante ya que puede operar en forma positiva o negativa. Todos los integrantes son interdependientes: tienen que realizarse, de una u otra manera, pero, a la vez, necesitan de la ayuda de los demás. El principio es: *ayúdate a ti mismo, pero ayuda también a los demás*.

Grimson (1999) sostiene que los grupos favorecen como ninguna situación terapéutica individual la confrontación de modos de encarar conflictos, prejuicios y valores. De esa colisión, no necesariamente fácil de soportar, de tolerar, de aprovechar,

irá surgiendo, débilmente al principio, y con mayor nitidez después, el descubrimiento de un alivio posible. Se trata de desarrollar un pensamiento más amplio, más libre. El grupo construirá por el aprovechamiento de la situación común. Algunos defenderán sus planteos individuales, que son los estandartes de la propia enfermedad, y abandonarán temprano el barco.

En los grupos es importante la cooperación, que es la capacidad de los demás integrantes para operar en conjunto, ayudarse mutuamente los unos a los otros. Con la comunicación se logrará que dos o más personas se influyeran ya que comparten algo en común. También es necesario que no pierdan de vista el objetivo y la tarea del grupo para no perder productividad.

El proceso grupal va llevando a los participantes a un cambio de actitud que no todos se dan cuenta enseguida y, a veces, es lento. Lo importante de esto es que el estar en una situación grupal modifica a las personas. El sujeto, cuando llega a un grupo, viene de una larga historia de relaciones, con trayectoria vincular con otros y con escenarios grupales. A su vez, esos escenarios grupales se internalizaron, por lo que hay una inscripción psíquica de eso. Por lo tanto, cuando se junta con un grupo va a tener que ver con la significación que en la historia del sujeto tienen los grupos. La heterogeneidad con la que se intentan armar tiene que ver con posibilitar distintas miradas sobre las mismas cuestiones, porque este aspecto potencia el aprendizaje. Tal es así que aparece el grupo como ámbito y como instrumento de aprendizaje; también como dispositivo. Además, se trabaja mucho con las proyecciones donde un rasgo propio que no nos gusta y que no estamos dispuestos a reconocerlo, lo vemos aumentado en el otro.

Los grupos son una comunidad de aprendizaje, es decir, conjuntos de personas que se han reunido en torno de otra persona más capacitada que las dirige para resolver problemas personales e interpersonales. El aprendizaje supone cambio de conducta no solo en bien de la adaptación y el ajuste, sino también como movimiento hacia niveles más altos de comprensión y realización de sí mismo. Exige, por parte del grupo, aceptación y respeto por sus miembros individuales, así como, por parte del que dirige, la especial capacidad necesaria para convertir los talentos y resistencias en un sentimiento de comunidad unificada.

El encuentro que se produce enfatiza el estar abiertos a los demás y conscientes de lo que está pasando, de tal forma que la persona llegue a darse cuenta de la realidad

de sí mismo y la de los otros, incluyendo su forma de hablar, de moverse, sus estados emocionales, sus reacciones hacia los otros e incluso su salud física.

Grimson (1999) explica que muchas veces la mirada colectiva penetra, recorre, guarda y evalúa, mientras el oído colectivo registra como un grabador de cintas infinitas acontecimientos que creíamos enterrados en el tiempo. La palabra es muchas veces corporal y el cuerpo expresa más que lo dicho. Descubrimos que estamos frente a un psiquismo corporalizado y a un cuerpo mojado en sus pensamientos.

El grupo de padres de esta comunidad terapéutica se realiza en forma semanal y tiene una duración de dos horas. Los integrantes se sientan en círculo y van contando las experiencias que fueron viviendo el fin de semana con sus respectivos hijos. Sobre estos relatos se trabajan las medidas de cuidado y las modificaciones que tiene que realizar cada uno para fortalecer el vínculo con su hijo. Es bueno también recomendar que se tome nota y que se revisen los temas pendientes en sus casas para continuar trabajando en los encuentros posteriores. Los padres se brindan ayuda entre ellos, utilizando ejemplos que cada uno vivió y como lo resolvió. Se intenta que puedan reflexionar con otros padres para desarrollar un rol más eficaz. También se busca que cada uno revise sus propios hábitos de consumo, que no niegue ni esconda la realidad, que tenga coherencia en su conducta y que cuide el modo en que se comporta.

En términos de D'Adam (2003) los padres constituyen un elemento insustituible en el proceso educativo y de socialización de los hijos. Por ello necesitan poner en práctica habilidades de herencia y nuevos aprendizajes sobre actitudes y respuestas parentales adaptadas a las circunstancias de nuestro tiempo. A fin de enfrentarse con mejor disposición a los nuevos problemas, hace necesario la creación de espacios y de modalidades de comunicación, reflexión y contención que aseguren padres más eficaces en su rol.

El grupo de padres constituye un espacio de formación personal que posibilita intercambiar, reflexionar y cuestionarse actitudes concernientes a su comportamiento y a su rol, y actitudes con sus hijos para generar conductas eficaces y medidas de cuidado. El énfasis está puesto en la comunicación, el diálogo, la estimulación de la autoestima, las normas, la aplicación de límites y su posterior sostenimiento. Además, se trabaja especialmente cómo hablar con sus hijos, escucharlos adecuadamente y a enfrentar las presiones del grupo. Asimismo, se elabora la forma de cómo ayudar a sus hijos a decir que no, cómo desarrollar valores y tomas de decisiones saludables, y cómo actuar como padres eficaces y responsables.

Por otro lado, se trabaja en la formación de una actitud preventiva, en la disposición que tengan de pensar y comportarse de un modo determinado que sea sano y que mejore la calidad de vida. También se trabaja su capacidad para enfrentar situaciones adversas de sus hijos, controlarlas o neutralizarlas e incluso salir enriquecidos en el vínculo parental luego de dicha experiencia.

Se busca optimizar las defensas psicológicas de las personas, pues se fomenta y se consolida la adquisición de hábitos, actitudes, valores y habilidades orientados hacia la mejora en la calidad de vida, desarrollando aptitudes y conocimientos para un crecimiento autónomo que permita resistir las presiones grupales y las situaciones estresantes, sobrellevando de la manera más sana posible los factores de riesgo que exponen a sus hijos al abuso de sustancias tóxicas. Además, se promueven comportamientos más adaptativos, desarrollo cognitivo, destrezas conductuales y socioemocionales que permiten vivir una vida más saludable.

Es prioritario alentar la participación en la gente. Un alto nivel de compromiso activo puede provocar en los miembros del grupo una motivación activa, una percepción de control ambiental y la consecuente satisfacción personal, además de realizar una experiencia de aprendizaje y diversión.

A lo largo del grupo se va trabajando sobre la idea de que ser padres requiere actitudes y habilidades que van adquiriéndose con la experiencia. A medida que aumenta la libertad debe aumentar la responsabilidad, pero es necesario recordar que tener derechos lleva implícito tener deberes. En ocasiones los hijos no se sienten responsables y esto ocurre porque ni se los permiten, ni se los exigen. Como padres deben facilitar que crezcan en libertad y con responsabilidad.

En este tipo de terapia cuyo carácter es grupal la tarea que tienen sus miembros es el aprendizaje o el nuevo trabajo sobre los temas tratados en los encuentros previos. Se trabajan nuevamente o se aprenden finalmente como totalidad estos contenidos. Esto se realiza con las implicancias personales que van incluyéndose en el proceso.

Tanto en los padres como en los pacientes no existe muchas veces la voluntad de curarse, sino que se da la resistencia al cambio por un estado particular creado por ellos: tratan de no cambiar de esa situación por una actitud constante de resistencia al cambio, y es sobre ésta que se va a trabajar permanentemente. Existen dos miedos básicos en toda la patología y frente a toda tarea nueva a realizar: el miedo a la pérdida y el miedo al ataque. Viven el miedo a la pérdida de lo ya adquirido, de las defensas establecidas. En el fondo hay un no querer curarse y este es el enemigo fundamental de la terapia. No

quieren cambiar por otra situación que les crea una ansiedad muy grande y que frena el cambio. En tanto, el miedo al ataque consiste o proviene del sentimiento de encontrarse sin instrumento en la nueva situación con la consiguiente vulnerabilidad.

Abandonando las técnicas defensivas anteriores, el sujeto puede aprender nuevos aspectos de la realidad, que son la realidad concreta, y que corrige su anterior visión del medio. Se considera la solución de esa resistencia al cambio como la ruptura de la resistencia a mejorar lo que produce un cambio en su conducta, en su adaptación.

Según D'Adam (2003) se trabaja con la familia para lograr mayor diálogo y comunicación, capacidad para enfrentar y resolver conflictos, y para adaptarse a cambios durante el ciclo vital. Se busca generar un clima afectuoso, con límites y con autoridad, donde se respeten los derechos del otro y se promueva la identidad de los miembros y la individuación, y también donde se mantenga la jerarquía y los roles discriminados. Todo esto se lleva a cabo con los límites generacionales, desde el cumplimiento de los roles de los adultos con diferentes responsabilidades, derechos y obligaciones.

Durante el grupo de padres se intenta que mantengan reglas de convivencia familiar de forma consistente, dando oportunidades para el aprendizaje e interiorización de normas y límites; que respeten y acepten a cada miembro como es, que apoyen y elogien el logro de metas positivas ya que favorecerá la confianza y la autoestima. También se trata de que puedan conceder oportunidades para que se asuman responsabilidades, estando presente y supervisando este aprendizaje.

Lo positivo está en orientarlos, acompañarlos, y principalmente, informar e instruirlos sobre las habilidades que deben adquirir para sobrellevar o neutralizar los conflictos y dilemas de las crisis. Se busca trabajar en los recursos internos de ajuste y afrontamiento, innatos o adquiridos que permitan a los padres y pacientes enfrentar adecuada y efectivamente la adversidad y situaciones de crisis o de riesgo, e incluso salir enriquecido de la experiencia. Para lograr esta resiliencia se intenta fomentar distintas condiciones familiares, como ser: estructuras y reglas claras dentro del hogar, apoyo entre los cónyuges, estrategias familiares de afrontamiento eficaces, prácticas de cuidado y crianza efectivas, interacción y apego entre padres e hijos, expectativas positivas de los padres sobre el futuro de sus hijos, responsabilidades compartidas en el hogar y participación de la familia en actividades extra familiares.

Siguiendo a D'Adam (2003), observamos que para favorecer el desarrollo de habilidades de ajuste y la toma de decisiones, los padres deben recurrir a expresiones

que promuevan el control interno, la disposición al cambio y una actitud centrada en la solución de problemas. Asimismo, deben alentar el desarrollo del sentido de compromiso y las conductas orientadas hacia los demás. Igualmente, han de estimular la persistencia, animando a superar los obstáculos, la tolerancia al fracaso, a la frustración y la búsqueda de formas de pensamiento y acción flexibles. Los padres deben apoyar a sus hijos en el desarrollo óptimo de sus capacidades, estimulándolos a involucrarse en actividades productivas y socialmente apropiadas. Para ello, conviene también que los sostengan en el trazo de metas claras y realistas, y que los alienten a perseverar en su cumplimiento, reconociendo tanto sus aptitudes como limitaciones.

Los principales objetivos de este grupo son devolver y/o reforzar la confianza a los padres en su propia capacidad parental, analizar factores de riesgo y protección en el niño, el joven y la familia, formar en habilidades sociales y comunicacionales en relación con los hijos, y enseñar estrategias para abordar situaciones conflictivas.

Se pretende ofrecer un soporte al incremento de la comunicación y al desarrollo de las destrezas familiares de evolución, promoviendo el darse cuenta y la apreciación de diferencias y necesidades individuales de cada miembro de la familia, y clasificando los valores familiares.

El objetivo reside en afrontar periodos de transiciones y hacer frente a alteraciones en el estilo de vida, utilizando recursos tanto emocionales como cognoscitivos.

2.8 Límites

Puentes (2006) considera que los defectos educativos dentro de estas familias son groseros, por lo que lograr cuestionar y modificar conductas dentro de las mismas es tarea verdaderamente difícil. En los grupos, antes de meterse a trabajar con lo profundo, que es doloroso e inconsciente, conviene trabajar sobre lo conductual, sobre la búsqueda de cambios en los límites para que el toxicómano esté más contenido, deje de consumir, se corte el etíoma adictivo. Luego, ya menos tensos y con confianza construida con los terapeutas, podrá ahondar en los temas más profundos. En muchas ocasiones, reordenando los límites en una familia, no solamente el adicto deja de consumir sino que se generan significativas mejorías en todos los miembros de la familia. Poner límites no siempre implica prohibir o impedir hacer algo ni tampoco obligar a realizarlo. Poner límites es más asociable a contener, orientar, promover, persuadir, guiar.

Es importante trabajar en un primer momento desde lo extra psíquico, de forma grupal pues generalmente vienen sin demanda o con la demanda puesta en el otro.

2.9 Coordinadores

Según Wainstein (2000), la tarea principal del terapeuta consiste en influir sobre el paciente para que enfrente su problema de manera diferente a como lo venía haciendo. Para llegar a eso se debe observar, aprender y hablar el mismo lenguaje, adaptando el estilo cognitivo y comunicacional.

El coordinador cumple un papel fundamental: ser facilitador de la comunicación y el aprendizaje, y participar activamente con el grupo en la construcción de nuevos conocimientos. Debería abrir el espacio para canalizar todo tipo de información, no guardándola o cosechándola para sí, sino, por el contrario, poniendo esa información en juego, de modo que circule. De esta manera, el coordinador estaría tomando distancia del lugar de supuesto saber, aún cuando algunos intenten, muchas veces, colocarlo en él, para posibilitar la autonomía y el crecimiento del grupo. El coordinador hace una lectura de los emergentes grupales, qué se dice, de qué se habla, cómo son las relaciones, qué es lo que no se dice ni se hace. Discrimina los diferentes tipos de silencios y sonidos, los de falta de comunicación u obstaculización, los de reflexión y producción. Tiene una función muy activa ya que se ocupa de señalar al grupo lo que está ocurriendo. Además, describe sus hipótesis brindándole nuevas formas de pensar y da cuenta de la dinámica que opera en el grupo a través de sus evaluaciones. La tarea del coordinador apunta a promover y prevenir la salud de los integrantes, evitando interpretaciones fuera de encuadre que resultan agresivas e invasoras. (Wainstein, 2000)

Las funciones del coordinador del grupo son múltiples y complejas: crear, fomentar y mantener la comunicación; detectar y señalar los obstáculos que se presentan; visualizar y contribuir a la elaboración y resolución de contradicciones; mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo del grupo; detectar situaciones emergentes; ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes; y hacer explícito lo implícito de la actividad grupal.

Wainstein (2000), explica que otra función importante es la de observador que implica tanto la recolección de información como el análisis e interpretación de esos datos, permitiendo al equipo la formulación de hipótesis y la toma de decisiones para el mejor desenvolvimiento del grupo. En las reuniones de equipo, cuando se comparte la lectura y análisis de las crónicas, se podrán ajustar estrategias en relación al grupo. Por

ejemplo, privilegiar determinada línea de intervención, pensar en algunas técnicas facilitadoras, promover la participación de los más silenciosos, etc. Quien está al frente de un grupo debe poder coordinar desde sus propias capacidades y optimizar así los propios recursos.

Yaria (1988) explica cómo el terapeuta comunitario de adictos y el psicoterapeuta familiar de estas estructuras psicopatológicas debe partir de ciertas premisas básicas que diferenciaran su accionar de cómo aborda y trabaja en otros campos del enfermar humano. La patología adictiva necesita para la rehabilitación un marco terapéutico con normas explícitas, con un criterio de Comunidad terapéutica programada.

La Comunidad terapéutica es una verdadera familia, cada miembro es parte de un todo. Llamamos coordinadores a los miembros del *staff* porque ellos son los que coordinan y facilitan el proceso de aprendizaje social. La comunidad es flexible pero su *staff* debe al menos observar ciertos lineamientos generales que permitan el funcionamiento de un programa efectivo. Sin ciertos principios básicos, no puede haber ningún crecimiento personal, ni desarrollo, ni entrenamiento del *staff*, ni evaluación de los programas de la comunidad. Si no se tiene una organización consistente, no se puede obtener el respeto y la aceptación que se necesita para operar.

Yaria (1988) sostiene que el crecimiento personal debe tener un lugar más allá de cuál sea el recurso terapéutico que se utilice. Se trabaja para que cada miembro del grupo sea único, y se impulsa a todos los que participan en él a sentir que realmente les pertenece. En los grupos no se necesitan lineamientos básicos específicos: generalmente el sistema de creencias refleja valores, ideales y las leyes de la Comunidad terapéutica. Una vez que el *staff* y los miembros desarrollan su propia política, reglas, creencias, etc., entonces es tarea de todos el seguir esas pautas generales, hasta que a veces necesitan ser cambiadas. Para que se produzcan cambios, los miembros del *staff* proponen ideas y luego dejan que el cambio ocurra de forma natural. Se debe ser autoritario a veces, por ejemplo, cuando se trata de genuinas situaciones de crisis. Se debe tomar una decisión en forma rápida y efectiva, y se necesita una estructura autoritaria apropiada. La mayoría de las decisiones no se toman de esta manera: pueden y deben ser tomadas por los miembros del equipo terapéutico y no deben tomarse apresuradamente.

Pavlosvky y Kesselman (1991) sostienen que el eje de actividad del coordinador no está centrado en la comprensión sino en la percepción de líneas que se van trazando

y van surgiendo a partir del diálogo, y de los diferentes códigos corporales de los participantes.

Grimson (1999) refiere que el coordinador *co-ordena* el funcionamiento grupal como quien establece parámetros, tonos, indica ritmos, presta atención a lo dicho y a los silencios. A partir de lo dicho y de las resonancias podrán tomar conocimiento de lo propio aún desconocido, descifrar los propios proyectos no cumplidos, conocer los obstáculos, las trabas, las incertidumbres, cuestionar certezas que suelen ser tradicionales y tienen muchas veces un sesgo defensivo.

Es importante que el coordinador estimule la internalización recíproca de los integrantes, ya que es uno de los organizadores del grupo como estructura, es un rasgo esencial y constitutivo del grupo que le otorga a la multiplicidad de sujetos una unidad, una coherencia interna y una interdependencia con rasgos característicos de ese sistema.

La terapia respeta la integridad de la persona y no establece juicio de valores sobre sus clientes. Únicamente la persona misma es responsable de sí misma: es ella la que decide qué camino tomar; el facilitador, por medio de experimentos vivenciales, enfrenta a la persona a diferentes caminos, después ella elige, tomando conciencia de que su decisión es responsabilidad suya, lo que significa que el terapeuta no resuelve los problemas de la gente sino que ayuda a la gente a que los resuelva por sí misma. (Grimson, 1999)

El terapeuta, puede estar allí para suavizar, alentar e iluminar los problemas en juego, mediante la mera formulación de observaciones claras y oportunas acerca del proceso en marcha. Es preciso que el coordinador se detenga en los ojos, las posiciones físicas, la respiración, la atención que se prestan unos a otros y la que le prestan a él.

Yaria (1988) considera que el coordinador debe tener en cuenta que el adicto, en la mayoría de los casos, necesita una interacción prolongada en una comunidad terapéutica. Se debe diferenciar entre uso, abuso y adicción. El eje de la terapia familiar, en un primer momento, es garantizar la abstinencia. La negación familiar y la sobreprotección del síntoma adictivo por parte de alguno de los miembros del sistema familiar han sido algo reiterado y habitual. Se debe trabajar sobre estas características en su primer momento, ya que de no hacérselo peligrará el primer objetivo que es la abstinencia. El terapeuta familiar debe tomar nota que la droga afecta al sistema familiar, no solo que el sistema familiar genera adictos. También debe observar que la droga como tal no es lo más importante y que la abstinencia formará parte del contrato terapéutico. La familia tendrá que adoptar algún mecanismo para asegurar el no uso de

sustancias. Se debe promover una actitud activa de los familiares frente al adicto, ya que éste los ha controlado hasta el momento. Las tres pautas típicas de estas familias son no sentir, no hablar, no confiar. La nula intimidad se combinó con abusos físicos y/o emocionales-sexuales. En estas familias nadie debe decir lo que siente: aparecen el rol de los facilitadores que quieren proteger el síntoma, esconden las mentiras.

El propósito de la Comunidad terapéutica programada, con normas explícitas o implícitas muy estrictas y donde el ex-adicto ocupa un lugar central, es incorporar los restos de familia existentes para, desde ahí, abordar una historia donde el sentido y el goce de la palabra sean posibles frente al goce tanático en acto, que nos propone la adicción y la sociedad de la cultura pura de la pulsión de muerte.

López Corvo (1994) explica que las Comunidades terapéuticas están formadas por dos tipos de terapeutas: los ex pacientes, quienes una vez terminado el proceso de tratamiento tienen interés así como capacidad suficiente para convertirse también en terapeutas; y los terapeutas profesionales, que tienen una formación académica, la cual le sirve de base para una mejor comprensión y manejo del inconsciente.

Es importante reconocer por parte de las Comunidades terapéuticas el valor del aporte de profesionales capacitados en el tema y por parte de los profesionales incorporar positivamente el conocimiento operativo y organizativo del operador socioterapéutico, un agente que emerge de las primeras comunidades y que continúa siendo en su accionar el portador de la filosofía básica de estas instituciones. Los operadores se convierten en el *ideal del yo* de los pacientes que se inician. Traen su experiencia vivencial del mundo de la drogadicción desde adentro y son el testimonio vivo para el recién llegado a la comunidad de que se puede recuperarse y de que vale la pena el esfuerzo. A medida que se avanza en el tratamiento, se va profundizando y se hace más necesaria la participación del profesional psicólogo, experto en el funcionamiento de lo profundo, de lo no verbalizable, de lo no visible. El aporte del ex adicto es imprescindible en la comunidad terapéutica, sobre todo, en las primeras etapas del tratamiento.

Según Yaria (1988), los miembros de la comunidad terapéutica están entrenados para trabajar con la presión de los pares, alentándolos a ser positivos en vez de negativos. Es esencial que el *staff* reconozca el valor del modelaje de roles y que los integrantes aprendan rápidamente de sus pares, que asumen el rol de líderes, moldean su comportamiento y actitudes de acuerdo a los modelos de roles. El rol del *staff* y del resto de los integrantes es promover el modelaje de roles positivos: un líder negativo

tiene el potencial para destruir a la familia entera. Tendrá que ser expulsado si no puede o no quiere acatar los principios y la práctica de la Comunidad terapéutica. El coordinador trata de alentar a sus miembros a hacer un gran esfuerzo por triunfar. Este esfuerzo es reconocido y reasegurado por los demás; se los induce a apreciar tanto el esfuerzo como el resultado, a darse cuenta de que la lucha por completar una tarea es tan importante como el hecho de completarla. Aprender por la experiencia, fracasar y triunfar, y tolerar las consecuencias: esto es lo que produce el mayor impacto para conseguir cambios duraderos. Todo está estructurado de manera tal que algunos de los más antiguos supervisan a los más nuevos. Esto es necesario para promover el buen funcionamiento del grupo. El coordinador intenta motivar el aumento de la autoestima, los buenos sentimientos de una persona hacia otra, la necesidad de preocuparse por los otros y sentir esa preocupación, etc.

Puentes (2006) señala que la mayor parte del trabajo en los grupos de familiares consiste en ayudar a los padres a ponerles límites a sus hijos, no sólo en relación al consumo de drogas sino, y principalmente, al ordenamiento de la vida familiar.

3. METODOLOGÍA

3.1 Método

Se realizará un estudio de tipo descriptivo.

3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por sujetos voluntarios, padres y madres de entre 30 y 75 años de Capital y Gran Buenos Aires, que concurren a los grupos de padres, acompañando a sus hijos en el tratamiento por drogas en este programa. No estuvo permitido que participen padres que sufran de adicción a drogas y/o alcohol que no se encontraran en tratamiento, así como tampoco lo hicieron aquellos que por alguna patología tenían contraindicada la inclusión al grupo. La muestra tuvo un total de 30 personas repartidas en dos grupos de 15 personas aproximadamente. Otro criterio de exclusión que se tuvo en cuenta fue que no fueran padres o que no tuvieran a sus hijos en tratamiento en la presente institución o internados en la fase de Comunidad Terapéutica. Los grupos eran abiertos, los participantes fueron variando de acuerdo a los ingresos y abandonos de los pacientes internados en la institución.

3.3 Procedimiento

Se informó a los padres de los pacientes internados en la fase de Comunidad Terapéutica que se observaría el grupo explicando brevemente de que constaba el trabajo que se realizaría, se respondieron las dudas. Se les informó también que las notas tomadas serían confidenciales y que serían modificadas sus características personales para prever los futuros reconocimientos por gente ajena a la investigación. Se observó en primera instancia el grupo coordinado por un psicólogo de la institución durante dos meses y luego se observó uno coordinado por un operador terapéutico por la misma cantidad de tiempo.

Para observar y registrar la dinámica, las normas, las actividades y las intervenciones que se realizan en un grupo de padres de comunidad terapéutica, uno coordinado por un psicólogo y otro por un operador terapéutico. Se observaron 16 encuentros, los días lunes de 17 a 19 horas durante 4 meses. Se tomó como caso esta comunidad, una organización dedicada a la rehabilitación de pacientes con drogodependencia.

Se ha tenido el cuidado de modificar y cambiar los nombres utilizados en los ejemplos para preservar la identidad de los involucrados, pero se conservó lo esencial de las historias para mostrar en la forma más clara y genuina posible las diferentes experiencias humanas.

3.4 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron la observación, el registro de las mismas, y las historias clínicas donde se registra lo que sucede en cada grupo y con cada paciente.

4. DESARROLLO

Los grupos de padres de pacientes que se encuentran internados en la comunidad terapéutica funcionan con una frecuencia semanal, simultáneamente los días lunes y tienen dos horas de duración, lo que permite que participen padres que se encuentran separados y que tienen una relación conflictiva con su ex pareja. El horario del espacio terapéutico es de 17hs a 19hs, pudiendo ingresar al mismo con media hora de retraso.

El primer grupo (G I) está coordinado por un operador socio – terapéutico y compuesto por 15 familias. Teniendo en cuenta estas 15 familias, participaron en un 55% únicamente las madres, en un 30% ambos padres y en un 15% únicamente el padre.

El segundo grupo (G II) es coordinado por un psicólogo y está compuesto por 14 familias. El 50% era conformado solamente por madres, 38% de las familias participantes por la madre y padre, y el 12% únicamente el padre. Los grupos son heterogéneos en relación al tiempo que están en tratamiento puesto que hay padres que están concurriendo desde hace uno y diez meses –antiguos- y otros que recién ingresan o que tienen menos de un mes –ingresantes-.

Dentro del tratamiento de adicciones es importante la psicoeducación de la familia y del paciente mismo. La inclusión de la familia en el tratamiento es primordial, por las características que ésta presenta. Un apoyo adecuado por parte de los referentes principales del paciente es esencial para facilitar los complejos cambios conductuales necesarios para que abandone el abuso de sustancias. Asimismo, es menester contar con la participación de los amigos y que, a su vez, estos puedan cumplir con lo establecido en el tratamiento, manteniendo una actitud de compromiso. Según Goti (1990), el paciente irá cambiando y si los padres siguen con el mismo patrón familiar que incluía la disfunción del hijo, el éxito del tratamiento sería menos probable.

Puentes (2006) explica que los padres de quienes consumen, con frecuencia, ignoran o dicen ignorar por qué en su familia “han tenido la desgracia de contar con un adicto” (2006, p.76). Es común escuchar que ellos no poseen ningún síntoma psicopatológico de relevancia. Aparecen de forma muy clara conflictos familiares desde el punto de vista vincular e intrapsíquico, los cuales son trabajados minuciosamente individualmente con el paciente y con los padres en sus respectivos grupos.

A través de la observación de los grupos queda de manifiesto cómo los padres participan del tratamiento para acompañar a sus respectivos hijos durante la internación, pero no se observa tan claramente su implicancia como co-responsables de dicha consecuencia, ya que la demanda de asistencia proviene del paciente internado. Por lo tanto, una de las metas más difíciles de alcanzar y que lleva mayor tiempo de trabajo dentro de los grupos terapéuticos familiares es que los padres puedan comenzar a asumir su cuota de responsabilidad en la adicción que llevó a sus hijos a una internación dentro de una comunidad terapéutica. En ambos grupos, se pudo observar cómo constantemente los padres depositan los errores y la falta de límites solamente en sus hijos y se les dificulta en gran medida responsabilizarse de los propios.

Grimson (1999) explica que la adicción es un amplificador y revelador de circunstancias propias del contexto familiar o del clima social en que una familia se debate. Por este motivo, se trabaja a lo largo de varios grupos de padres y durante muchos meses de tratamiento sobre la poca responsabilidad que asumen en la adicción de su hijo. Asimismo, se puede observar cómo frente a la mejoría del paciente comienza a empeorar la familia. Por este motivo, una de las normas del tratamiento es no hablar de terceros, de manera que se pueda trabajar sobre lo que le sucede a cada miembro de la familia en su espacio. Así queda demostrado cómo el cambio en cualquier persona modifica todo su sistema familiar. Por otro lado, esto permite ver que conseguir transformaciones en la familia también puede ser el método más eficaz para acompañar los cambios del paciente.

Continuando con las modificaciones familiares, Wainstein (2000) define la interacción de una díada humana como un proceso de influencia recíproca en el cual cada individuo modifica su comportamiento, como reacción al comportamiento del otro. Dicho proceso se puede tener en cuenta cuando los integrantes del G II le explican a Graciela, la madre de Guido, que para que su hijo modifique sus actos, ella debía realizar algunas modificaciones también. De esta manera se posibilita que los padres se hagan a un lado de la queja y que haya una modificación en dicha díada y que, a su vez, genere cambios en ambas partes.

Yaria (1988) explica cómo el programa incorpora a la familia como eje central del tratamiento de las adicciones. Considera a la patología como socio-familiar-personal, dándole prominencia causal determinante al eje socio-familiar que hace eclosión en el sujeto de la adicción. Estas familias disfuncionales son partes de un sistema con vínculos enfermos y es el adicto quien pone de manifiesto una patología

familiar. En los grupos de padres, se propone que puedan revisar su rol, los modelos que enseñaron a sus hijos, los límites, la comunicación, los vínculos, etc.

Siguiendo los conceptos de Wainstein (2000), en los espacios terapéuticos debe haber un alto grado de participación e interacción entre los miembros, incluso permitiendo que ellos mismos coordinen el grupo, el cual proporciona un gran número de ventajas por sobre el tratamiento individual. Se considera que ver a otros con problemas similares y escuchar el relato de maneras de resolución, puede servir para implementar las mismas respuestas con idénticos resultados. Durante las observaciones de los G I y G II, se pudo observar con claridad cómo los padres de los pacientes más antiguos se ocupan de señalar distintas maneras de resolver situaciones diarias con sus respectivos hijos. Los mismos integrantes se aconsejan entre sí, expresan sus ideas, opiniones, ayudan a los demás por medio de sus propias experiencias vividas y brindan distintas estrategias de afrontamiento ante diferentes situaciones que les ha tocado experimentar. Durante las distintas observaciones se pudo notar cómo se identifican entre ellos: ante una situación similar los padres expresaban sentirse reflejados en los otros, y desde allí pudieron aconsejarse y contenerse.

Según D'Adam (2003), este tipo de grupo constituye un espacio de formación personal que posibilita intercambiar, reflexionar y cuestionarse actitudes desde el rol de padres, en todo lo concerniente al comportamiento y actitudes con los hijos, para generar conductas eficaces y actitudes preventivas. Se trabaja en la disposición que tengan de pensar y comportarse de un modo determinado, que sea sano y que mejore la calidad de vida. Lo positivo está en orientarlos, acompañarlos y, principalmente, informar e instruirlos sobre las habilidades que deben adquirir para sobrellevar o neutralizar los conflictos y dilemas de las crisis. Se busca trabajar en los recursos internos de ajuste y afrontamiento, innatos o adquiridos, que permitan a los padres y pacientes enfrentar adecuada y efectivamente la adversidad y las situaciones de crisis o de riesgo, e incluso salir enriquecido de la experiencia. Para lograr esta resiliencia, se intenta fomentar distintas condiciones familiares como ser: estructuras y reglas claras dentro del hogar, apoyo entre los cónyuges, estrategias familiares de afrontamiento eficaces, prácticas de cuidado y crianza efectivas, interacción y apego entre padres e hijos, expectativas positivas de los padres sobre el futuro de sus hijos, responsabilidades compartidas en el hogar y participación de la familia en actividades extra nucleares.

Teniendo en cuenta lo expuesto por D'Adam (2003), en ambos grupos de padres se trabaja sobre los límites que deben poner los padres, cómo sostenerlos y sus

respectivas consecuencias al no cumplirlos. Se utilizan ejemplos reales constantemente que los mismos traen al espacio terapéutico, situaciones que generalmente sucedieron en distintos momentos de sus salidas terapéuticas del fin de semana, y que sirven de ejemplo para otros ya que son posibles situaciones a enfrentar cuando les llegue el momento de tener una salida.

En los espacios para padres no se estipulan previamente actividades a realizar en cada encuentro, sino que se trabajan las normas y medidas de cuidado para la etapa del tratamiento en que se encuentren los distintos pacientes. Se tienen en cuenta las situaciones cotidianas que cada uno relata y, desde allí, se trabaja sobre las mismas para mejorarlas.

Yaria (1988) explica cómo el terapeuta de adictos y el psicoterapeuta familiar de estas estructuras psicopatológicas debe partir de ciertas premisas básicas, que diferenciaran su accionar de cómo aborda y trabaja en otros campos del enfermar humano. La patología adictiva necesita para la rehabilitación un marco terapéutico con normas explícitas con un criterio de comunidad terapéutica programada. Como se pudo observar en ambos espacios (G I y G II), constantemente se repasaban las normas y herramientas comunitarias frente a distintas situaciones. Coordinar los grupos de dicha forma permite que los padres comiencen a incorporar las medidas de cuidado y, en un futuro, puedan implementarlas y, así, minimizar los riesgos de una recaída en el consumo de sustancias por parte sus hijos. Esto se ve reflejado cuando los padres con mayor tiempo de tratamiento le explican las normas a los padres que recién ingresan, y también durante los ejemplos expuestos por los padres de situaciones que alguna vez tuvieron que atravesar en los principios del tratamiento.

4.1 Describir las normas del grupo de padres de la Comunidad terapéutica

Los padres deben llegar a horario a los espacios terapéuticos, en caso de no poder concurrir deben avisar el motivo a la institución. Esto se debe a que la participación del grupo es obligatoria y de esta manera se va comprometiendo a cada integrante con el resto de sus compañeros. Un ejemplo de esta norma sería cuando Susana, la madre de Diego informó que llegaría media hora tarde a todos los grupos dado que concurriría luego de su horario laboral. Asimismo, Maria Ines, la madre de Lucas, llamaba a la institución para avisar que no concurriría por motivos de salud; esto generaba que los padres restantes del grupo supieran y que preguntaran por esto la semana siguiente, generando mayor compromiso entre ellos. Continuando con esta

norma, se pudo observar como desde la institución se citó a la madre de Matias para plantearle la importancia que tenía su participación en el tratamiento de su hijo, y que si ella no concurría se dificultaría continuar el tratamiento del mismo.

También deben apagar los celulares durante el grupo, en caso de necesidad deben avisar que permanecerá encendido. Esta norma se impuso para que no distraiga la atención del grupo ni interrumpa los relatos. Por el mismo motivo, deben ir al baño antes o después del encuentro. Claudia, la madre de Sebastián había olvidado apagar su celular al ingresar al espacio y mientras el grupo se llevaba a cabo, comenzó a sonar sin que nadie identifique el sonido. El coordinador interrumpió el relato de la madre de Ignacio, volvió a recordar la norma que pedía mantener apagado el celular y luego de explicar los motivos utilizó la situación reciente como ejemplo. En el mismo momento explica que tanto el celular sonando como que cada integrante se levante al baño durante el grupo genera que los demás participantes se distraigan y de esta manera no se pueda prestar la atención que merece el relato de cada padre. Ambos grupos tienen como base principal el respeto, por lo cual no pueden maltratar ni maldecir ya que una de las normas principales del programa es la no violencia ya sea verbal, psicológico o física. Se observó mucho la utilización de esta norma cuando la madre y el padre de Eduardo comenzaban a discutir dentro de los espacios, eran interrumpidos por el coordinador quien les recordaba que si se faltaban el respeto mientras se hablaban perderían la posibilidad de continuar, luego de esta intervención lograban encuadrarse desde otra posición y dialogar de otra manera.

Al grupo no pueden ingresar personas que se encuentren intoxicadas así como tampoco está permitido el ingreso de drogas o alcohol a la institución. Elsa, la madre de Martín, concurrió al grupo con una canasta navideña que le habían regalado en el trabajo, al llegar a la institución se le explicó que no estaba permitido ingresar bebidas alcohólicas y se le pidió que se retire o que arroje a la basura la botella. Luego de enojarse por la norma institucional se retiró de la institución, lo cual permitió trabajar sobre dicha norma en el encuentro siguiente.

Los padres que participan de los espacios no tienen permitido comentar fuera del espacio los temas a tratar dentro del mismo ya que se corre el riesgo de no mencionar todo lo relevante ya que se ha hablado en otro momento con algún participante.

Los miembros de los grupos no tienen permitido establecer relaciones de amistad, ni comerciales entre ellos debido a que esto impediría que se puedan poner límites entre sí y se digan lo que necesiten dentro del espacio terapéutico. Esto mismo,

generaría que comience una alianza donde se empiezan a dejar pasar situaciones sin elaborarlas desde lo terapéutico. Silvia, la madre de Axel y Lorena, la madre de Nicolás, siempre volvían en el mismo tren, luego de algún tiempo comentan dentro del grupo las conclusiones a las que habían llegado luego de varias charlas. Ellas consideraban que no debían modificar nada y que los cambios sólo debían ser de sus hijos, ellas habían hecho todo bien. El mismo grupo, luego de escuchar lo que ambas tenían para decir, les explicó que de tanto hablar fuera del grupo habían comenzado a ser condescendientes una con la otra y que se habían dejado de ayudar, de esta manera lograron entender que habían perdido objetividad con lo que se estaban diciendo mutuamente.

Otra característica de ambos grupos se refiere al secreto grupal que deben guardar los miembros del mismo, de esta manera se protege la confianza que uno deposita en su grupo y permite que todos puedan expresarse con tranquilidad. Asimismo, tampoco se permite hablar de terceros, se debe hablar siempre en primera persona dado que al ocuparse de terceros no se responsabiliza cada uno de lo que le corresponde modificar. A su vez, el tercero en cuestión no puede defenderse ya que no está presente en dicho grupo y es aquí donde se genera un teléfono descompuesto.

Todas estas normas, deben ser respetadas para poder participar del espacio terapéutico, de no cumplirse las mismas, se pedirá al familiar que abandone dicho espacio.

4.2 Describir las actividades realizadas durante los encuentros grupales

El coordinador prepara la sala para realizar el encuentro grupal ubicando todas las sillas en círculo y otras tantas cerca de la puerta para no interrumpir si alguien ingresa más tarde. A las 17hs hace ingresar a todos los padres, los cuales se sientan en círculo, lo que permite que todos se vean a la cara cuando tengan la palabra. El coordinador y la observadora se ubican entre los padres y es el coordinador quien abre el grupo saludando a todos los padres. Les da la bienvenida a los nuevos participantes pidiéndoles que se presenten. Los padres ingresantes realizan una breve reseña de lo acontecido con su hijo, comentan los motivos por los cuales llegaron a la institución y la situación actual de su hijo. Asimismo, refieren el tiempo que hace que su hijo está internado. Luego de la presentación, los padres más antiguos le dan la bienvenida, y le explican las normas del grupo y las primeras indicaciones a seguir dentro del tratamiento. Se realiza de esta manera con el fin de que todos los integrantes del grupo repasen constantemente las normas planteadas en el punto anterior.

Cuando finaliza la presentación y la descripción de las normas, los padres más antiguos se presentan también mencionando el nombre de sus hijos y el tiempo que llevan internados. Realizarlo de esta manera genera en el ingresante un proceso de contención muy importante en los primeros encuentros, ya que se siente acompañado y ve reflejada la posibilidad de sostener el tratamiento en el tiempo. Los otros padres le explican que al momento de ingresar ellos también se sentían desbordados y sin esperanzas, pero que con el correr del tiempo todo eso va cediendo y al ver que realizan cambios, ellos mismos se van sintiendo más fuertes.

Los padres que tienen mayor tiempo de tratamiento, le explican a los que recién ingresan al grupo que seguramente podrán ver a sus hijos en la próxima visita de fin de semana dado que ya participaron de un primer grupo de padres donde deben aprender las normas correspondientes a las visitas. Cada uno de los padres menciona una norma y da la explicación de porque se maneja de esa manera. Las normas a tener en cuenta para las visitas son las siguientes:

- **Apagar el celular al ingresar a la institución.** De esta manera se evitan distracciones constantes durante la visita y la tentación del paciente de revisarlo y/o utilizarlo. De no poder cumplir con esta norma, puesto que hay personas que deben tener el teléfono celular prendido por el cuidado de sus hijos, se debe respetar la pauta de no prestarle el teléfono para recibir ni realizar llamados. Cabe destacar que la estructura comunitaria tiene horarios pautados para los llamados a los pacientes, siendo los mismos los días martes, jueves, sábados y domingos. Realizarlo de esta manera permite tener un mayor control de las personas con las que se relaciona el paciente en una primera instancia y se evitan, también, situaciones que lo pongan en riesgo. Ejemplo: el paciente puede comunicarse con personas relacionadas con el consumo o pedir que le alcancen droga a la institución.
- **No tomar alcohol antes de ingresar a la institución.** Si bien no está permitido el ingreso de drogas o alcohol a la institución, tampoco está autorizado el ingreso de personas intoxicadas a la comunidad terapéutica. Irma y Ricardo, los padres de Claudio, habían ido a la institución con Alejandro, el hermano que continuaba consumiendo. El staff responsable, no permitió el ingreso del mismo a la visita y les explicó que no estaba autorizado el ingreso de personas intoxicadas o ligadas al consumo.

- **No dejar carteras sin supervisión.** Esta es una medida de cuidado para los pacientes ya que no pueden manejar dinero ni objetos de valor. Ejemplo: un paciente puede querer abandonar la institución y llevarse la cartera de alguien al salir.
- **No comentar temas que irriten o que no se puedan resolver durante la visita.** El horario de la visita es de 14 a 18 horas y el objetivo es que las familias comiencen a relacionarse desde otro lugar, que disfruten del encuentro y utilicen el tiempo conversando. La madre de Guido, luego de las primeras visitas trabaja en el grupo sobre la falta de temas de conversación que tiene con su hijo, ya que nunca habían tenido tanto tiempo para compartir sin ser interrumpidos. Se le remarca en reiteradas oportunidades que las visitas no son el espacio correcto para plantearle a Guido problemas económicos que suceden fuera de su internación.
- **No salir a comprar una vez que ingresó a la institución.** Esta pauta se debe cumplir para una mejor organización del tiempo y del espacio terapéutico. Asimismo, de esta manera se evitan distracciones durante la visita.
- **No entregar objetos al paciente sin la previa autorización y revisión del staff de guardia (ropa, carteras, cigarrillos, dinero, etc).** Como medida de cuidado todo lo que ingresa a la institución es revisado por algún miembro del equipo terapéutico para evitar el ingreso de drogas y alcohol como así, también, de elementos que no están permitidos ingresar. Ejemplo: Puede entregarse ropa que contenga droga en los bolsillos.
- **No permitir al paciente revisar carteras o billeteras.** El paciente no está autorizado a manejar dinero así como tampoco a realizar revisiones.
- **No dejar al alcance de los pacientes ningún tipo de medicación.** Los pacientes no tienen permitido auto medicarse. Toda ingesta de medicación debe estar indicada por un médico. Ejemplo: los pacientes frente a la ausencia de droga pueden tener la necesidad de ingerir cualquier medicación sin indicación médica.
- **Solo se permite traer algo dulce para acompañar el mate.** El horario de las visitas es luego del almuerzo, por lo que se restringe el ingreso de comida ya que no es necesario y sería un exceso.

- **No está permitido sacar fotos.** Esta norma está vinculada con la privacidad de las familias y el resto de los pacientes internados en la comunidad terapéutica.
- **No está permitido el uso de reproductores musicales.** El tiempo permitido de la visita es para conversar. De utilizar reproductores musicales los pacientes se aislarían y no se relacionarían con sus respectivas familias.

Luego, el coordinador describe las distintas etapas que atravesará el paciente y comenta que se trata de un tratamiento extenso, donde es fundamental el trabajo paralelo con la familia y la red del internado. Asimismo, deja asentada la importancia de entender que no solo se encuentra enfermo el paciente sino la familia, y es por esto que se trabaja con todo el núcleo familiar. Se explica que en dicho grupo terapéutico se tratan de exponer dificultades y problemáticas que se presentan en relación a los hijos, donde también es importante brindar recursos y herramientas a partir del intercambio dinámico entre los diferentes padres. A su vez, es sustancial generar un espacio educativo en el cual los padres puedan llevar a cabo un proceso de aprendizaje.

Los padres más antiguos, cuyos hijos ya se retiran a sus hogares durante su salida terapéutica de fin de semana, cuentan brevemente lo acontecido durante la misma y de acuerdo a lo que se va relatando se trabajan las medidas de cuidado que se deberían utilizar. Algunas de las normas y medidas de cuidado que se trabajan en este momento son las siguientes:

- **El paciente no debe atender el teléfono ni usar celulares.** Los responsables son quienes recibirán y realizarán los llamados. El paciente solo responderá aquellos que se consideren pertinentes. De esta manera se reducen las posibilidades que tiene el paciente de relacionarse con personas ligadas al consumo de sustancias.
- **El paciente no debe abrir la puerta de su casa.** Son los padres quienes decidirán quiénes son los autorizados para ingresar a la vivienda y, en el caso de no permitir el ingreso, deberán poner límites a quien se presente. Ejemplo: Pueden acercarse personas intoxicadas o que quieran llevarle droga al hijo y deberán prohibir el ingreso de los mismos.
- **No verse ni hablar con personas y/o familiares que no hayan sido entrevistados previamente por el equipo terapéutico.** Una de las principales normas del tratamiento es que el paciente debe evitar el contacto con personas

ligadas al consumo o que estén intoxicadas. De esta manera, al entrevistar a las personas que se verán con el residente el fin de semana, se evalúa a cada individuo y se le explica las medidas de cuidado para relacionarse sanamente con el paciente. Ejemplo: Muchos pacientes tienen familiares que consumen y los responsables no lo saben, por eso mismo se pide que no se permita el ingreso de personas no ligadas al tratamiento.

- **No dejarlo sólo en ningún ámbito de la casa.** El paciente durante su tiempo de consumo intentaba estar solo la mayor cantidad de tiempo, lo que posibilitaba que no pudiera ponerle límites a sus pensamientos, en lugar de permanecer acompañado y socializando con sus referentes de cuidado.
- **El paciente no debe manejar dinero.** Cuanto menos dinero tenga para manejarse más cuidado estará, ya que frente a la posibilidad de una recaída tendrá menos posibilidades para manejarse libremente.
- **Respetar los horarios similares a los habituales de la comunidad terapéutica.** El paciente careció previamente de una estructura y organización de su tiempo, por lo que se le pide sostener relativamente los horarios en su salida terapéutica. Al estar estructurado no se desestabiliza frente a cualquier estímulo.
- **Respetar el programa de salida y ante cualquier duda llamar a la institución.** El paciente durante la semana estructura su salida terapéutica de acuerdo a lo trabajado con sus compañeros y con sus terapeutas. Previamente a dicha salida debe haber trabajado las medidas de cuidado para reducir los riesgos durante la misma y poder salir con su objetivo claro. En el caso de que deba modificar por algún motivo lo planificado se le pide que se comunique con la institución, ya que se evaluará en ese momento la autorización y los riesgos a los cuales se podría enfrentar. Ejemplo: El paciente puede manipular a la familia diciendo que tiene autorizado realizar actividades que no fueron trabajadas previamente en su terapia.
- **Completar la evaluación de salida en privado y entregarla al *staff* de guardia al regresar a la comunidad.** Los pacientes se retiran a sus hogares con un informe de salida donde tienen por escrito las actividades autorizadas a realizar, y con otras dos hojas donde se consigna la evaluación personal de la salida y la del responsable que lo acompañará. En la personal el paciente dejará

asentado cómo se sintió, si cumplió los objetivos de la misma, si tuvo recuerdos o sueños de consumo, si se relacionó con gente no ligada al programa, si manejó dinero y en que lo gastó, y también qué debería mejorar para que la siguiente salida sea mejor. Por otra parte, sus padres deberán completar un informe de similar, donde manifestarán detalles de la salida y también cómo fue su estado de ánimo en relación a su hijo. Ambos informes deberán ser completados de manera privada ya que pueden encontrarse diferencias en los relatos y, frente a esto, se podrían generar malentendidos o situaciones de violencia.

- **No hacer ningún tipo de revisión.** No deben realizarse revisiones ya que los pacientes pueden haber escondido sustancias, armas, etcétera, durante su época de consumo y esto los pondría en riesgo si lo encontraran.
- **No debe haber bebidas alcohólicas, incluso aquellas que refieren no tener alcohol, por ejemplo, la cerveza sin alcohol, la sidra sin alcohol, el terma, etcétera).** El alcohol es considerado dentro del tratamiento como consumo aún para los pacientes que no tienen dependencia alcohólica, puesto que sí fue la droga de inicio de la mayoría. En cuanto al terma, se debe a que hay algunas variedades que tienen sabores que hacen referencia a distintos tragos preparados con alcohol.
- **No utilizar computadora sin autorización de los responsables.** En primer lugar, esta medida refiere a que el paciente no esté aislado ni demasiado tiempo sin relacionarse con sus familiares. En segundo lugar, es para recortar los espacios que tenía el paciente para relacionarse con personas no ligadas al programa, o que no hayan sido entrevistadas. En tercer lugar, y debido al avance de la tecnología, muchos pacientes utilizaban las redes sociales para el *delivery* de drogas.
- **No manejar ningún tipo de vehículo (bicicleta, motocicleta, automóvil, etcétera).** No está permitido utilizar estos medios de transportes ya que acortan distancias y se pierde el control de dónde están los pacientes durante ese momento. Es por esto que utilizan transportes públicos y que deben presentar los boletos a sus responsables. El único caso en el que pueden manejar bicicleta o automóvil es si se encontraran acompañados y estuvieran previamente autorizado por el equipo terapéutico. Las motos no se permiten en ningún momento del tratamiento ya que es un vehículo más riesgoso.

- **No preparar ni ingerir comidas que contengan alcohol (tortas con alcohol, helados que refieren alcohol, etcétera).** Los pacientes al estar desintoxicados tienen más sensibles los sentidos para percibir estos sabores y olores. Ingerirlos muchas veces les traen recuerdos y sensaciones que tenían en su época de consumo.
- **No está permitido el contacto con personas intoxicadas o que consuman.** Desde el tratamiento se tiene como objetivo la formación de una red sana en el afuera. Para esto lo primero que se necesita es correr al paciente del círculo en el cual antes se movía.
- **Sí está permitido escuchar música, usar juegos de mesa, mirar televisión, o jugar con la *Play Station*.** Todo lo antes mencionado está permitido siempre y cuando sea en forma controlada y medida. No deben utilizarse para evitar el contacto con la familia ni para aislarse.
- **Compartir el tiempo comunicándose.** El paciente debe comenzar a relacionarse desde otro lugar y debe aprender a expresarse en todo momento desde el respeto.
- **Realizar las compras antes que el paciente llegue a su hogar.** Muchas veces el paciente en sus primeras salidas a su hogar no tiene permitido salir a la calle, ya que podría cruzarse con personas no ligadas al programa, o simplemente enfrentar una realidad sin las herramientas suficientes para minimizar los riesgos.

Las medidas de cuidado y herramientas comunitarias trabajadas en los grupos de padres durante los distintos encuentros observados, son las que debieran utilizar los pacientes y los padres para minimizar los riesgos de una posible recaída. Las mismas deben implementarse a lo largo de las distintas etapas del tratamiento, ya sea en las visitas, en las salidas por la zona o en las salidas a la casa respectivamente. A lo largo de todos los grupos se trabaja constantemente sobre las normas para que los padres comiencen a implementar las mismas a la par de sus respectivos hijos. Asimismo, todas estas normas pueden ir modificándose con el avance del tratamiento y/o previa autorización del equipo terapéutico. Finalizadas las dos horas de grupo el coordinador les dice que seguirán hablando de todas esas cuestiones en el próximo encuentro y que

continuaran trabajando las medidas de cuidado y las herramientas comunitarias. Los padres se saludan entre si y se retiran de la institución.

4.3 Describir las intervenciones realizadas por el psicólogo y el operador socio terapéutico en los respectivos grupos

Reenmarcamiento

Una intervención clave utilizada dentro de los grupos de padres de la comunidad es la modificación de la visión del problema *–reframe-*. En esta perspectiva, se pone el acento en que el foco principal de la tarea son los marcos de referencia, las creencias que tienen las personas acerca de los problemas que los aquejan. El reencuadre del problema es la maniobra central ya que intenta cambiar el mapa conceptual y la conducta. Este reenmarcamiento suele asignar una connotación positiva a conductas que antes eran percibidas de manera negativa. Un ejemplo de esto en los grupos sería cuando un padre está angustiado porque considera la internación de su hijo como lo peor que le sucedió a la familia y se le hace ver que es positivo que esté internado tratándose, queriendo recuperarse y no drogándose en la calle sin tener idea ellos como padres en las circunstancias en que se encuentra su hijo, o si está preso por robar para consumir. Otro ejemplo sería cuando los padres ven como un castigo ponerle un límite al hijo y no como una medida de cuidado para prevenir otras situaciones a futuro. Lo mismo sucede con las consecuencias que tienen los pacientes al no cumplir con lo que se les pide que hagan. A lo largo de los grupos de padres, se intenta modificar esta visión y darle una connotación positiva a los límites y sus consecuencias.

Forma interrogativa

Se utiliza a modo de pedir aclaraciones sobre un tema, con lo cual se baja la omnipotencia y se rompe la situación asimétrica con el coordinador. La forma interrogativa se pudo observar cuando el coordinador tuvo dos versiones de una misma situación y le preguntó a los padres de Ricardo si no le podía explicar cómo fue la situación en la que discutieron el fin de semana porque no entendía demasiado. El coordinador, mientras tanto iba haciendo diferentes preguntas para esclarecer la situación confusa.

Información

También durante los grupos observados se pudo apreciar como los coordinadores brindan información a los participantes. Generalmente la información es sobre temas de salud que no les quedaban claros o sobre manejos de los tratamientos en Comunidad terapéutica. Por ejemplo, cuando los pacientes tuvieron que darse la vacuna contra la gripe A, se hizo una breve charla sobre el tema y las medidas de cuidado que debían implementarse en sus hogares. Otro ejemplo es cuando se les entregan por escrito las normas para las salidas, visitas, y salidas a sus hogares, donde los padres pueden observar por escrito todo lo trabajado durante los grupos. También reciben por escrito las herramientas comunitarias utilizadas por los pacientes dentro de la Comunidad terapéutica, y también las que debieran ser usadas en sus respectivas casas.

Confirmación

Otra intervención utilizada en ambos grupos, es la confirmación, donde se refuerza con la confirmación del psicólogo o el operador socio terapéutico lo que el padre o la madre relata. Por ejemplo, Ángel, el padre de Fernando, cuenta que le puso límites al hijo con el dinero y los cigarrillos ya que nunca le alcanzaban, el padre dejó de darle cigarrillos y le indicó que con el dinero debía alcanzarle para comprar todo. El coordinador del espacio lo felicitó por la manera de manejarse y logró sostener el límite por varias semanas.

Señalamiento

Consiste en transmitir lo que el coordinador está percibiendo que existe durante el grupo y no se explicita. Consiste en dar cuenta, mostrar o señalar al padre algún signo, conducta o reacción en particular y explorar la conciencia que éste tiene de ese patrón. A lo largo de los distintos encuentros, los padres de Eduardo relatan situaciones donde discuten constantemente y no se ponen de acuerdo con nada. Relatan también que Eduardo se encuentra mejor que nunca, que nunca lo habían visto tan bien y que no tienen nada que decir de él. Cada vez que Omar, el padre de Eduardo intenta hablar, la madre gesticula o dice que no es como él lo dice. El terapeuta, luego de algunos encuentros, les dice que le llama mucho la atención como ellos comienzan a discutir tanto y a no ponerse de acuerdo con nada a medida que Eduardo se va tratando y sosteniendo estar mejor. Les señala también que antes el foco estaba puesto en Eduardo que constantemente hacía algo para que ellos se pongan de acuerdo en responsabilizarlo

pero cuando se corrió Eduardo de la situación constante de reproches comienzan a haber situaciones en la pareja que también hay que trabajar en los grupos. Se les señala que también es importante que ellos se pongan de acuerdo como pareja para poder seguir adelante sosteniendo los límites en conjunto y no desautorizarse mutuamente frente a sus hijos.

Ambos coordinadores, en distintos grupos realizan señalamientos, mostrando al grupo lo que está pasando en el momento, lo cual ayuda a corregir la situación. Por ejemplo, Graciela, la madre de Guido, hablaba sin escuchar las ayudas que otros padres le daban y ella constantemente remarcaba que su hijo podía entablar una conversación con ella cuando quisiera porque ella siempre lo escuchaba y era muy comprensiva. El coordinador, pide silencio y le señala a Graciela la dificultad que está teniendo en el grupo para escuchar a sus compañeros, y que esto le plantea una gran duda sobre lo que está afirmando acerca de escuchar a Guido, ya que con un coordinador presente no puede escuchar nada de lo que los padres tienen para decirle. La madre de Guido en un primer instante se enoja y comienza a justificarse, luego, modifica su posición y le pide disculpas a los padres, luego pregunta si pueden repetirle lo que le estaban diciendo previamente.

Reencuadre

Asimismo, durante los grupos observados, también se pudo observar como los coordinadores reencuadraban el espacio. Luego de algunos encuentros, se comenzaron a observar cambios en la estructura del grupo, los padres llegaban más tarde de lo permitido, se retiraban antes, se levantaban al baño, sonaban celulares, etc. El operador socio terapéutico antes de comenzar un grupo les pidió silencio, y les explicó que se estaban flexibilizando muchas pautas y que iban a retomarlas, continuo explicando que es normal que con el correr del tiempo en los grupos se vayan perdiendo algunas pautas de trabajo pero que es importante retomarlas para no faltarse el respeto entre ellos y tener todos la posibilidad de ser escuchados por igual.

Rectificación

Otro tipo de intervención utilizada en los espacios terapéuticos de padres de pacientes internados dentro de este centro es la rectificación, la cual consiste en mostrar y enseñar la conducta correcta. En el GI la madre de Rodrigo cuenta que estaba con poco dinero porque le compro a su hijo un par de zapatillas porque las que tenía estaban

rotas, cuando el coordinador le pregunta que zapatillas le compró, ella explica que compró las zapatillas que quería su hijo, unas adidas que salían alrededor de quinientos pesos. El coordinador le rectifica a la madre la manera no sólo de expresarse sino de actuar cuando le explica que eso no es una necesidad de Rodrigo sino más bien un capricho, que si necesitaba un calzado podía ser de otra marca y de menor valor, remarcándole también que ella no había puesto ningún límite y que también por esto se sentía con poco dinero ya que había realizado un gasto innecesario. Le explica también que los padres son responsables de la falta de límites que tiene Rodrigo ya que al no poder ponerle límites con un par de zapatillas, mucho más difícil es realizarlo con cosas de mayor gravedad. Luego de esto, la madre se queda pensando y los otros padres relatan distintos ejemplos donde se vieron involucrados en la misma situación. El coordinador del grupo termina diciéndole a los padres que deben entre todos revisar el rol que cada uno ocupa dentro de los vínculos familiares, los modelos enseñados, los límites, etc; dado que muchas veces pareciera que son los hijos quienes van marcando el ritmo de la vida familiar cuando deberían ser los padres quienes lleven esa responsabilidad. En el GI, el coordinador frente a la misma situación aclara sobre la importancia de trabajar con la familia en conjunto y no solamente con el paciente, ya que si el paciente se pone límites con lo que pide pero la familia no con lo que le compra estarían frente a la misma situación pero a la inversa. El ejemplo tan simple de un par de zapatillas le permite al terapeuta explicar a los padres que no sólo se encuentra enfermo el paciente sino todo el núcleo familiar, que es sumamente importante entender que los padres también tienen que modificar algunas actitudes y no creer que sólo se encuentran en tratamiento sus hijos.

Sugerencia

Los coordinadores de ambos grupos también utilizan mucho las sugerencias al momento de intervenir en algún relato. Por ejemplo, cuando Lorena, la madre de Nicolás, cuenta que ella está muy triste y angustiada por la situación que están viviendo frente a la internación de Nicolás, el coordinador le sugiere que comience una terapia individual por fuera del tratamiento para poder resolver estas cuestiones dado que va a necesitar fortalecerse para poder sostener en el tiempo el tratamiento de Nicolás. También se le recuerda la importancia de modificar algunas actitudes para cuando Nicolás regrese a su hogar nuevamente.

Afirmación de capacidades

Estos grupos se caracterizan por la falta de autoestima de sus miembros, por esto, los coordinadores de ambos grupos, utilizan también la afirmación de las capacidades. El terapeuta pone de manifiesto, a través de un enunciado verbal, la capacidad habitual del padre para realizar una actividad concreta. Cuando Ángel, el padre de Fernando relata que durante el fin de semana pudo hablar con su hijo de las actividades que realiza y compartir sobre como se sentía en las mismas, el coordinador lo felicita y le remarca que él siempre logra comunicarse con su hijo sobre los sentimientos de él y que su hijo confía mucho en sus consejos a diferencia de lo que sucede con su madre, por lo cual era importante que aprovechen ese vinculo para que no discuta tanto con su madre también.

Tareas

Son implementadas por el operador socio terapéutico en su espacio, donde les indica a los padres actividades para realizar de un grupo para el siguiente con la colaboración de sus hijos y con el objetivo de compartirlo en el siguiente encuentro con el resto de los participantes. Un ejemplo de esto sería cuando le pidió a cada uno de los integrantes del grupo que durante el fin de semana se tomen un tiempo con sus hijos compartiendo y realizando una cartulina con las herramientas comunitarias, significado de las mismas y ejemplos de cada una. Les explicó también que el fin de la tarea era que en el grupo siguiente cada uno expusiera lo que comprendió para poder trabajarlo con todo el grupo.

Sondeo

Se utiliza cuando se realizan preguntas relacionadas directamente con los problemas de los padres. Por ejemplo cuando los padres que recién ingresan al grupo no saben que contar se les pregunta como llegaron a la institución, porque, quien los trajo, que sucedió con su hijo que terminaron en una internación, hace cuanto que ingresó, etc.

Instrucciones

Son enunciados a través de los cuales el terapeuta pretende instruir, dirigir o indicar al padre como debe hacer algo. En el GI, se le dice a Susana, la madre de Diego que no debe hablar con su hijo sobre su ex marido en ningún momento, que le tiene que decir que ella no puede hablar de terceros.

Información funcional

Ambos coordinadores brindan información a los participantes del grupo, transmiten a los padres datos referidos a hechos, experiencias, sucesos o personas, etc. Un ejemplo de esta intervención sería cuando los pacientes no salen el fin de semana como consecuencia de lo que sucede en la semana y se le informa a los padres todos los hechos sucedidos a lo largo de los días para que sepan los motivos de la consecuencia y así también se pueda trabajar en los espacios.

Confrontación

La confrontación es la intervención verbal mediante la cual el terapeuta describe algunas discrepancias o distorsiones que aparecen en los mensajes y/o conductas del padre, mediante la contradicción o la incongruencia. Un ejemplo de la misma sería cuando un padre es muy comprensivo con el hijo de otro pero no con el propio. El coordinador le pregunta como es posible que el consejo cambie tanto cuando es el hijo de otro pero no cuando es el propio.

Todas las intervenciones que se realizan tienen como objetivo general modificar el funcionamiento familiar, establecer límites claros y respetar los roles dentro de la estructura familiar. Para lograr la modificación familiar es fundamental lograr que en la familia haya estructuras y reglas claras de funcionamiento, apoyo entre los conyugues, interacción y apego entre los padres, expectativas positivas de los padres sobre el futuro de los hijos, responsabilidades compartidas en el hogar.

Teniendo en cuenta el objetivo general de las intervenciones dentro de los grupos de padres, se les pide que realicen una estructura por escrito con horarios y normas para la casa, que discutan las consecuencias para sus hijos fuera de la vista de los mismos hasta que se pongan de acuerdo, que compartan actividades con sus hijos, que logren poner límites y sostenerlos, y que las consecuencias por no cumplir con los mismos sean cortas y controlables.

5. CONCLUSIÓN

El presente trabajo de integración final tuvo como objetivo describir el funcionamiento del grupo de padres de pacientes internados en la Comunidad terapéutica de la comunidad terapéutica. Se tuvieron en cuenta las actividades realizadas durante los encuentros grupales, las normas y las intervenciones realizadas por los coordinadores de dicho espacio.

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo, se puede decir que en los grupos de padres de pacientes internados en comunidad terapéutica, se trabaja en ambos con la misma modalidad conductual y fomentando la participación permanente de los padres como co-coordinadores del espacio. Las cualidades personales más importantes para realizar estos trabajos, ya sea un operador o un psicólogo, es tener creencia en la posibilidad de cambio, entusiasmo, dedicación, honestidad y firmeza, así como también, empatía, comprensión e imparcialidad.

Lo más positivo de los grupos observados es que todos los participantes del espacio terapéutico se sienten acompañados por el resto de los padres, quienes viven o han vivido situaciones similares.

Una de las debilidades de este espacio es que los padres no son quienes demandan tratamiento. Por ende, se hace más difícil el trabajo con los mismos: una gran parte del tiempo que dura el espacio se ocupa en intentar que se responsabilicen de realizar algunas modificaciones que llevaron también a sus hijos al consumo. Dada la resistencia al cambio que tienen varios de ellos para asumir su responsabilidad, también presentan inconvenientes de distinta índole, por la cual no participan activamente del espacio terapéutico, haciéndose notar sus ausencias en varios casos. Otra cuestión negativa a considerar es que debido a la cantidad de padres que hay, el tiempo que tiene cada uno para hablar de lo que le sucede es muy corto.

La limitación de bibliografía relacionada con el tema desarrollado fue una dificultad al momento de la realización del marco teórico. Por ello se considera que para trabajos futuros se debería contar con la colaboración de alguien involucrado en dicha temática para orientar la misma.

El trabajo fue realizado en base a las observaciones de ambos grupos de padres, los objetivos desarrollados son estrictamente descriptivos y sumamente estructurados. Se ve reflejado en la escritura del trabajo lo que sucede dentro de los grupos, dichos

espacios son sumamente estructurados y normativos ya que para trabajar con las familias de pacientes internados es necesario fortalecer los límites y las estructuras.

Se sugiere poder incluir además de estos dos espacios terapéuticos, otro grupo de padres más, para poder dividir la cantidad de integrantes de cada uno de estos espacios. También podría incluirse dentro del equipo de coordinación un padre o una madre cuyo hijo ya haya realizado el tratamiento, y que hable desde su propia experiencia. Esto puede ser generador de mayor identificación y empatía.

Deberían complementarse los grupos de padres con reuniones multifamiliares para ahondar en algunos temas particulares de cada una de las familias y, así, poder profundizar en los vínculos de cada una. También, fuera del espacio de la comunidad terapéutica, los padres deberían tener cada uno de ellos terapias individuales para resolver temas personales y no en relación a sus hijos y la adicción.

Dentro de lo observado, el trabajo de reeducación familiar fue altamente productivo con el grupo de padres con los cuales se trabajó. El conjunto se mantuvo unido, participando activamente del espacio terapéutico en forma semanal e implementando las medidas de cuidado y herramientas comunitarias adquiridas durante las salidas terapéuticas, y cuando sus hijos regresaban a sus hogares. Muchos pacientes quisieron abandonar el tratamiento y, al darse cuenta de que no les fue posible manipular a sus padres, debido a que éstos al recibir las herramientas correspondientes pudieron mantenerse firmes estableciendo los límites adecuados para la situación, no abandonaron el tratamiento y continúan hasta el día de hoy. Asimismo, fue posible observar que a medida que los familiares estaban más entrenados, tendió a disminuir la cantidad de deserciones y se facilitó el proceso de reinserción de los pacientes, ya sea en lo laboral, en lo escolar o en lo social.

Con el avance del tratamiento y la participación de los grupos, se fueron fortaleciendo los vínculos entre padres e hijos, mejorando la comunicación y consiguiendo la posibilidad de relacionarse desde otro lugar, es decir donde cada cual pueda ocupar su rol dentro del vínculo.

La comunidad posee una metodología de tratamiento en la cual sostiene la rehabilitación de personas adictas mediante la contención del paciente y su familia, ofreciendo un dispositivo de trabajo que posibilita, no solamente el alejamiento de las sustancias, sino que, a la vez, la reconstrucción de una red social, siendo la familia el primer vínculo con el que se trabaja. Por lo tanto, la ayuda terapéutica está direccionada en este doble sentido, ofreciendo la posibilidad de cambio tanto a la persona que sufre la

adicción como a su grupo familiar. En la medida que ambas partes mejoren y recuperen los lazos de comunicación, afectivos y de confianza, se podrá sostener una base firme que posibilite, no solo el alejamiento del consumo, sino el cambio hacia una vida más saludable.

7. BIBLIOGRAFÍA

Badaracco, J. (1996). El Funcionamiento Mental del Paciente Drogadicto y su Familia. En A. Musacchio de Zan & A. Frágola, *Drogadicción* (pp.150-163). Buenos Aires: Paidós.

Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch & B. Sandín. *Manual de Psicopatología* (pp. 493-530). España: Mc Graw Hill.

D'Adam G.F. (2003). *Nuestros Hijos y las Drogas*. Córdoba: Ciencia Nueva.

Ghislanzoni, A. (1997). La prevención, ayer y hoy. En P. Sorokin. *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas* (pp. 4-9). Buenos Aires: Mc Graw Ediciones.

Goti, E. (1990). *La Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Grimson, W.R. (1999). *Sociedad de Adictos*. Buenos Aires: Planeta.

Kohan M. (1993). *Psiquiatria sin miedos*. Buenos Aires: Sudamericana.

López Corvo, R. E. (1994). *La Rehabilitación del Adicto*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Minuchin, S (1974). *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa

Moyano, H. & Fernández Oteiza, M. (1997). Las adicciones maternas y sus consecuencias sobre la salud neonatal. Una aproximación al tema. En P. Sorokin, *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas* (pp. 55-57). Buenos Aires: Mc Graw Ediciones.

Niño, L. F. (1997). ¿De qué hablamos cuando hablamos de drogas?. En P. Sorokin, *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas* (pp. 179-183). Buenos Aires: Mc Graw Ediciones.

Pavlosvky, E. & Kesselman, H. (1991). *Dos estares del coordinador*. Recuperado el 10 de julio de 2011 de la base de datos de Campo Grupal.

Puentes, M. (2006). *Detrás de la Droga*. Buenos Aires: Lugar.

Rossi, P. (s.f.). *Manantiales – Fundación*. Recuperado el 7 de febrero de 2011 en <http://www.ecoportat.net/content/view/full/82803>

Sorokin, P. (1997). *Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas*. Buenos Aires: Mc Graw Ediciones.

Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires: Eudeba.

Yaria, J.A. (1988). *Los adictos, las comunidades y sus “familias”*. Buenos Aires: Trieb.