

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Integración: "El proceso de Reinserción Social en la Comunidad Terapéutica"

Tutora: Lic.Valeria Wittner

Autor: Ana Laura Perez

Indice

1.Introducción	5
1.1. Presentación de la Institución	5
1.2. Objetivo General	6
1.3. Objetivos específicos	6
1.4. Marco Teórico.....	6
1.4.1 La adicción : definición.....	6
1.4.2. La adicción a las Drogas	7
1.4.2.1. Droga Legal: El alcohol	8
1.4.2.2. Drogas ilegales: Marihuana y Cocaína.....	9
1.4.2.2.1. Marihuana.....	9
1.4.2.2.2. Cocaína.....	10
1.4.3. Tratamientos en adicciones	11
1.4.4. Comunidad Terapéutica en adicciones.....	12
1.4.4.1. Los valores en la Comunidad Terapéutica.....	13

1.4.4.2. Los grupos en la Comunidad Terapéutica.....	14
1.4.4.3. Fases en la Comunidad Terapéutica	15
1.4.4.3.1. Inducción: Primera etapa.....	16
1.4.4.3.2. Tratamiento primario: Segunda etapa.....	17
1.4.4.3.3. Re-ingreso: Tercera etapa.....	18
1.4.4.3.4 Fase final.....	19
1.4.4.4. Comunidad Terapéutica.....	19
1.4.5. Reinserción Social	21
1.4.6. Habilidades Sociales.....	21
1.4.6.1. Importancia en el entrenamiento de habilidades sociales.....	22
1.4.6.2. La falta de habilidades sociales asociada a las adicciones.....	22
1.4.6.3. Habilidades Sociales en el tratamiento en adicciones.....	23
1.4.7. Redes Sociales.....	24
1.4.7.1. Características de la red social.....	25
1.4.7.2. Redes sociales en adicciones	26
2. Metodología	27
2.1. Tipo de estudio.....	27

2.2.Participantes	27
2.3 Instrumentos	28
2.4.Procedimiento.....	28
3. Desarrollo.....	30
3.1. Análisis del caso.....	30
3.2. Descripción de las etapas de la reinserción social del paciente en las distintas fases del tratamiento.....	31
3.3. Descripción de las habilidades sociales adquiridas durante el tratamiento.....	35
3.4. Comparación entre la red social con la que contaba el paciente al llegar a la Comunidad Terapéutica y la red con la que cuenta actualmente en la fase ambulatoria.....	38
4. Conclusiones.....	44
5.Bibliografía.....	49

1. Introducción

1.1. Presentación de la institución

El presente trabajo surge de la Práctica Profesional V realizado en la Comunidad Terapéutica que trabaja en la asistencia y rehabilitación de drogadependientes. La misión del es poder brindar ayuda a las personas que padecen adicciones y a sus familias, con el fin de lograr una vida sana y aumentar la confianza en si mismas para que puedan vivir sin dependencias ni adicciones.

La Comunidad Terapéutica da asistencia a las adicciones, pero también fue una de las primeras instituciones en Argentina encargada de tareas de prevención en escuelas y empresas, y a través de campañas, talleres y todo tipo de acciones sociales.

El equipo que trabaja en la Comunidad Terapéutica está conformado por psicólogos y operadores, quienes realizan reuniones de equipo todas las semanas para mejorar el tratamiento de los residentes. Además cuentan con psiquiatras y un equipo médico, por lo que el abordaje del tratamiento de adicciones es biopsicosocial, abierto y es interdisciplinario. Requiere fundamentalmente la motivación del paciente para que el mismo pueda ser llevado a cabo.

La Práctica Profesional fue de 320 horas y se participó del trabajo grupal con operadores terapéuticos y psicólogos. El trabajo realizado fue por observación y registro. También se formó parte de una de las tareas asignadas a los pacientes residentes que es socialización. Se participó en las reuniones de equipo terapéutico.

A partir del trabajo en la Comunidad Terapéutica, surgió el interés de conocer cómo se produce la reinserción social de los pacientes desde que ingresan a la comunidad terapéutica hasta la finalización del tratamiento. Para esto, se decidió tomar el caso de uno de los pacientes que se encuentra en recuperación y hacer el seguimiento del mismo desde la internación hasta la fase ambulatoria en la que se encuentra actualmente.

1.2.**1.3. Objetivo General:**

Describir el proceso de reinserción social de un paciente de 36 años que ingresó a la Comunidad Terapéutica hace un año y medio, y actualmente se encuentra en tratamiento ambulatorio.

1.4. Objetivos específicos:

- Describir las etapas de la reinserción social del paciente en las distintas fases del tratamiento.
- Describir las habilidades sociales adquiridas durante el tratamiento.
- Comparar la red social con la que contaba el paciente al llegar a la comunidad terapéutica y la red con la que cuenta actualmente en la fase ambulatoria.

1.5. Marco Teórico

1.5.1. La Adicción : Definición

La adicción, para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (Volkow, 2008), es considerada una enfermedad, por lo que afecta circuitos del cerebro generando cambios en los mismos, y produciendo un patrón de consumo excesivo y que afecta la salud del consumidor. Es decir que al hablar de adicción se habla de la dependencia de un sujeto a una sustancia o una actividad que aún sabiendo que lo perjudica, no puede dejar de hacerlo.

Existen distintos tipos de adicciones: al juego, a la comida, a las compras, a la tecnología y a las drogas. La adicción a las drogas es llamada drogadependencia o drogadicción. La misma afecta a distintos aspectos de un sujeto drogadependiente, tales como su cuerpo, su manera de pensar y su comportamiento. Se puede hacer referencia a una dependencia física a las drogas y una psicológica. Existen 3 etapas en el consumo de las drogas definidas por la Organización Mundial de la Salud, y las mismas son: Uso - Abuso - Dependencia. *Uso* refiere a la relación entre un sujeto y la sustancia sin que la misma funcione como una necesidad, ya que su ausencia no provoca angustia en el sujeto. *Abuso* data de un sujeto que comenzó a utilizar aquella sustancia a lo largo del día generando un deterioro en la actividad social del mismo a causa de la intoxicación, y su ausencia produce angustia. La *dependencia* refiere a cuando la vida del sujeto gira en torno a la droga, produciendo su ausencia una angustia intolerable (Puentes, 2004).

Respecto a esta cuestión, el NIDA (2011) sostiene que hay factores que determinan que una persona se vuelva o no adicta. La cuestión biológica, respecto a los genes, el sexo, la raza, constituye uno de los factores. Otro de ellos es el contexto, el ámbito en que se desarrolla un sujeto: su historia personal, el padecimiento de algún tipo de abuso o agresiones, la familia, los pares, las presiones, etc. Ambos factores a su vez si se

potencian con ciertas etapas de desarrollo del sujeto, su crecimiento, pueden llevar a una mayor vulnerabilidad del mismo, y caer de ese modo en el mundo de las drogas, generando la adicción.

1.5.2. Adicción a las Drogas

La droga es una sustancia psicoactiva (puede ser legal o ilegal), su efecto en el individuo genera alteraciones en el circuito de comunicación del cerebro, produciendo alteraciones en el comportamiento del sujeto. El consumo continuado generaría el síndrome de tolerancia: el sujeto necesitaría consumir cada vez más cantidad de la sustancia para lograr el efecto deseado (American Psychiatric Association, 1994).

El DSM IV (A.P.A., 1994) hace una distinción respecto a la adicción a las drogas, pues expresa la misma como un trastorno y la divide en: Trastornos por consumo de sustancias o Trastornos relacionados con sustancias. El primer grupo incluye la dependencia y el abuso y síntomas como tolerancia y abstinencia. El segundo grupo incluye la intoxicación y la abstinencia por sustancias. El trastorno por consumo de sustancia, la primer categoría, refiere a la expresión de tres o más de los siguientes síntomas durante 12 meses:

- Tolerancia,
- Abstinencia (síndrome de abstinencia o la toma de alguna sustancia similar que alivie los síntomas de la abstinencia),
- Sustancia consumida en cantidades mayores o durante periodos más largos,
- Existencia de esfuerzos importantes por dejar de consumir,
- Mayor inversión en tiempo para obtener la sustancia,
- Disminución de actividades por el consumo,

-Continuación del consumo a pesar de tener conciencia de aquellos problemas que el mismo le provoca.

La segunda categoría mencionada, abuso de sustancias, se considera menos grave que la dependencia (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

Entre las drogas ilegales se encuentran: Cannabis o marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, heroína.

Las drogas legales serían los medicamentos, inhalantes y alcohol entre otros.

Entre las drogas se pueden distinguir tres tipos: los depresores del sistema nervioso central, los estimulantes del SNC y los alucinógenos.

1.5.2.1. Droga Legal: El Alcohol

El alcohol al ingresar al cerebro desarrolla un doble efecto sedante, afecta áreas del cerebro que intervienen en la formación de la memoria, en la toma de decisiones y en el control de los impulsos. (Genetic Science Learning Center , 1969).

Alrededor del fenómeno del alcohol surge otra cuestión: la promoción o publicidad. Miguez (2010) plantea esta cuestión y la denominó sociedad líquida. Aparece en los jóvenes un modelo de éxito, de personalidad, de diversión que va publicitado de la mano de la bebida, y quien no la consuma queda directamente afuera de ese mundo construido: el del placer y la buena vida. Cada vez son más jóvenes los usuarios de bebidas alcohólicas, y el mal uso de las mismas es lo que lleva a las consecuencias nefastas de las que la sociedad misma se va acostumbrando. De ésta forma, el alcohol funciona como sustancia puente hacia drogas ilegales, y hasta llegan a mezclarla con ellas.

La Organización Mundial de la Salud define al sujeto adicto al alcohol como una persona que bebe en exceso y que la dependencia a esa sustancia lo llevó a un deterioro respecto a sus relaciones interpersonales, en lo que respecta a lo laboral, económico, físico y que a pesar de ello no puede dejar de hacerlo.

Se puede afirmar que hay personas que pueden beber alcohol y no crear de ello una dependencia a la sustancia, pero hay otros bebedores que construyen de eso una adicción sin control. No todas las personas funcionan de la misma manera y de hecho, muchas personas beben intentando lograr un “efecto”. Por ejemplo: un sujeto bebe alcohol para escapar de su realidad, para superar dificultades, inseguridad o soledad, o para enfrentarse a algo. Jellinek (1960) afirmaba que existen personas con mayor vulnerabilidad que otras al efecto del alcohol, y a esto lo llama enfermedad del alcoholismo.

1.5.2.2. Drogas ilegales: Marihuana y Cocaína

1.5.2.2.1. Marihuana

La marihuana es una de las drogas ilegales más consumidas en Argentina por gente de distintas edades y clases sociales. Se trata de una droga derivada de una planta llamada Cannabis Sativa, la misma posee una variedad de componentes químicos pero el más trascendente es el activo denominado THS (tetrahidrocannabinol). El mismo puede mantenerse por aproximadamente 45 días dentro del organismo luego de su consumo. Provoca efectos tanto físicos como psicológicos a corto y largo plazo. Algunos de ellos son: sensación de relajación del cuerpo, somnolencia, aumento de la percepción de los sentidos, euforia, aceleración del ritmo cardíaco, enrojecimiento de los ojos por la dilatación de los vasos sanguíneos, alucinaciones, distorsión acerca de la percepción del espacio y tiempo entre otras. A largo plazo las consecuencias pueden ser: pérdida de energía, trastorno del sueño, disminución en funciones motoras, adaptación y memoria, ansiedad, depresión, irritabilidad, entre otras (Puentes, 2004).

Se estima que la marihuana es una de las drogas de inicio, pues los mas jóvenes comienzan a utilizarlas y se transforman en un puente para otras tales como cocaína o pastillas. La forma más común que utilizan los jóvenes al referirse a la misma es *porro*, éste se fuma y provoca un estado hipnótico y *de bienestar* además de los efectos mencionados con anterioridad (Folgarait, 2008).

En el año 2007 el Observatorio Argentino de Drogas publicó un estudio realizado en Capital Federal y Gran Buenos Aires en el que se notó que el 57% de jóvenes universitarios consumió marihuana en el último año. Tal estudio plasmó el hecho de que aunque la marihuana resulta ser consumida tanto por adultos como jóvenes, el mayor consumo se presenta entre los 22 y 25 años (Observatorio Argentino de Drogas, 2005).

1.5.2.2.2. Cocaína

La cocaína es un estimulador del sistema nervioso central. Bloquea los transportadores de dopamina dejándola atrapada en la hendidura sináptica. La dopamina se une una y otra vez a sus receptores sobreestimando la célula (Genetic Science Learning Center, 1969). Esta droga genera una fuerte dependencia, y se dice que es muy fácil pasar de ser un usuario a un abusador y finalmente a un adicto (Folgarait, 2008).

En nuestro país, la cocaína suele consumirse en forma de polvo, a través de la nariz (inhaland) o frotando el polvo en las encías. Se lo llama comúnmente *merca*, *línea*, *blanca*, y llega a los consumidores mezclada con otras sustancias como vidrio molido, harina o talco. La cocaína también se puede consumir en forma de cigarrillo, conocido como nevado, o puede inyectarse (*picarse*), ésta última es principalmente peligrosa porque lleva al contagio de enfermedades infecciosas como el HIV.

La cocaína proviene de la planta de la coca, en la cordillera de los andes. Sus habitantes asumen que mascan coca por tradiciones ancestrales, a causa de las condiciones a las que se enfrentan: náuseas, mareos debido a la altura y el fuerte cansancio que soportan.

Los efectos de la cocaína, al ser estimulante del sistema nervioso central, se ponen de manifiesto en el cerebro produciendo estimulación, excitación, euforia, verbosidad, disminución del cansancio y del hambre. También puede producir psicosis paranoica, alucinaciones, desconfianza y ansiedad. La cocaína aumenta el ritmo cardiaco por eso también muchos jóvenes adictos sufren infartos o convulsiones. Es común que se la mezcle con alcohol, y ese cóctel puede ser

mortal, además que se potencian los efectos adversos de la cocaína y el sujeto adquiere conductas antisociales y violentas -hacia otros y hacia si mismo- (Folgarait, 2008).

1.5.3. Tratamientos en adicciones

Tratamientos para las adicciones hay variados, y van a depender de lo que el sujeto requiera y sus posibilidades, como también de las ofertas terapéuticas existentes. Existen Centros de Día, Centros de Noche, Sistema Ambulatorio, Hospital de Día, psicoterapia en consultorios externos, grupos de autoayuda (narcóticos anónimos o alcohólicos anónimos) y Comunidad Terapéutica (Puentes, 2009). Lo más importante es que el sujeto adicto reconozca su adicción y requiera un tratamiento. Antes de precisar lo anterior el sujeto adicto va a pasar por distintas etapas antes de poder asumir su problema y su necesidad de cambio. Se evaluará junto con él, cual sería el tratamiento adecuado, teniendo en cuenta aspectos sociales, familiares y de deterioro cognitivo del mismo.

Para el tratamiento de una adicción, se deberían plantear cuatro pasos a seguir: el primero de ellos referiría a la demanda de tratamiento, que se enfoca en el paciente, en su motivación, el apoyo de su entorno, sus recursos, y uno de los elementos fundamentales en el mismo es la entrevista motivacional que se realiza con el ingreso al tratamiento. El segundo paso incluye la evaluación que se realiza del sujeto y su entorno, para indagar en aquellas áreas que requieran mayor atención durante el tratamiento, pues el hecho de conocerlas colabora para trabajar en el cambio. Luego, aparece el tratamiento que contará a su vez con distintas fases: desintoxicación, deshabituación psicológica, búsqueda de alternativas nuevas reemplazando la conducta adictiva, prevención de recaídas, mantenimiento, reducción de daños. El cuarto paso es el seguimiento del paciente, una

vez que termina el tratamiento de forma presencial, para conocer como sigue su situación (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

Una de las modalidades de tratamiento más utilizada para la rehabilitación de adicciones es la Comunidad Terapéutica (Puentes, 2009).

1.5.4. Comunidad Terapéutica en adicciones

La Comunidad Terapéutica es una organización cuyo objetivo es la rehabilitación del drogadependiente y su reinserción a la sociedad. En una Comunidad Terapéutica en adicciones es el adicto quien debe utilizar todo su accionar para llevar a cabo un tratamiento satisfactorio, es decir, se trata de un paciente activo dentro de la organización (De Leon, 2004).

Se conocen distintas formas de Comunidad Terapéutica, como rurales y urbanas, y como las dirigidas por profesionales, otras dirigidas por ex adictos y las mixtas (profesionales + ex adictos). Ésta es la más utilizada en estos últimos años, en los cuales se cree que la unión entre el estudio y la experiencia sería un eslabón fundamental del tratamiento. Como no todos los pacientes requieren un mismo tratamiento, en la Comunidad Terapéutica se realizará la evaluación correspondiente que permitirá dilucidar el tratamiento del paciente. El tratamiento en la Comunidad puede ser de internación o ambulatorio. El paciente, una vez en la Comunidad Terapéutica debe formar parte de la misma a través del cumplimiento de responsabilidades. A medida que avance su tratamiento aumentaran las mismas, y de esta manera se lo prepara para aquellas responsabilidades que tendrá en la vida fuera de la comunidad. El paciente es además el único responsable de su tratamiento (Goti, 1990).

En la Comunidad Terapéutica en adicciones, los residentes y el equipo terapéutico trabajan juntos, y los roles son similares a una familia. Cada residente tiene obligaciones, responsabilidades y reglas a las cuales adaptarse, de hecho cuentan con reglas muy estrictas pues se los re educa dentro de este contexto particular. De esta forma se prepara al residente para enfrentarse a la realidad de *la calle* sin la necesidad del consumo de drogas (De Leon, 2004).

1.5.4.1. Los Valores en la Comunidad Terapéutica

Todas las Comunidades Terapéuticas poseen valores comunes que las definen como tales. Algunos de ellos son: la solidaridad, el amor responsable, la honestidad y el respeto. Existen a su vez determinados valores que no son generales para todas las comunidades, sino que las diferencian entre sí, y así cada familia o persona puede optar según los valores que considere más apropiados para sí, por ejemplo, la religión, la disciplina, el orden, entre otros (Goti, 2000).

El amor responsable es uno de los valores más destacados en las comunidades. Se trata de un amor protector, un amor que impida el dolor ajeno, un amor que marca un límite y que genera mucho rechazo hasta que se logra entender. Refiere a aprender a cuidar a un compañero haciendo lo que sea mejor para él que no es precisamente lo que él pida que haga. Por ejemplo, si un compañero consumió alcohol el fin de semana y lo contó a unos pocos pidiendo que se guarde el secreto para no ser expulsado, el amor responsable no permite guardar ese secreto, ya que el paciente no va a recuperarse en base a mentiras, ni tampoco va a sentirse mejor por ocultarlo, además si consume una vez sin trabajar ese impulso lo más probable es que vuelva a repetirlo y callar tal acción lo perjudica como paciente en recuperación. Es muy difícil entenderlo para los pacientes porque sienten el acto como una traición, pero funciona como una forma de cuidarlos y ayudarlos durante el tratamiento.

Para utilizar el amor responsable debe utilizarse otro valor fundamental que es la honestidad. Es importante que el paciente aprenda a ser honesto con sus compañeros, con los miembros del staff, con su familia y principalmente con sí mismo.

La solidaridad es un valor corriente en las comunidades terapéuticas, ya que se les inculca el hecho de ayudarse mutuamente, ser solidario con los compañeros, ayudarlos en lo que necesiten y entender que de esa forma también serán ayudados por los demás cuando lo requieran. Se intenta que tal valor siga vigente en cada etapa del tratamiento, ya que a medida que se van despegando y la participación es menor, suelen aislarse un poco o evitar actitudes solidarias, por lo que si es necesario se los motiva a ayudar a sus compañeros en tareas asignadas para que no pierdan tal valor que es necesario que trascienda.

Se les enseña a los pacientes a ser responsables. La responsabilidad resulta ser un valor muypreciado en la misma, ya que implica un compromiso con otro, y a la vez puede generar consecuencias negativas en caso de comportarse irresponsablemente. Por lo que la responsabilidad implica respeto y se aplica desde el inicio del tratamiento y a medida que pasa el tiempo en la misma, las responsabilidades aumentan.

1.5.4.2. Los Grupos en La Comunidad Terapéutica

Tal como explica De León (2004), los residentes deben asistir a distintas reuniones de grupo dentro de la comunidad y como parte esencial del tratamiento. De esta forma se establece cierto orden y los pacientes entienden que existe un formato y que cada objetivo planteado tiene un propósito, todo forma parte de un protocolo terapéutico. Cada paciente entiende el formato particular de cada grupo, y se prepara para el mismo, pues sabe que cada tema tiene su propio espacio y momento y eso le genera seguridad y a la vez lo organiza.

Una de las principales reuniones es la reunión matutina que se realiza luego del desayuno, y es una forma de empezar el día de forma positiva. Se intenta motivarlos. Los adictos a las drogas no suelen tener una organización en su vida, se levantan tarde y por lo general viven de noche. Además al despertarse suelen actuar de forma negativa, de mal humor y el único incentivo es el consumo. De esta manera se intenta modificar tal actitud negativa y sobre todo el estilo de vida. Dentro de las reuniones en la Comunidad Terapéutica se encuentran también los Seminarios y la reunión de la casa que como la matutina se realizan a diario y en presencia de todos los miembros. En los seminarios se trata de entrenarlos en habilidades de conceptos y comunicación referido a la Comunidad Terapéutica en general con todo lo que ella abarca. Por ejemplo, cuatro o cinco residentes deben dictar un seminario acerca de un tema: el amor responsable. Deben prepararlo juntos para poder transmitirlo en la reunión. De esta forma todos aprenden más sobre las herramientas de la comunidad, aprenden a trabajar en grupo y a comunicar lo aprendido. En la reunión de la casa aparece una administración de los asuntos de la comunidad y se va a transmitir información respecto a tareas, horarios, etc.

Hay reuniones de grupo que se realizan en todas las comunidades en general como las mencionadas, y otras tantas que son implementadas según la metodología de la institución o lo que consideren adecuado para el tratamiento.

Por otro lado, las familias de los residentes también poseen un espacio, ya que se intenta incluir a la misma para que se involucre en el tratamiento, para que desde su lugar también pueda ayudar al paciente. De esta manera, existen en la Comunidad Terapéutica espacios para padres, para hermanos, para parejas/esposos/novios, para hijos. Y también existen espacios para amigos (Gotí, 1990). Las formas de trabajo pueden ser grupales, individuales, obligatorias, voluntarias, o como los profesionales lo crean conveniente dependiendo el caso de cada paciente y cada situación en particular.

1.5.4.3. Fases en las Comunidades Terapéuticas

Las Comunidades Terapéuticas en general tienen un formato particular que divide al tratamiento en fases. Las mismas tienen diferentes nombres y el pase por cada una de ellas refleja la evolución del paciente y los pasos hacia su recuperación. En rasgos generales posee una fase inicial, una intermedia y una fase final. A cada paciente al llegar a la Comunidad se le explica el formato de la misma y los objetivos que se tienen en cuenta para el cambio de fase. Cada una de las mismas forma parte de un camino que el paciente debe necesariamente recorrer para lograr la reinserción fuera de la Comunidad (Goti, 1990).

Se trabajará en la Comunidad Terapéutica, en primer lugar, con el objetivo de lograr la desintoxicación (física), luego la deshabitación psicológica de la sustancia (es decir, el dejar de realizar tal conducta, adaptarse al tratamiento). El paso siguiente refiere a la normalización (que implica la adaptación a las nuevas reglas y costumbres, y el encaminarse hacia un nuevo proyecto de vida), luego prevención de recaídas (entrenamiento en habilidades y técnicas de prevención) y por último, como ya fue nombrado, el mantenimiento del paciente con sus respectivas técnicas de relajación, y estrategias para mantener la abstinencia a largo plazo (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

Según De Leon (2004) las fases en la Comunidad Terapéutica son: Inducción, Tratamiento primario y re-ingreso. A la vez el Tratamiento Primario cuenta con tres etapas según el tiempo y la jerarquía del residente. El re-ingreso a su vez se divide en Reingreso temprano y reingreso tardío.

1.5.4.3.1. Inducción: Primera etapa.

La primera etapa es la Inducción, y se estipula que abarca los 30 días desde el ingreso al tratamiento. Es la etapa de asimilación del paciente. El mismo comienza a formar parte de la comunidad, de sus compañeros, compartiendo las actividades (reuniones, grupos, tareas, comidas) pero sin tanta participación como el resto. El paciente va a ir adaptándose a las reglas de la Comunidad con la ayuda principal de sus compañeros.

El contacto con su familia en este caso es limitado, se trata de una especie de aislamiento para lograr con éxito la adaptación a un nuevo sistema y la desintoxicación (De León, 2004).

Con el ingreso al tratamiento el sujeto va a realizar cambios respecto a su aspecto físico, léxico, códigos, etc. Va a ir adquiriendo costumbres respecto a horarios, a dormir de noche, a levantarse temprano, y de esa forma se prepara y educa al sujeto para adaptarse a la sociedad (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

Se trata de uno de los momentos más críticos del tratamiento, ya que el paciente se encuentra enfrentado a una realidad diferente, desconocida y alejada de lo elegido por él con anterioridad. La abstinencia resulta muy complicada durante esta etapa porque recién está aprendiendo a manejarla, por lo que es muy común el abandono del tratamiento.

1.5.4.3.2. Tratamiento primario: Segunda Etapa

De León (2004) divide a ésta etapa en tres fases, las cuales están directamente relacionadas con el tiempo de residencia y el grado de jerarquía del paciente como miembro de la comunidad.

La primera fase coincidiría con una residencia en la comunidad que abarca de dos a cuatro meses aproximadamente, por lo que la jerarquía en la misma es de residente junior. El paciente se identifica como miembro de la comunidad, conoce la metodología de la misma y lo demuestra. A pesar de esto, su libertad es limitada y su apertura en los grupos escasa. De a poco comienza a adquirir habilidades de comunicación.

La segunda fase, contempla un tiempo de cinco a ocho meses en la comunidad. En esta etapa, según sostiene De León (2004), se tienen en cuenta principalmente los objetivos del tratamiento. Los pacientes empiezan a interesarse por lograr un crecimiento personal, y se les inculca el hecho de querer superarse constantemente, siendo ellos los propios artífices de su futuro pero más que nada, la idea de ocuparse de su presente. Poseen una mayor responsabilidad y actitud de

compromiso con el tratamiento, lo que se torna evidente ante los compañeros, y funciona de esa manera como un ejemplo para ellos. El autoestima del sujeto suele elevarse, como así también sus libertades personales.

Por último, la etapa tres, muestra a un residente *senior* (De León, 2004), transitando entre el noveno o duodécimo mes de internación. El paciente ya conoce el funcionamiento de la comunidad y cumple las reglas como tal. Forma parte del programa y su participación es plena, como su compromiso también debe serlo. Sus compañeros lo ven como un líder por su seguridad y coordinación para las tareas en la comunidad, y es para ellos un modelo a seguir.

Su nivel de apertura en los grupos es superior y suele funcionar como facilitador en los mismos. Proporciona un intercambio favorable para los demás residentes quienes suelen buscarlo para hablar y pedir consejos.

Según el progreso del residente, y de su compromiso con el programa, se le adjudican por ejemplo servicios educativos.

Se trabaja con las familias de los pacientes mediante reuniones de grupo en las que se les enseña también a *tratar* o manejar cada etapa por la que su hijo/hermano/esposo debe pasar.

Se empieza a hablar de la construcción de la red social del paciente y se lo incentiva a realizar actividades para lograr tal construcción.

1.5.4.3.3. Re- Ingreso: Tercera etapa

De León (2004) distingue en esta tercera etapa dos momentos: en primer lugar el denominado *reingreso temprano*, y luego del mismo, el *reingreso tardío*.

Una vez que el residente cumpla los objetivos planteados durante su residencia en la misma se lo entrenará para su *reinserción* en la sociedad, es decir, que salga a buscar trabajo, a estudiar, etc.

En el reingreso temprano, el paciente proporciona una especie de liderazgo ante sus compañeros. Es tomado como ejemplo para los recién llegados pues actúa con compromiso y responsabilidad en la comunidad terapéutica. Su apertura en los grupos marca un crecimiento personal importante y que es transmitido también en el intercambio con sus compañeros y en las tareas que se le asignan (Goti, 1990).

Al paciente se le proporciona la ayuda necesaria para su reinserción a la sociedad. Depende la situación particular del paciente, se lo estimula a continuar con sus estudios (que en su mayoría fueron interrumpidos) o a buscar trabajo. En el caso de que el objetivo sea trabajar, se le ayuda a la construcción del curriculum vitae y se lo prepara en la búsqueda laboral.

A pesar del crecimiento logrado por el residente se lo limita en ciertas cosas, para que vaya de a poco sin apresurarse ni recaer. Es muy común en esta etapa que el paciente debido a su progreso considere que ya no requiere de más tratamiento y lo abandone, por lo que el seguimiento del mismo debe ser muy cuidadoso (De León, 2004).

Cuando el equipo de trabajo lo considere pasará a la fase tardía de reingreso en la cual el sujeto ya no vivirá en la institución pero deberá asistir a las actividades de la misma. Esta etapa también tiene sus objetivos hasta la graduación del paciente, y su seguimiento. Se trata de brindarle la contención necesaria al paciente y la ayuda para lograr la reinserción a la sociedad.

El paciente en esta etapa del tratamiento, cuenta con una red social más extensa, o al menos es lo deseable. Se encuentra en adaptación a una nueva vida, lejos de la comunidad terapéutica pero con cada vez más responsabilidades.

El paciente se enfrenta a sí mismo y a la calle para poner en práctica lo adquirido durante su estancia en la comunidad.

Es admirado por los residentes, se transforma en un ejemplo a seguir y esa responsabilidad forma parte de su tratamiento implícitamente.

Dentro de los grupos, se trabajan las dificultades que se presentan en los pacientes en el afuera, y aún se sigue trabajando con las familias de los pacientes quienes siguen aprendiendo continuamente junto a ellos en cada etapa.

1.5.4.3.4. Etapa final

Una vez finalizadas las etapas mencionadas y que el equipo terapéutico lo decida, el paciente va a llegar a la culminación de su tratamiento. Por lo general se estipula un tratamiento entre 18 y 24 meses (De Leon, 2004).

Goti (1990) señala que posterior a esto se realiza la graduación del paciente de la Comunidad Terapéutica, y con ello la finalización del tratamiento, con una ceremonia homenajando al esfuerzo, la dedicación y la fuerza de voluntad de aquel paciente que eligió vencer su adicción y reinsertarse en la sociedad de una manera más sana y más responsable.

1.5.4.4. Comunidad Terapéutica observada.

La comunidad terapéutica observada cuenta con un equipo de profesionales y ex adictos que trabajan para lograr una mejor calidad de vida en adictos en recuperación, ayudándolos además en su reinsertión en la sociedad.

El tratamiento en la Comunidad Terapéutica, se puede describir en fases. En primer lugar existe la admisión a la comunidad, momento de motivación al paciente, ya que se trata del primer contacto del mismo con la institución. La entrevista de admisión es realizada por un profesional y/o graduado del programa. Oscila alrededor de los 40 minutos y en el mismo se realiza en primer lugar una presentación del sujeto que debe ir acompañado por un familiar. Se evalúa la motivación del paciente por acudir al tratamiento y el grado de acompañamiento o apoyo brindado por su familia. Se le presenta al paciente la modalidad de la institución según el programa que le sea indicado. Se le explica las reglas y

normas para ser admitido en la misma. Se extraen datos para la construcción de la historia clínica del paciente y se determina el tratamiento a seguir. Se realizan entrevistas psiquiátricas y médicas que cuentan con análisis diversos, uno de los más comunes en estos casos es el de HIV.

El tratamiento que se brinda cuenta con la Internación en la Comunidad Terapéutica, que incluye una etapa o período de inducción, una etapa estática y una tercera etapa Residencial. Luego continúa con un Tratamiento Ambulatorio, y cuando se considere al paciente preparado el mismo pasará a una fase final en la cual se le hace un seguimiento, y dicho sujeto debe asistir cada 6 meses a la Comunidad.

Posee normas de admisión y permanencia que el paciente debe cumplir para seguir en el mismo. Se trabaja con reuniones de grupos: de inicio, de cierre, de sentimientos, y según la etapa en que se encuentre en el tratamiento va a asistir a grupos de inducción, estáticos, residenciales o ambulatorios. También se trabaja en grupos con la familia del paciente, y con los amigos (la red que se le ayudará a construir durante el tratamiento). Se ayuda no solo al paciente sino también al entorno del mismo, para que sepan cómo actuar, como ayudarlo en cada etapa, pues se trata de un aprendizaje para toda la familia ya que el cambio será radical.

1.5.5. Reinserción Social

La reinserción social que se pretende lograr en un paciente que ingresa a la comunidad, empieza a trabajarse desde el primer día. Al paciente se lo va a re educar para poder reinsertarse socialmente, y ese proceso de reinserción comienza desde su ingreso en la institución. A partir de la adquisición de determinadas herramientas como la socialización, el respeto, la norma, se va conformando un sujeto con la capacidad de adaptarse al medio (primero a la comunidad, luego a un trabajo, a una vida afuera). La reinserción social, por fuera de la comunidad, necesitará de cuatro aspectos según lo mencionan López Garcia y Perez Bailón (2005): la independencia económica (cuando el sujeto ya se encuentra en condiciones de trabajar), el poder de administrar sus propios recursos, su autonomía o independencia personal y el hecho

de construir su propio hogar. Dentro del tratamiento en la Comunidad Terapéutica se busca entonces, no solo lograr la abstinencia del paciente, sino también poder mejorar su calidad de vida a partir de la educación y adquisición de habilidades sociales.

1.5.6. Habilidades Sociales

Las habilidades sociales refieren a la destreza de un sujeto en cuanto al manejo positivo de las relaciones interpersonales, expresando durante las mismas sus ideas, sentimientos, pensamientos de forma adecuada al contexto y situación, resolviendo posibles problemas y sin olvidar el respeto a las conductas del otro (Caballo, 1993).

Caballo (1993) cita a Lazarus como el autor que distinguió cuatro clases de respuestas que abarcaban las habilidades sociales: la capacidad de decir que no, la capacidad de pedir cosas o favores, la capacidad de expresar sentimientos y la capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Es importante que los individuos posean habilidades sociales para desenvolverse asertivamente en sociedad. En caso de poseer algún tipo de déficit en ciertas habilidades lo ideal sería entrenar al sujeto para adquirirlas. Luego se espera generalizar esa habilidad aprendida, es decir, poder aplicarla a las situaciones cotidianas.

1.5.6.1. Importancia del entrenamiento en habilidades sociales

El aprendizaje de las habilidades sociales va a realizarse mediante el entrenamiento de las mismas, para generalizar ese aprendizaje luego en una situación real. Se distingue a la generalización desde tres aspectos: la generalización en el tiempo, la generalización de un contexto a otro y la generalización de una situación interpersonal a otra. Estos tres aspectos se refieren a que ese aprendizaje de habilidades sociales debe perdurar en el tiempo y no solo lo que dure esa enseñanza, que debe poder trasladarse, es decir no solo saber utilizarla en el lugar donde se aprendió sino en otros lugares que sea necesario la utilización de la misma, poder practicar lo aprendido en otros ámbitos, y lo mismo respecto a

la situación, para saber adecuarse a cada situación sabiendo de qué manera desarrollar la habilidad aprendida, adaptándose a las situaciones, a las personas según quien sean y su rol. (Orviz Garcia & Lema Bartolomé, 2000).

Para realizar tal entrenamiento se debe tener en cuenta al sujeto individual por sobre todas las cosas. Se debe evaluar al individuo y determinar qué es lo que se debe trabajar con él y cuáles serían los objetivos a plantear. Por lo general este tipo de entrenamiento se realiza en grupo, por eso se aclara que debe evaluarse a cada sujeto en particular con sus fortalezas y debilidades. El hecho de trabajar el entrenamiento en grupo ya constituye el entrenamiento de esta habilidad, de trabajar junto a otros, el grupo es un buen entrenamiento. Las interacciones con los otros, las conductas aprendidas aplicadas y las que se realizan como tarea fuera del grupo resultan ser entrenamientos tan efectivos que suelen así perdurar en el tiempo (Orviz Garcia & Lema Bartolomé, 2000).

1.5.6.2. La falta de habilidades sociales asociada a las adicciones

Se han realizado distintas investigaciones al considerar que las personas con algún tipo de adicción poseen grandes déficit en habilidades sociales, y la conducta adictiva aparece por la dificultad que poseen para enfrentarse a una situación con asertividad. Distintos investigadores trabajaron con una muestra de tres grupos: adolescentes, universitarios y alcohólicos en recuperación. A los mismos se les aplicaron técnicas para determinar el manejo y desarrollo de habilidades sociales. Los resultados demostraron que los alcohólicos en recuperación quedaban bastante alejados de los otros dos grupos respondiendo a los criterios analizados, es decir que los mismos poseían mayores dificultades en cuanto a habilidades sociales, ya que poseen muchos pensamientos negativos, de desvalorización a ellos mismos, lo que no les permite enfrentarse a determinadas situaciones y salir airosos de las mismas. (Anguiano Serrano, Vega Valero, Nava Quiroz & Soria Trujano, 2010).

Los alcohólicos en recuperación marcaron una tendencia que implicó el hecho de sentir más temor y preocupación ante situaciones sociales tales como temor a pedir cosas, a recibir expresiones de sentimientos, a pedir o recibir cumplidos, o a ser evaluado negativamente por otros.

Las diferencias entre los tres grupos acerca de los resultados obtenidos no demuestra falta de habilidades sociales, sino más bien se trata de reflejar una tendencia a tener en cuenta para entrenar las habilidades sociales, para poder así prevenir en este caso las adicciones.

1.5.6.3. Habilidades Sociales en el Tratamiento de Adicciones

Las habilidades sociales que se trabajan durante el tratamiento son las herramientas que ayudaran al paciente a manejarse en la sociedad, tales como comunicatividad, la socialización, control de impulsos y emociones, identificación de sentimientos, responsabilidad, solidaridad entre otras. Cada residente cumple diferentes roles en la comunidad que aumentan junto con su responsabilidad y progreso en el tratamiento. A su vez son quienes enseñan con el ejemplo a los residentes más nuevos, es decir, tienen un cargo social relevante en la comunidad: la presión de ser un buen ejemplo del recién llegado. A medida que avanzan en el tratamiento se les asignan nuevos roles, y nuevas responsabilidades (De Leon, 2004).

Cuando se advierte en el tratamiento que existe carencia de habilidades sociales en los pacientes, el entrenamiento de las mismas aparece como imprescindible. Un buen manejo de habilidades sociales resulta como estrategia fundamental en el futuro para la prevención de recaídas (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

En los adictos a las drogas suele verse con frecuencia la dificultad que poseen para controlar su propia ira y agresividad. Suelen perder la paciencia con facilidad, y estas emociones negativas los impulsan al consumo. En los adictos en recuperación estas emociones aparecen como potencialmente peligrosas por las recaídas. Lo que se intenta con ellos es trabajar el control de sus impulsos, cambiar la forma de resolver sus problemas. A partir del entrenamiento en habilidades, enseñando distintas estrategias de afrontamiento, se intentará evitar fracasos futuros. El hecho de adquirir habilidades sociales, creará en el paciente más confianza para manejarse en sociedad, contando con más herramientas para manejar

las situaciones que se le presenten, teniendo más posibilidades de ese modo de evitar las recaídas, o en caso que sucedan, poder enfrentarlas sin sentirse un fracasado (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

El paciente debe adquirir habilidades sociales para, entre otras cosas, poder formar su red social. El paciente, cuando el equipo terapéutico lo considere adecuado, comenzará a realizar alguna actividad para lograr los objetivos del tratamiento. Durante la actividad se pondrá en contacto con otros sujetos de su edad *sanos*. Los mismos, serán invitados por el paciente a asistir a reuniones de amigos (red) y de esta forma, y bajo supervisión del equipo terapéutico, el paciente comenzará a formar su red social lejos de las drogas.

1.5.7. Red Social

La red social puede asemejarse con una especie de mapa que grafica las relaciones significativas de un sujeto. Estas relaciones para el individuo lo moldean de tal forma que se podría decir que a través de las mismas el sujeto construye su propia identidad. Sluzki (1998) distingue dentro de la red de cada sujeto, cuatro áreas a las que prefirió llamar *cuadrantes*. Las mismas son: Familia, amistades, relaciones laborales y relaciones comunitarias. Además, sobre estas áreas, a la vez aparecen otras a saber, tales como: relaciones íntimas, relaciones personales con menor grado de compromiso y los conocidos o relaciones ocasionales.

La red social no es estática, ya que los integrantes de la misma pueden pasar por distintas áreas de importancia para el sujeto dependiendo del momento que el mismo esté atravesando. Para definir la fronteras de la red de un sujeto, se le hacen al mismo una serie de preguntas que destinen a cada persona en un cuadrante y su área correspondiente (Sluzki, 1998).

La red social en sí misma tiene características estructurales, características acerca de las funciones que tiene la red y sus integrantes, y las características ligadas a los atributos de esos vínculos (Sluzki, 1998). De esta manera se entiende que las redes sociales son todas diferentes entre sí, aunque los integrantes de las mismas puedan repetirse, pues no van a encontrarse en el mismo lugar para un sujeto que para otro, y a la vez los vínculos se desarrollaran de maneras diferentes entre sí, justamente por la diferencia que poseen entre sí los seres humanos.

1.5.7.1. Características de la red social

La red social, como ya fue mencionado, posee características relacionadas con la estructura o propiedades de la red. Las mismas son las siguientes: el tamaño de la red o la cantidad de personas que se encuentran en ella, la distribución de los miembros, la distancia geográfica de los miembros entre sí, la conexión entre ellos, la homogeneidad o heterogeneidad sociocultural, el compromiso en el vínculo y las funciones que cumple cada vínculo y el conjunto del mismo.

Entre los miembros de la red social se dan intercambios constantemente, es decir, los vínculos entre los sujetos. Esos vínculos, a su vez están jugando un rol en particular, y eso se define como lo que Sluzki (1998) llamó las funciones de la red. Los miembros de la red de un sujeto pueden cumplir más de una función en dicha red. Las funciones mencionadas son: la compañía social (el compartir momentos, o una rutina o actividad), apoyo emocional (refiere a las relaciones más profundas, más íntimas, las que brindan apoyo, empatía, comprensión), guía cognitiva (compartir información, interacciones, consejos), Control social (relaciones que recuerdan responsabilidades, ubican en un rol determinado que no se aleje del buen comportamiento y las buenas costumbres), ayuda material (vínculos profesionales o que brinden algún tipo de ayuda respecto a la salud), acceso a nuevos contactos (vínculos que nos conecten con otros sujetos).

Como ya quedó comprendido, cada vínculo o interacción dentro de la red puede ser definido o analizado en función de sus atributos, los mismos se refieren a: las funciones prevalecientes (el vínculo dominante), la multidimensionalidad (cuantas de

las funciones cumple tal persona de la red), la reciprocidad (si uno cumple la misma función que el otro cumple para él), el compromiso de la relación, la frecuencia de los contactos y la historia de la relación.

1.5.7.2. Redes Sociales en adicciones

Las redes sociales influyen en la conducta de los sujetos en mayor o menor medida dependiendo de diversos factores como las habilidades sociales que los mismos posean. Las personas adictas a las drogas poseen una red de tamaño menor que la personas sin adicción, según diversos estudios, y son influidas en muchos aspectos por esta red, compuesta en la mayoría de los casos por familiares o/y pares con el mismo problema de adicción y otras personas con trastornos psiquiátricos. Los estudios realizados acerca de esta temática hacen hincapié en la red social de un sujeto como factor de riesgo para el ingreso al mundo de las drogas. A la vez se estima que una red "sana" es un factor de suma importancia para el acompañamiento y recuperación del adicto durante y luego del tratamiento (Galván, Guadalupe & Hernández, 2008).

Durante el tratamiento, se producirán cambios en el residente, si el mismo cuenta con el apoyo de su familia, entonces el proceso será más efectivo. En la Comunidad Terapéutica existen distintos espacios que sirven para hacer participar en el proceso de recuperación del paciente a su familia. Se les da información acerca de los valores y acerca del trabajo que se está realizando con su ser querido, y de esta manera integrarlo para que aprenda también a manejarse en esta nueva etapa (Goti, 1990).

La familia del adicto por lo general es disfuncional y las relaciones entre sus miembros suelen ser conflictivas y de comunicación escasa o nula (Galván, Guadalupe & Hernández, 2008). En la misma ocurren conflictos, peleas, rutina, críticas, represión y aburrimiento, que llevarían al sujeto adicto a querer salir de ese espacio para encontrarse con la libertad, igualdad, aventura, emoción, unión, identidad que encuentra con su grupo de pares (adictos). Se trata de

contener a las familias del ahora paciente de la comunidad y enseñarles de alguna manera a enfrentarse a su nueva realidad, su hijo adicto en recuperación y cómo manejar dicha situación (Puentes, 2005). Además, las investigaciones realizadas demuestran que un sujeto adicto con una red social estable, es más probable que decida buscar ayuda para tratar su adicción, y en caso de encontrarse en tratamiento, una red que lo apoye y lo contenga le aporta una mayor motivación por continuar en el mismo (Galván, Guadalupe & Hernández, 2008). Una red significativa, por lo general, genera resultados positivos para el tratamiento de un paciente adicto, aunque siempre existen excepciones o efectos opuestos, en casos en que el apoyo se torna negativo para el paciente impidiendo que el tratamiento siga su curso como es esperable.

2. Metodología

2.1. Tipo de Estudio:

Se trató de un estudio descriptivo. Seguimiento de un caso.

2.2. Participantes

Se trabajó sobre el caso clínico del paciente M de 36 años que ingresó a la Comunidad Terapéutica con un diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias- Dependencia alcohólica y dependencia de estupefacientes.

Se trabajó con la red social que construyó M durante su tratamiento, y también con la familia del mismo, Principalmente S de 56 años que asiste a las reuniones de padres, y su hermana N de 32 años que asiste a las reuniones de hermanos.

2.3. Instrumentos

Observación no participante y registro de las observaciones en los distintos grupos a los que participa M.

Observación no participante y registro de las observaciones en el grupo de hermanos y el grupo de padres en el que participa la familia de M.

Historia Clínica de M. A partir de la misma se tuvo acceso a los informes médicos de M, los informes semanales y mensuales realizados por los psicólogos y operadores terapéuticos de la institución, los informes acerca de las salidas de la comunidad, su historia personal y familiar.

Entrevista con operadores terapéuticos y psicólogos, en las cuales se indagó acerca de los objetivos cumplidos durante las fases del tratamiento realizado, las habilidades sociales que fue incorporando y principalmente acerca de cómo se trabajó la reinserción social del paciente.

Entrevista con M. Las entrevistas hicieron foco en su red social antes de ingresar a la comunidad terapéutica y la red que construyó luego. También se indagó acerca del vínculo con los compañeros de la comunidad, acerca del cambio de fase y los objetivos cumplidos, y acerca de la reinserción laboral.

2.4. Procedimiento

En primer lugar se realizó la observación de los grupos a los que M asistía, los días martes y jueves, cuya duración oscilaba alrededor de los 40 minutos. Se realizó un registro del comportamiento del paciente para así recolectar la información necesaria para llevar a cabo los objetivos planteados.

A la par, se realizaba la observación de los grupos de padres, amigos y hermanos una vez a la semana, los días miércoles. Se participó en los tres grupos (padres - hermanos - red) y se realizó un registro de los mismos. También se utilizaron los registros anteriores (desde que empezaron a asistir a los grupos) para dar cuenta del proceso.

Se procedió entonces a conocer la Historia Clínica del paciente. Fue utilizada para dar cuenta de cómo fue realizada la admisión del mismo a la Comunidad Terapéutica, conocer sus antecedentes personales, familiares y judiciales, utilizar los informes de salida del paciente como material para dar cuenta de la formación de la red social de M, y los informes semanales y mensuales para responder a los objetivos planteados referidos a habilidades sociales y reinserción social.

Se acudió una vez por semana a la Historia Clínica para encontrar de esa forma los informes semanales correspondientes realizados por los psicólogos y operadores terapéuticos de M para actualizar la información recolectada.

Más adelante se realizaron entrevistas semanales, a cargo de la pasante residente, con los operadores terapéuticos y psicólogos, quienes trabajaron con M durante su tratamiento en la comunidad, para complementar con la información detallada en los informes e indagar lo que no fue impreso en los mismos.

Por último se realizaron entrevistas semi-estructuradas, también realizadas por la pasante residente estudiante de Psicología, con M para recolectar datos relacionados con su red social, vínculos con sus compañeros, objetivos cumplidos en cada etapa del tratamiento y acerca de su reinserción laboral.

3. Desarrollo

3.1. Presentación del Caso

Se realizará una presentación del caso M, para dar cuenta del desarrollo en el planteo posterior de los objetivos específicos planteados. Es necesario aclarar que el nombre del paciente del caso es ficticio para reservar la identidad del mismo.

M comenzó a consumir a los 13 años. Bebía cerveza y vino todos los días y las mezclaba con pastillas o cocaína. Esta última la consumió diariamente entre los 15 y 22 años. También consumía marihuana pero con menor frecuencia. M ingresó a la Comunidad Terapéutica por iniciativa propia. Sentía que había “tocado fondo” y que por su alto grado de implicancia en las drogas iba a terminar preso o muerto.

Se le realizó, como es usual, una entrevista de admisión. En la misma se construye un diagnóstico presuntivo del sujeto y se establecen los pasos del tratamiento a seguir y su modalidad. A M le correspondió el diagnóstico, según el DSM IV (A.P.A., 1994), de Trastorno relacionado con sustancias - dependencia alcohólica y dependencia de estupefacientes.

Se decide trabajar con él bajo la modalidad de Internación en Comunidad Terapéutica. Debiendo pasar por las distintas etapas planteadas por De León (2004) : inducción, etapa primaria y reingreso.

Dentro de la Comunidad Terapéutica se diseña un plan terapéutico para cada paciente en particular, en el caso de M los objetivos eran los siguientes: desintoxicación, deshabitación, internación en comunidad terapéutica, reinserción social. Los objetivos de tal modalidad apuntan a lograr los siguientes objetivos:

- Abandono del consumo y de los vínculos relacionados con las drogas
- Elaborar pautas de cuidado y de toma de conciencia de la enfermedad

- Trabajar la problemática familiar, social e individual
- Trabajar la problemática laboral y/o educativa.

Principalmente los últimos dos objetivos están relacionados directamente con la reinserción social, que se empieza a trabajar en el paciente desde el ingreso a la comunidad.

3.2. Descripción de las etapas de la reinserción social del paciente en las distintas fases del tratamiento.

Tal como fue recolectado en la historia clínica, la primera parte del tratamiento de M fue realizado como internación en Comunidad Terapéutica. Durante el mismo, M debió hacer un cambio radical en su vida para poder adaptarse a su funcionamiento.

La internación en la Comunidad Terapéutica consta de reglas que sus residentes deben cumplir para lograr la convivencia, al igual que se le otorgan cada vez más responsabilidades. La Comunidad Terapéutica, es urbana y mixta, es decir, como expresaba De León (2004), era dirigida por profesionales y ex adictos, cuya mezcla de experiencia y estudio se torna muy beneficiosa para todos los integrantes de la misma.

Según el formato de las Comunidades Terapéuticas detalladas por De Leon (2004), en primera instancia M debió pasar por la primera etapa de inducción .En principio debió cambiar su apariencia física: cortarse el cabello, afeitarse, vestirse de modo diferente, y con ello debió a la vez cambiar su forma de expresarse, su léxico. M refirió durante la entrevista que le costó reconocerse a sí mismo en este primer cambio. Respecto a lo anterior, Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe (2002) desarrollaron la idea de *cambio* como esencial en esta primera etapa, ya que el objetivo radica en reeducar al paciente, que el mismo adquiera costumbres y actitudes para aplicar dentro y fuera de la Comunidad.

El paciente debió adaptarse a reglas y horarios, costumbres de la comunidad, a la convivencia con otros compañeros, a recibir órdenes y obedecerlas, y asistir a los grupos coordinados por los operadores terapéuticos o los psicólogos según correspondiera. Además, a los residentes se les enseña otras formas de pedir las cosas, se les ayuda a adquirir las habilidades sociales de las que carecían y se los acompaña en un proceso tendiente a lograr un crecimiento personal con el apoyo del grupo. Los compañeros son un eslabón fundamental para el tratamiento (De León, 2004), porque aunque se encuentren en distintas etapas del mismo, tienen el mismo fin, por lo que entienden que se necesitan mutuamente: deben ayudarse, y eso genera un aprendizaje acerca del trabajo en grupo. Además se trata de una primera etapa en la que el paciente tiene escaso contacto con su familia, por lo que necesita del apoyo y contención de sus pares.

A partir de la observación no participante de los grupos, se pudo afirmar que a medida que transcurría el tiempo, al residente se le otorgaban nuevas responsabilidades, y de un compromiso cada vez mayor. Esto es señalado por De León (2004), ya que sostenía que el tiempo en el tratamiento otorgaba cierto status en el mismo, es decir, una jerarquía dentro de la comunidad para los mismos residentes, por eso dividía esa etapa en tres momentos, y cada uno de ellos demostraba un crecimiento personal y un manejo de la responsabilidad cada vez mayor.

A la vez, durante la observación participante de los grupos, y las entrevistas con psicólogos, se notó el mensaje que se les intentaba transmitir: se les enseñaba el respeto por el otro y compartir alegrías personales y ajenas, expresar y registrar sentimientos entre otras habilidades.

Uno de los psicólogos del Staff relató que M fue adquiriendo cada vez más responsabilidades, hasta que se le permitió realizar su primera salida: el fin de semana en casa de su madre y hermanos. M comentaba que a pesar de sus nervios ante esa situación y los nervios que entendía que podía tener su familia, las cosas resultaron bien, aunque a la vez asumió que no podía reconocer aquella como su propia casa. Esta primer salida correspondería a la segunda fase del tratamiento denominada Etapa primaria (De León, 2004).

Luego de esa primera salida, cada fin de semana M se quedaba en su casa, y de a poco iba acostumbrándose a estar en ella. A su madre, tal como la misma lo relataba durante los grupos, también le costaba acostumbrarse a vivir con M, su hijo en proceso de cambio, cuestión que no resultaba fácil para ninguno de los integrantes de la familia. Por eso resulta importante que la Comunidad Terapéutica brinde contención a las familias y no solo al paciente en recuperación, ya que las mismas necesitan contar con ese apoyo que les ayude y enseñe a tratar a su hijo (De Leon, 2004). La madre de M, S, asistía a las reuniones de padres en la Comunidad, y eso le ayudaba a lidiar con el carácter de su hijo y sus malhumores.

Debido al progreso de M, considerado por operadores y psicólogos, se decidió otorgarle fecha laboral, es decir, que M ya estaba capacitado para buscar trabajo.

Goti (1990) consideraba que la decisión del cambio de fase está relacionada con un crecimiento personal del paciente, transmitido en los grupos, a sus compañeros, y en sus comportamientos dentro y fuera de la Comunidad. Según los psicólogos de la Comunidad y M mismo, él tenía a su favor un curriculum muy completo y extenso, ya que siempre fue muy trabajador, y esto representó una gran ventaja. Luego de tres meses de búsqueda consiguió trabajo como repositor de un supermercado. Le llevó ese tiempo por la dificultad respecto a los horarios, ya que M, como todos los residentes, debía respetar los horarios de los grupos para continuar asistiendo a los mismos, por lo que debía adaptar el horario laboral a ello y no siempre resulta fácil en la búsqueda.

De lo observado en las reuniones de staff, se registró que las mismas se realizaban una vez por semana y en ellas se decidían distintas cuestiones respecto a los pacientes: las salidas de fines de semana, los cambios de fase, y demás cuestiones particulares de cada uno. Tal como relataron operadores y psicólogos, durante una de las reuniones se decidió el destino de M, hacia la fase ambulatoria. En esta fase se consideraba que el paciente se encontraba en condiciones de vivir en su casa y no solo ir a dormir los fines de semana. De igual manera, el residente debía asistir dos veces por

semana a los grupos terapéuticos como parte del tratamiento ambulatorio. De León (2004) refiere a esta etapa como Reingreso tardío.

M relató durante la entrevista, que vivió este cambio de fase como un gran progreso personal y con mucha alegría, pero que sin embargo, cuando llegó la fecha tuvo una crisis en la que lloró mucho y manifestó no querer irse. Explicó que creía tener miedo de perder la contención que allí había encontrado y que tanto lo ayudó a modificar su estilo de vida. Luego de charlas con los psicólogos en las que se le hizo entender la importancia del cambio de fase, de su progreso en el tratamiento y el desafío que significaba volver a su hogar, M pudo entender y partió hacia el mismo.

Durante los grupos, M, trabajaba sus limitaciones y dificultades fuera de la comunidad. En su caso particular, su intolerancia en situaciones que no dependían de él (por ejemplo, en un paro de trenes), y su dificultad para expresar sentimientos. Goti (1990) sostenía la importancia en las familias de estos pacientes, de que sigan asistiendo a los grupos, ya que el aprendizaje es continuo para ellos y sus hijos, y es un camino que deben transitar juntos apoyándose uno en el otro.

Sería correcto mencionar que M contaba con los 4 aspectos mencionados por López García y Perez Bailón (2005) que son requisitos para lograr la reinserción social: M contaba con independencia económica luego de haber conseguido el empleo de repositor de supermercado, contaba con el poder de administrar sus propios recursos (abierto a los consejos del staff de la comunidad), su autonomía o independencia personal (que fue creciendo a medida que fue superando etapas en la Comunidad y superando obstáculos en su vida, logrando un mayor crecimiento personal), y el hecho de construir su propio hogar (a lo que se incentiva mucho durante el tratamiento). En el caso de M, el mismo volvió a vivir a la casa de su madre y hermanos menores, lo que no significaba que no exista aquella construcción de su propio hogar, ya que el objetivo final era lograr su propio espacio, y el hecho de que sea compartido con su madre resultaba de gran importancia ya que la misma se encontraba acompañando a su hijo y a la vez observándolo, para así dar cuenta de su evolución o no

en los grupos de padres. De esta manera, se trataba de seguir ayudando a M junto con el equipo de la Comunidad Terapéutica, porque el paciente podría sentir que ya no necesita ayuda al verse tan bien en su evolución, y podría abandonar el tratamiento (Goti, 1990).

3.3. Descripción de las habilidades sociales adquiridas durante el tratamiento.

En toda Comunidad Terapéutica en adicciones se intenta brindar a los pacientes las herramientas necesarias para poder manejarse socialmente (De León, 2004).

M debió incorporar habilidades sociales básicas durante la internación. Las más destacadas por los psicólogos en las entrevistas y por M mismo, fueron entre otras aprender a *escuchar*. Le costaba mucho escuchar a sus compañeros, hablaba de cosas superficiales, de anécdotas personales. Hablaba mucho de sí mismo sin profundidad, sin recabar sobre lo importante y no dejando participar a los demás. El staff, los operadores y psicólogos de la comunidad, trabajaron para la incorporación de ésta habilidad especialmente en los grupos. En los mismos se le indicaban tareas tales como escribir para el próximo grupo lo relatado por sus compañeros. Según Orviz Garcia y Lema Bartolomé (2000), los entrenamientos en grupo son los más efectivos, ya que se entrena dentro de ellos, es decir en la interacción con sus pares, se aplican las conductas aprendidas y de esa forma se espera que las mismas perduren en el tiempo. Trabajar con otros requiere entrenar tal habilidad, por lo que constituye un buen ejercicio. Además de la perduración en el tiempo, lo que se busca en el entrenamiento de las habilidades sociales, como ya fue mencionado, es el poder trasladarse de situación en situación según el momento que atravesase el sujeto. Esto refiere por ejemplo a que M al lograr controlar su ansiedad durante los grupos y entrenarse para lograrlo, luego debe poder controlar su ansiedad en otras situaciones sociales ajenas a la Comunidad Terapéutica, por ejemplo en una discusión con sus hermanos, o en la parada del colectivo luego de media hora de esperarlo.

M debía incorporar actitudes tales como aprender a ponerse límites como también debía incorporar los valores básicos de la comunidad tal como mencionaba Goti (2000), es decir, trabajar el *amor responsable*, el hecho de no crear alianzas con sus compañeros, ser honesto con sí mismo y los demás. Según los psicólogos del staff, por momentos demostraba una actitud totalmente negativa, se encontraba encerrado en sí mismo, demostrando dificultades para comprender las consignas y las normas que le eran transmitidas.

Ya encontrándose en la etapa siguiente, Tratamiento primario para De León (2004), era denominada *estática*, van a trabajarse distintos temas con el paciente respecto a su comportamiento y actitudes. Pero este momento en el tratamiento de M coincidió con las fiestas de fin de año. Navidad y Año Nuevo son fiestas que requieren una preparación especial por parte de todos los pacientes en general. Luego de la observación de los grupos previos a las fiestas, y de la Historia Clínica del paciente, podía comprenderse que tal preparación tenía la finalidad de sobrellevar dos situaciones de riesgo: En primer lugar la organización y planeamiento de las fiestas en cada caso particular, en segundo lugar el mantenimiento y profundización de los comportamientos y conductas enseñadas en la comunidad terapéutica. El mes de Diciembre resultaba muy movilizante para los pacientes y sus familias, y de no prestar atención y no seguir las reglas planteadas para ese día, resultaba probable y cercana la recaída.

Luego de las fiestas, los primeros meses del año siguiente, se preparó a M para su salida laboral. Según De León (2004) M estaría ingresando a la siguiente etapa del tratamiento: el Reingreso temprano. Ya en la etapa residencial, el equipo de la Comunidad Terapéutica notaba que si bien Manuel avanzaba en su tratamiento, tal evolución era bastante lenta.

Se trabajó en esta etapa su impulsividad, la cual le costaba manejar cotidianamente. Esto, no solo pudo observarse durante su actitud en los grupos, sino también en las entrevistas con los psicólogos, y por sobre todo en la entrevista con el mismo M quien se hizo cargo de sus problemas de ansiedad e impulsividad. A partir de ejemplos en el trabajo, la calle y en la comunidad con sus compañeros, se intentaba lograr que M aprenda a controlar aquellos impulsos. Se trabajó con

sus frustraciones, y con los recursos que contaba para hacerles frente. Luego de la observación del trabajo en los grupos, se pudo afirmar q la herramienta que más utilizaban para ello era la exposición del paciente: el hecho de que el paciente hablara con sus compañeros profundamente de lo que le pasaba, escuchando consejos de sus pares y conociendo otros puntos de vista para actuar. En el caso de M tal intervención funcionaba con un doble beneficio, ya que no solo trabajaba el tema que él deseaba compartir en el grupo si no que a la vez se trabajaba su falta de escucha a los demás.

Es importante destacar que M dentro de la Comunidad Terapéutica tenía terapia individual. En la entrevista realizada con su psicólogo, el mismo relataba las dificultades de M para expresar sus sentimientos, para controlar su ansiedad, y el hecho de ser sumamente estructurado, lo cual lo desorganizaba ante lo imprevisto. Su psicólogo trabajaba con él estos temas, a través de distintas técnicas, como simulación de situaciones. Si bien le costaba realizar tal ejercicio, el hecho de llevarlo a la práctica en situaciones de la vida real resultaba aún más complicado. El psicólogo de M en la entrevista realizada, relataba que M se sintió motivado con la terapia individual, y el enganche tuvo que ver con la música, tal estrategia utilizada por el terapeuta, lo relajaba y lo predisponía mejor para hablar.

Tal como las investigaciones desarrolladas en el marco teórico lo analizaron (Anguiano Serrano, Vega Valero, Nava Quiroz & Soria Trujano, 2010), se reflejó una tendencia en los alcohólicos en recuperación respecto a que los mismos poseen mayor temor o dificultad en situaciones sociales (a recibir cumplidos, expresar sentimientos, ser evaluado negativamente, etc). M, en este caso, y tal como se pudo recolectar de los antecedentes de su historia clínica, presentaba adicción al alcohol y a drogas tales como marihuana y cocaína. Como al igual que los participantes de la investigación que se encuentran en recuperación, la hipótesis que la misma plantea y confirma, resulta afirmativa también en este caso. Justamente el alcohólico, para la Organización Mundial de la Salud, presenta un deterioro de sus relaciones interpersonales, pero a pesar de ello no puede dejar de beber. Además, el alcohol produce deterioro de la memoria y dificultad en el control de los impulsos y en la toma de decisiones (Genetic Science Learning Center , 1969), y aunque M

no consumía actualmente tal sustancia, las secuelas son inevitables por las consecuencias a largo plazo, aunque las mismas dependen del tiempo y grado de consumo.

Con su pase a la fase ambulatoria, o Re-ingreso tardío (De León, 2004) se buscó principalmente fortalecer las herramientas comunitarias. M en su entrevista confirmó lo que los psicólogos del staff también relataron, respecto a su falta de compromiso emocional, lo que se determinó como fuente de sus dificultades para la expresión de sus sentimientos hacia los demás. Por lo tanto se intentó que siga participando de los grupos de sentimientos que no solían asistir los pacientes de tratamiento ambulatorio, pero era considerado una opción viable para agregar al tratamiento.

Tal como mencionaba De León (2004) existen distintas reuniones de grupos para los residentes, algunas comunes a todas las Comunidades Terapéuticas como los grupos matutinos, generales, de casa o seminarios, y que no lo son. Los grupos de sentimientos por ejemplo, son implementados en esta comunidad y en otras instituciones. Se trata de espacios semanales para que los pacientes se enfrenten cara a cara con sus compañeros y puedan expresar lo que sintieron esa semana a causa de una actitud –buena o mala– de uno o más de ellos. Luego de la participación en tales grupos y las entrevistas con el psicólogo que las coordina, se entendió que la idea era que en primer lugar los pacientes aprendan a registrar sentimientos tales como: ira, enojo, tristeza, impotencia, alegría, desconfianza, entre otros. En segundo lugar aprendan a controlar aquel sentimiento para que no se transforme en un impulso y sea transmitido negativamente generando un mal clima o una discusión innecesaria. Por último se enseña a respetarse a si mismo aquel sentimiento registrado para asegurarse que sea el correcto, es decir, para no confundir enojo con tristeza por ejemplo, y además poder expresar tal sentimiento en el momento adecuado, o sea, en el grupo de sentimientos.

3.4. Comparación entre la red social con la que contaba el paciente al llegar a la Comunidad Terapéutica y la red con la que cuenta actualmente en la fase ambulatoria

De la historia clínica se pudo extraer que M es el segundo de cuatro hermanos. Sus padres están separados. Luego que su madre lo eche de su casa M se fue a vivir solo.

Su padre era alcohólico al igual que su abuelo. M vivió un tiempo con ellos. Se podría hablar de una predisposición biológica (NIDA, 2011) genética. Sumado también a otras predisposiciones como el contexto debido a la separación de sus padres, el hecho de ver a su padre alcoholizado en diversas circunstancias y la etapa por la que atravesaba M en su desarrollo, pues se trataba de un preadolescente que estaba en pleno crecimiento.

Actualmente la relación con su padre es nula y M vive con su madre, hermana y hermano menor. Su hermana mayor está casada y vive con su marido.

Según su historia clínica y sus relatos en la entrevista, M al empezar a consumir se alejó de sus compañeros de colegio y se acercó a gente mayor que él. Empezó a consumir drogas legales a pesar de no poseer la edad suficiente. El alcohol era lo más común en los encuentros con sus nuevos amigos. De a poco comenzaron a circular las drogas ilegales, especialmente marihuana y cocaína. La marihuana tal como explicaba Folgarait (2008) suele funcionar como droga de inicio hacia las demás drogas. La misma es un depresor del sistema nervioso, por lo que muchas veces *necesitaban despertarse* y acudían a drogas estimulantes del sistema nervioso como la cocaína.

M formó una banda de rock en la que tocaba la batería. Además de la música otra de sus pasiones era el fútbol y por eso frecuentaba la hinchada de X.

M, durante una de las entrevistas aclaró que consideraba que llegó a la Comunidad Terapéutica sin red, ya que su entorno social consumía habitualmente. Esto refiere a lo dicho por Sluzki (1998), ya que la red, el entorno del sujeto, es lo que genera una identidad en el mismo, y esa red social adicta en su momento lo volvía parte.

M entonces, al llegar a la Comunidad Terapéutica solo contaba con el apoyo de su madre y hermanos menores.

M relató durante las entrevistas que un amigo de la infancia que no veía hace siete años se reunió con su madre, y acordó entrevistarse para poder visitarlo. Se llamaba J y de ésta forma, y luego de la entrevista con un psicólogo del staff, pudo asistir a las reuniones de amigos en la comunidad. En esas reuniones se trabajan las medidas de cuidado y todo lo necesario para poder acompañar al amigo que se encuentra en proceso de recuperación.

Más tarde se acercó otro amigo del barrio de M, un comerciante llamado D que se mostró muy predispuesto a brindarle su contención a quien había sido su amigo durante un largo tiempo atrás. Lo mismo ocurrió con una amiga, R, quien resultó muy compañera de M y se comprometió mucho en acompañar a su amigo. Tal como fue mencionado en muchas investigaciones (Galván, Guadalupe & Hernández, 2008), el apoyo de la red es de gran importancia para la motivación del mismo en la continuidad del tratamiento

Luego de meses de internación se le indicó buscar una actividad para realizar con el fin de comenzar a relacionarse con otras personas, y de esta forma comenzar a aplicar lo aprendido en la Comunidad Terapéutica. Durante las entrevistas con psicólogos del staff, ellos transmitieron la idea de que la actividad para el paciente funcionaba como una herramienta fundamental para lograr el armado de la red.

Según las propias palabras de M, y como se pudo observar en su historia clínica, uno de sus intereses más notorios era la música, por eso decidió junto al staff de la Comunidad Terapéutica anotarse en un taller de percusión. Luego de su primer día en el mismo, y de la tensión que sintió al tener que ingresar al lugar, se dio cuenta de su problema de timidez que antes no creía tener, y de lo limitado que se sentía sin drogas, pues la sustancia, tal como la definía M, funcionaba como una máscara la cual le daba el valor para enfrentarse a cualquier situación, y ahora carecía de ella.

Otro de los lugares que eligió para formar su red fue la iglesia, pero solo fue una vez y no se sintió cómodo en la misma, M decía que allí no encontró lo que necesitaba.

M explicaba que no tenía relación con su hermana mayor N desde hacía varios años a causa de un distanciamiento de ella por la adicción de su hermano. Meses más tarde del inicio de su tratamiento, N quiso darle otra oportunidad y se acercó a él, asistiendo también a los grupos de hermanos.

De esta forma M fue formando su red social, fue encontrándose en ella, y como diría Sluzki (1998) construyendo su identidad.

M, tal como relataba, se apoyaba mucho en su hermana N, hablaba mucho con ella y resultó ser una de las personas en las que más confiaba si necesitaba expresar pensamientos, sentimientos, o situaciones vividas, pues siempre se sintió escuchado y acompañado por ella.

M, durante el tratamiento ambulatorio, utilizaba mucho internet en su casa. Creó una cuenta en una red social muy popular conocida como facebook, y con la misma, según sus propias palabras, amplió su red, ya que empezó a reencontrarse con amigos del primario, como los llamó: amigos sanos.

Tal como ya se hizo mención en el marco teórico, Sluzki (1998) habla de áreas en la red social, en M la división sería la siguiente:

- Familia: Madre - Hermanos

- Amistades: J - D - R

- Relaciones laborales: Jefe y compañeros de trabajo (de los que no hace mucha mención, más que decir en las entrevistas que él hace su trabajo como corresponde, y es reconocido por su jefe y sus pares, pero no tiene otro tipo de relación, amistosa o cercana, con ellos.)

- Relaciones comunitarias: staff y compañeros de la Comunidad Terapéutica.

El autor a la vez menciona que sobre tales áreas aparecen otras que luego de la entrevista con M se pudo determinar que sería la siguiente:

- Relaciones íntimas: Madre - Hermana N - J
- Relaciones personales con menor grado de compromiso: Hermanos menores - D - R.
- Relaciones ocasionales: Jefe - algunos compañeros de la C.T.

Este agrupamiento no es definitivo, es decir, la red social de M como las redes en general no son estáticas, por lo que sus miembros pueden cambiar de grupo según la situación, estado de ánimo o momento por el que atravesase el sujeto (Sluzki, 1998). Además, cada sujeto en la red cumple determinadas funciones, que también pueden cambiar, y cada individuo puede cumplir más de una función en la red. Luego de la entrevista con M se pudieron determinar algunas de las funciones que cumplían los miembros de su red. A continuación se detallaran las funciones de la red:

- Compañía social: algunos compañeros de la C.T., J, D, R.
- Apoyo emocional: madre, hermana N, J
- Guía cognitiva: madre -hermana N
- Control social: supervisor - psicólogos y operadores de la C.T.
- Ayuda material: psicólogo individual
- Acceso a nuevos contactos: R, hermana N

En esta fase ambulatoria M mencionó que seguía con la misma red que en internación pero ampliada, y que no asistía a ninguna actividad. Empezó a salir con una amiga que también se entrevistó en la comunidad, C. Ella pasó a formar parte de su red más cercana, como relaciones íntimas, ya que además de ser amiga de M, según los psicólogos del staff, el mismo comenzó a enamorarse de ella.

Las salidas con C eran principalmente a comer. Más adelante, y luego de trabajar las medidas correspondientes y necesarias, juntos asistieron a un recital, lo que implicaba un gran desafío para todos, principalmente para M. Finalmente y según sus propias palabras durante la entrevista, fue un desafío que valió la pena enfrentar y del cual consideraba haber salido airoso. Los psicólogos del staff estimaron que C entendía la situación de M y al haber asistido a los grupos de amigos era capaz de tomar las medidas de cuidado necesarias para cada situación en particular, principalmente esta última que requería de mucha atención de ambas partes.

Cuando M no trabajaba y no se juntaba con sus amigos o su hermana N, solía pasar tiempo en su casa junto con su madre y hermanos menores. Ellos, como ya fue mencionado, formaban parte de su red más cercana, aunque se peleaba mucho con su hermana por diferencias con su padre.

El padre de M quiso acercarse a su hijo, pero no tuvo respuestas positivas. Según relataba su madre en los grupos, este hombre estaba haciendo un tratamiento en alcohólicos anónimos y de vez en cuando aparecía por su casa (pues ellos estaban separados hace años). La hermana más chica era la única de la familia que se acercaba a él, M ni siquiera quería hablarle y prefería encerrarse en su cuarto antes de verlo. Según los psicólogos de la C.T. esto tiene que ver con los recuerdos que tiene M de su padre, ya que consumían juntos. Como ya fue mencionado, los adictos a las drogas son influidos por su red, que por lo general son familiares también adictos (Galvan, Guadalupe & Hernandez, 2008), y éste era el caso de M, su padre y su abuelo. Por eso para él resultaba tan importante la compañía de *la parte sana* de su familia (su madre y hermanos) para lograr su recuperación.

En los grupos de padres, la madre de M relataba que continuamente intentaba motivar a su hijo para salir con ella y sus hermanos a dar paseos por el barrio, a la feria de la cuadra, pero él prefería quedarse solo en la casa, expresando que no le gustaba estar rodeado de *grandes masas* de gente, pues lo ponían intolerante.

M y su madre solían discutir a menudo ya que la misma consideraba que su hijo pasaba mucho tiempo en internet. Además advirtió que visitaba páginas de hinchadas de futbol, las que, tal como reflexionaba ella, solían contener tintes violentos en su lenguaje y expresión. En uno de los grupos, quien coordinaba sorprendió a M con lo anteriormente relatado por su madre. Él, si bien no negó haber visitado tales páginas de internet, se excusó diciendo que su intención era solamente ver a su equipo en la web sin finalidad alguna de pelear con nadie.

Al comparar la red social con la que llegó el paciente a la Comunidad Terapéutica y la red social con la que cuenta actualmente, se puede dar cuenta de la importancia que cobra la red social en la vida de una persona, ya que la misma influye en la conducta de la misma. La red social de un sujeto puede ser un factor de riesgo para el inicio en la adicción (Galvan, Guadalupe & Hernandez, 2008). De hecho, M venía de una familia disfuncional, lo que lo llevó a querer escaparse de ese ámbito y encontrarse con la libertad e identidad con su grupo de pares, por lo que buscó eso en gente mayor que él y adicta.

Con el ingreso al tratamiento, se trataba de contener a la familia de M y de enseñarle a acompañar a su hijo en su etapa de recuperación (Goti, 1990). Se trataba de preparar al paciente para la formación de una red social que lo nutra, que lo contenga, que posea las funciones que tiene que tener para ser una verdadera red social para el sujeto. Si bien M logró formar una red social no muy numerosa, la misma era sana tal como se busca en estos casos (Puentes, 2005) y esto resulta muy importante para acompañar al sujeto en su recuperación.

4. Conclusiones

En este Trabajo Final de Integración (TFI) se pretendía describir el proceso por el que debía pasar un sujeto adicto a las drogas durante el tratamiento del mismo. Se tomó a un paciente de la Comunidad Terapéutica que se encontraba en la fase ambulatoria, ya habiendo pasado por la internación. De esta manera se analizó en el paciente las habilidades sociales que fue adquiriendo durante dicho tratamiento, y como fue logrando a partir de ellas su reinserción en la sociedad. También se intentó describir y comparar la red social con la que llegó el paciente a la Comunidad Terapéutica y la que construyó al llegar a la fase ambulatoria. Se puede decir que estos objetivos planteados se llevaron a cabo a través de la recolección de datos de la historia clínica, la observación en los grupos y las entrevistas realizadas. De esta forma entonces pudo cumplirse lo que se pretendía lograr en este trabajo.

Hubiese sido más apropiado, al plantear el primer objetivo, no hablar de etapas de la reinserción social, sino directamente referir al proceso de reinserción social, ya que de acuerdo a las investigaciones realizadas y el material recolectado, se podría afirmar que en este caso no se puede hablar de etapas, no es correcto llamarlas de ese modo ya que las mismas no están definidas y/o delimitadas.

La reinserción social de M desde que ingresa a la Comunidad Terapéutica, bajo la modalidad Internación, hasta la fase ambulatoria, pudo principalmente describirse a partir de los cambios producidos por él. Debió adaptarse a una nueva forma de vivir, una forma sana alejada de aquellos malos hábitos que tanto daño le habían producido. La reinserción social debe quedar claro que no se trata tan solo de la incorporación al mercado laboral o a volver al hogar, es mucho más que eso. La reinserción social comienza desde el inicio del tratamiento, con el *cambio* del paciente, con la adaptación del mismo a un nuevo comienzo, con la reeducación que se intenta llevar a cabo dentro de la Comunidad Terapéutica. Esto quiere decir que el paciente va a reinsertarse desde el primer día que se interna, al conocer a sus compañeros, al tener que

aprender constantemente reglas y normas de convivencia y de funcionamiento del lugar, y a adquirir responsabilidades cada vez mayores. De esta manera se prepara al residente, para que vaya insertándose primero dentro de la comunidad y luego fuera de ella. M hizo un buen trabajo dentro y fuera de la misma, su comportamiento y sentido de la responsabilidad generó confianza en el equipo terapéutico, quienes decidieron el cambio de fase.

Para lograr la reinserción social, entre otras cosas importantes, el paciente debe adquirir habilidades para desenvolverse en sociedad, y debe formar una red que lo contenga.

M a lo largo del tratamiento logró adquirir habilidades sociales de las que carecía por completo. *Escuchar* fue una de las más significativas ya que se trataba de lo que más le costaba al paciente. Se trabajó de tal modo que se puede afirmar que hubo progresos enormes en el paciente. Otras de las habilidades eran expresar sus ideas más profundas, expresar sus sentimientos, aceptar cumplidos, tolerar, esperar, entre otras, Se trataba de un paciente muy ansioso e intolerante, por eso el staff consideró que debía hacer terapia para además controlar su ira.

El armado de la red fue realizado con éxito. La red no es muy amplia, hay algunos integrantes de la red que podrían encontrarse saturados debido a la demanda de M, por cumplir varias funciones a la vez. De igual manera, el objetivo del TFI de comparar la red que poseía al ingresar y la construida luego del tratamiento da cuenta de un avance significativo en el mismo, es decir, en la reinserción. M no poseía una red social que cumpla con las funciones que el necesitaba, no poseía una red sana, y eso lo excluía, lo desamparaba. La red social que construyó durante el tratamiento recibió a su vez la ayuda del equipo terapéutico de la Comunidad, en los grupos de padres, grupos de hermanos, grupos de amigos. De esta forma, los integrantes de la red sabían cómo cuidar a M, en que cosas prestar atención, como reaccionar en determinadas situaciones, y de esta forma poder ayudarlo. M se encontraba entonces contenido por su red y contento con la misma, por lo que el objetivo de su armado fue cumplido. Lo ideal sería la constancia respecto a la asistencia a los

grupos, que no es muy frecuente en todos los integrantes. Por otro lado, el inicio en una actividad le abriría las puertas a nuevos caminos, nueva gente por conocer, y habilidades por desarrollar.

Las limitaciones encontradas aparecieron al momento de desarrollar el TFI. A pesar de tener el mayor acceso posible al material, acceso a la historia clínica y a entrevistas con el paciente, no se logró manejar los tiempos de manera que los datos obtenidos sean los suficientes. Al no haber decidido tempranamente el tema a abordar, no se ha podido con plena conciencia organizar la información para un desarrollo más completo de la misma. Por ejemplo, hubiese sido interesante realizarle a M en una de las entrevistas el MACI de Millon. En tal inventario se evalúan trastornos de la personalidad y poseen escalas que tienen correspondencia con categorías del DSM IV. A la vez, pueden apreciarse semejanzas con aspectos de las habilidades sociales tales como asertividad y agresividad (Contini, 2008). A partir de ello se podría establecer si hay relación entre las habilidades sociales y los trastornos de personalidad. En el caso M sería interesante observar si la falta de habilidades sociales pudo generar desajustes psicológicos tales como su adicción, o si es causa o consecuencia de trastornos psicopatológicos. Hubiese sido un aporte interesante para el trabajo.

Por otro lado, para describir una reinserción social si hubiese tomado a un paciente en fase final, es decir, que haya pasado ya por todas las etapas del tratamiento, podría haber obtenido más material de cada etapa y cerraría la estructura de la rehabilitación con un proceso completo.

Fue una experiencia muy enriquecedora para aprender dentro del ámbito de las adicciones. La comunidad tiene una metodología muy particular debido a su enfoque pluralista. Los psicólogos que allí trabajan lo hacen en conjunto con los operadores, y trabajan a nivel grupal y en terapias individuales, pero la mayoría de las cuestiones son conversadas y resueltas en grupo en las reuniones de staff. Las reuniones son de aproximadamente dos horas y son muchos los temas a tratar, por lo que sería ideal contar con otro día en la semana para una reunión de psicólogos para hablar de los pacientes de internación y otra para los de ambulatorio (dependiendo de la cantidad de pacientes podría ser el mismo día

o no). Ese espacio podría funcionar como supervisiones, para que los profesionales puedan hablar de cada paciente en particular, y encontrar juntos la metodología a seguir con el mismo, qué técnicas aplicar, etc. Luego en las reuniones de staff se plantearían a grandes rasgos lo charlado y si hay alguna observación que sea importante remarcar ese sería el momento.

Sería interesante incluir talleres para los residentes. En el momento que se decide fecha laboral para los mismos, tendrían un espacio que los prepare directamente a enfrentar la búsqueda laboral. Un taller previo a la búsqueda laboral en la que se le enseñe al paciente a confeccionar un curriculum, se lo prepare para una entrevista laboral, se le enseñe a buscar y a enviar curriculums por internet, etc. El mismo taller –o independiente al mismo– podría incluir entrevistas de Orientación Vocacional.

Durante la pasantía se llevaron a cabo por los alumnos residentes entrevistas de orientación vocacional a dos pacientes (uno de internación y otro de fase ambulatoria), sería ideal implementar esta modalidad como un servicio más en la Comunidad Terapéutica.

Otros talleres que incluiría serían de expresión corporal, arte, teatro, música, talleres en los que puedan expresar emociones y les enseñen a expresarse más allá de la palabra. A través de los mismos se puede colaborar con el entrenamiento en habilidades sociales tales como: comunicación no verbal, asertividad, discurso amable y adecuado a cada situación particular, empatía, autocontrol, entre otras habilidades que se consideran importantes para una buena reinserción.

Por otro lado, talleres específicos, para que aprendan oficios y les sirvan para trabajar en el futuro, tales como: mecánica, armado y reparación de pc, computación, etc.

Se podría continuar este trabajo de integración final con un análisis más exhaustivo acerca del trabajo en grupo. Como el trabajo en los diferentes grupos de la comunidad afectan al sujeto y colaboran en la evolución del mismo. Se hizo

referencia a los grupos dentro de la comunidad terapéutica observada y las Comunidades Terapéuticas en general, el hecho de referirse a la riqueza de cada uno de los grupos, las habilidades adquiridas en ellos y el aprendizaje obtenido, daría cuenta de un trabajo mucho más enriquecedor. Yalom (2000) al referirse a los factores curativos de los grupos, explica en detalle cada uno de los 11 factores y cómo los mismos colaboran en la recuperación del paciente. Se podría desarrollar cada uno de ellos y ver como los mismos van afectando la conducta del sujeto, proponiendo ejemplos para cada caso, demostrando o no si tales mecanismos que existen para efectuar un cambio en el paciente, son efectivos.

5. Bibliografía

American Psychiatric Association (1994). *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Barcelona: Masson.

Anguiano Serrano, S., Vega Valero, C., Nava Quiroz, C. & Soria Tojano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos. *Liberabit*.

Revista de Psicología, 16 (1), 17-26. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=68615511003&iCveNum=15511>

Becoña Iglesias, E. & Oblitas Guadalupe, L.A. (2002). Adicciones y Salud. *Revista Psicología Científica.com*. Recuperado el 2 de febrero de 2002 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-76-1-adicciones-y-salud.htm>

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Contini, N. (2008). Las Habilidades Sociales en la adolescencia temprana: Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate*, 9 , 15-27.

De Leon, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer,S.A.

Galván, J., Guadalupe, S. & Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, 31, 391-402.

Genetic Science Learning Center (1969). Mouse Party. *Learn.Genetics*. Recuperado el 20 de mayo de 2012 de <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/drugs/mouse.html>

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

Jellinek, E. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse: New Haven.

Lopez Garcia,E. & Perez Bailon,M. (2005). La reinserción social y las adicciones. *LiberAddictus*. (87). Recuperado de <http://new.pensamientopenal.com.ar/16062010/dossiers22.pdf>

Miguez, H. (2010). *El "yo" que construye el alcohol*. Recuperado el 8 de mayo de 2010 de <http://miguezhuigo.com.ar/EI%20yo%20.pdf>

National Institute on Drug Abuse (2011). El abuso de drogas y la drogadicción. *Drugfacts*. Recuperado de

<http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/understanding-sp.pdf>

Observatorio Argentino de Drogas (2005). *Primer estudio acerca del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del área metropolitana*. Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_acerca_del_Consumo_de_sustancias psicoactivas_en_est.pdf

Orvis Garcia, S. & Lema Bartolomé, M. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Psychosocial Intervention*, 9 (1), 117-126 . Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179818244001&iCveNum=18244>

Programa Andres (s/f). *Voluntad y acción por el bienestar*. Recuperado de: <http://www.programaandres.org.ar>

Puentes, M. (2004). *Tu droga, mi droga, nuestra droga*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Puentes, M. (2005). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Puentes, M. (2009). *Estrategias terapéuticas en drogadicción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Volkow, N. (2008). Las drogas y el cerebro. Abuso de drogas y adicción. *Revista Hablemos*, 17, 26-37.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Madrid: Espasa Libros.