

Trabajo final de grado

Producción empírica - Sistematización de experiencia.

Sistematización sobre experiencia de trabajo en el Centro de Rehabilitación Aconcagua.

Estudiante: Romina Bonino Cabrera

Tutor: Luis Giménez

Revisor: Juan Fernández

Agradecimientos

A mis padres, Jhoselyne y Tony

A mis hermanos, Gonza y Agustina que de alguna manera aportaron a lo que soy hoy como persona y futura profesional.

A Joaquín, mi compañero de vida, imprescindible en todo momento. Tu paciencia y amor fueron el motor para continuar.

A Iara y Paula, amigas que me dio esta facultad para la vida, quienes cerca o lejos creyeron siempre en mí.

A la abuela Eneida que partió antes de presentar este trabajo, quien se dedicó a la salud y de alguna manera sembró en mí esa necesidad imperiosa de reparar, atender y entender el dolor y hacer más liviano el camino de quienes sufren. Se que de alguna manera me acompañó hasta aquí.

A mi tutor por acompañarme desde el primer momento con calidez y calidad humana, por el conocimiento compartido y por su tiempo.

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Metodología de trabajo: ¿Por qué una sistematización?.....	4
¿Qué son las comunidades terapéuticas?.....	5
Aproximación a las comunidades terapéuticas en Latinoamérica, Estados Unidos y Europa.....	7
Bordeando la historia de las comunidades terapéuticas en Uruguay.....	10
Contextualización del trabajo en el Centro de rehabilitación Aconcagua.....	12
Dispositivos terapéuticos en el Centro Aconcagua.....	15
¿Cómo es un día en el Centro de rehabilitación Aconcagua?.....	21
¿Qué talleres se realizan?.....	23
Rol del operador terapéutico en el Centro Aconcagua.....	30
Familia y el proceso de rehabilitación.....	33
Recaídas: ¿Cómo pensarlo en este contexto?.....	36
Reflexiones finales.....	39
Referencias bibliográficas.....	40
Anexo.....	44

Resumen

Esta sistematización de experiencia surge a partir de mi tránsito en el Centro de rehabilitación Aconcagua en el marco de la formación para el título de Operadora terapéutica en adicciones realizada durante el 2022. Para enmarcar la descripción y análisis de dicha experiencia es necesario realizar una aproximación a la historia de diversos dispositivos terapéuticos en centros de rehabilitación comunitarios dando cuenta de la influencias y aportes desde Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y especialmente en nuestro país. El objetivo central será describir y analizar los dispositivos terapéuticos del Centro Aconcagua y su enfoque para abordar las adicciones, contemplando desde los talleres que allí se realizan como las intervenciones y dinámicas que coexisten, es imprescindible pensar acerca de la incidencia que posee el rol del operador terapéutico y la familia en este marco y reflexionar acerca de cómo estos influyen en la historia y recorrido de un sujeto con consumo problemático dentro de esta institución en particular. Otro de los conceptos que están inscriptos en el consumo problemático, es la recaída, a través de su conceptualización y problematización en este contexto se intentará darle otra luz a esta temática. La intención en esta instancia es no solo recuperar lo vivido para analizar estos dispositivos desde mi análisis, sino que también es vital para la producción de conocimiento en esta área, rescatar aquellos relatos que muchas veces quedan encapsulados en una institución.

Palabras clave: consumo problemático, comunidad terapéutica, dispositivos terapéuticos, operador terapéutico, familia.

Las adicciones, aunque se parezcan a los anhelos humanos normales, son más sobre el deseo que sobre el logro. (...) En la adicción no hay alegría, libertad ni afirmación. (Maté, 2008, p.119)

Introducción

La siguiente producción se afirma desde una experiencia de trabajo en el Centro Aconcagua (en adelante C.A) en donde se han desplegado ciertos modos de pensar y accionar con relación a las adicciones y su tratamiento. Uno de los objetivos es aportar una nueva mirada al estudio del consumo problemático de drogas a través de dicha experiencia realizada desde abril hasta diciembre del año 2022, este trabajo puede oficiar como puntapié para pensar los dispositivos y enfoques desde donde se posiciona este centro para pensar la adicción y el tratamiento en comunidad, así como también un marco para pensar a otras instituciones y dispositivos. Se pretende que esta sistematización colabore con la producción de conocimiento en el colectivo, no solo en nuestro campo sino que bien puede aportar a diferentes disciplinas sobre esta temática que es tan de todos y todas. Para esto se describen y analizan los diferentes talleres, intervenciones e instancias que pude recopilar para esta tesis, con la dificultad de no poder registrar ni grabar como se trabaja, sin embargo, mediante la recuperación de diálogos, el material de la institución disponible y mi memoria, logré expresar y bordear metodologías de trabajo de este centro en particular.

Metodología de trabajo: ¿Por qué una sistematización?

La elección de esta metodología responde a la necesidad de aportar a la temática una mirada múltiple, teniendo en cuenta mi experiencia de trabajo y los saberes de los actores que componen el escenario en cuestión, logrando así esbozar la posibilidad de generar conocimiento en cierto contexto, con determinadas personas y en un momento en la historia puntual, se trata de recolectar entonces la expresión de la subjetividad, esta última definida por Gonzalez, F (1999) como “la organización de los procesos de sentido y significado que aparecen y se configuran de diferentes formas en el sujeto y en la personalidad, así como en los diferentes espacios sociales en los que el sujeto actúa.” (Gonzalez,F. 1999, p. 108) La pregunta es: **¿Por qué sistematizar las experiencias?** Las mismas forman parte de un entramado histórico-social que engloba una suerte de dinamismo de procesos individuales y grupales dentro de un contexto, no quiere decir que sean eventos aislados o solo casos, son en esencia eventos vitales complejos y dinámicos que hacen a nuestra historia y por tanto construyen conocimiento y como resultado generadores de acciones de cambio. En palabras de Jara (2015) “La sistematización de experiencias produce un conocimiento crítico, dialógico, transformador, como tal busca rescatar dentro de la experiencia nuevos conocimientos mediante la reconstrucción de situaciones positivas, negativas y transformadoras, tanto para el grupo como para

quien investiga.” (Jara, 2015, p.33) En lo que refiere a mi rol de practicante-observadora dentro de la comunidad terapéutica, subrayo la importancia del compromiso en la observación y el seguimiento en las prácticas que se ponen en juego en el espacio. Para producir y alcanzar objetivos son necesarios estos elementos, incluyendo la importancia de dejarse atravesar por la experiencia y posicionarse desde un supuesto no saber, permitiendo que el contexto y las personas que habitan ese espacio sean quienes construyan las herramientas para el trabajo en comunidad. Es necesario destacar que esta sistematización cuenta con diversas fuentes de información, por un lado este trabajo se nutre de lo que he vivenciado en la comunidad participando de los talleres y reuniones de apertura y cierre, por otro lado la información que brinda la institución sobre el funcionamiento del centro en general, el tratamiento que ofrecen, el rol del operador terapéutico y las reuniones multifamiliares o egresos de las cuales no he participado y por último el relato de los pacientes que atraviesan el tratamiento que enriquecieron vitalmente esta producción.

Se detallan a continuación los objetivos de este trabajo:

- Describir los talleres que se realizan en el centro para su posterior análisis y comprensión.
- Identificar las prácticas cotidianas en el centro, analizar su impacto en los pacientes y en la comunidad ¿Que resonancias emergen en cada instancia?
- Analizar la relación que existe entre el operador terapéutico y paciente, y el lugar de la familia para el tratamiento de adicciones.

¿Qué son las comunidades terapéuticas?

El concepto de comunidad tiene que ver con una estructura específica: las tensiones, conflictos, similitudes y diferencias hacen que una comunidad terapéutica no sea lo mismo que un barrio, una escuela o un trabajo. Pensar desde la comunidad es crucial para entender cómo funcionan los grupos, acercarse y comprender al sujeto supone tener en cuenta el entramado de experiencias personales y su construcción histórica. Siguiendo a De León (1997) “Lo que distingue a las comunidades terapéuticas de otros enfoques de tratamiento y otras comunidades, es el uso intencionado de la comunidad de pares para facilitar el cambio social y psicológico en los individuos.” (De León, 1997, p.5) Una comunidad se define por los sujetos que la conforman, por sus prácticas, por las relaciones que se establecen, por el producto de las tensiones que se producen cuando hay similitudes y diferencias enmarcadas en un objetivo común. El objetivo de las comunidades terapéuticas es pensar en la transformación, tanto individual como colectiva, apostando a incluir a los pacientes en su tratamiento y recuperación, sin reforzar el poder institucional tendiendo redes

donde no las hay o restableciendo conexiones valiosas para la persona, al menos es lo que plantean muchas de estos centros. De acuerdo a De León (2000) “La comunidad funciona como un “hogar psicológico” (microsociedad) que les permite a los residentes ir reintegrándose gradualmente a la vida en sociedad, en lo que a roles, responsabilidades y exigencias respecta.” (De León, 2000, pp.14-16). Lo que entendemos hoy por comunidad terapéutica surge a mediados del siglo XX durante la Segunda Guerra Mundial de la mano de Maxwell Jones y el Hospital Henderson, en palabras de Jones (1956) “La solución que ofrece la Comunidad Terapéutica es la libre discusión de la totalidad de las circunstancias por todos los comprometidos en ella, sin distinción alguna de títulos académicos, administrativos o jerárquicos.” (Jones, 1956, p.647). Se produjo con este movimiento una suerte de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos y su forma de trabajar desde el control y castigo de los cuerpos, que en definitiva es algo que podemos encontrar hoy en día. Uno de los elementos característicos de esta corriente de pensamiento es la implementación de prácticas que incluyan al personal y los usuarios logrando así romper con la imagen autoritaria del médico, configurando relaciones horizontales donde el saber de cada actor es importante y poniendo especial énfasis en el concepto de “ayuda mutua” para lograr una importante función terapéutica.

El hecho de que este fenómeno se haya desarrollado en forma completa fuera del orden establecido lo hace merecedor de un estudio psicológico. Conozco pocas tendencias que hayan expresado con tanta claridad las necesidades y deseos de personas más que de instituciones. A pesar de estas presiones adversas el movimiento ha florecido y crecido, hasta el punto de penetrar en todos los rincones del país y en casi todos los tipos de organizaciones modernas (Muñoz, 1996, p. 28).

Otro de los aportes significativos del tratamiento de adicciones es el Modelo Minnesota, el cual ha sido pionero en promover la abstinencia completa como objetivo fundamental en el tratamiento de las adicciones, en contraste con enfoques de reducción de daños que permiten el consumo controlado donde se enfatiza la importancia del apoyo entre pares en el proceso de recuperación. Los individuos en recuperación se reúnen regularmente en grupos de apoyo donde comparten sus experiencias y se ayudan mutuamente. Este modelo integraba aspectos médicos (al concebir el alcoholismo como una enfermedad) y terapéuticos asociados al modelo de autoayuda. Incluía una fase de desintoxicación, luego un programa de rehabilitación de 28 días y posteriormente un seguimiento que enfatiza la abstinencia, la educación del paciente y hacerse miembro de AA (Rivers

& Shore en López, 2007) Resulta necesario mencionar los aportes del psiquiatra y escritor francés Claude Olievenstein, ya que abogaba por una sensibilidad muy importante con el sujeto adicto, planteaba que el vínculo terapeuta-paciente es cuasi funcional, en donde hay afecto, placer y calor humano que vendría a sustituir aquello que el adicto busca en las sustancias, sin embargo aportó la idea de que esta relación no fuera un sustituto permanente, sino que paulatinamente ir graduando las intensidades para no cambiar una dependencia por otra. Trabajar con adictos para él suponía que el terapeuta debe adaptarse al mundo y adaptarse él al adicto, tomando sus palabras: "El clínico debe aventurarse, de alguna manera, hacia una zona prohibida, entonces, por una vez, el debe franquear las fronteras, no como investigador sino con una mirada casi de iniciado (iniciático) para que el encuentro pueda producirse" (Olievenstein, 1983 p.6). Estos aportes hacen a lo que entendemos hoy por comunidades terapéuticas y enmarcan una metodología de trabajo específica, funcionan aprovechando el poder y la energía del grupo, tanto del personal como de los residentes, entiendo que aún no está resuelta la discusión de cuál es el camino para un tratamiento exitoso, si es que podemos pensar en un tratamiento efectivo en algún momento, lo que sí puedo afirmar es que la perspectiva desde donde podemos pensar nuestras prácticas tienen que ver con los derechos humanos, haciendo partícipe al paciente de su propio tratamiento e incluyendo a sus redes, colaborando así con la ruptura del esquema tradicional de poder donde el saber médico prima en el diseño e implementación de un plan de intervención en el tratamiento de adicciones.

Aproximación a las comunidades terapéuticas en Latinoamérica, Estados Unidos y Europa.

1935 - Alcohólicos Anónimos (AA) Es una organización mundialmente conocida que brinda apoyo a personas que padecen adicción al alcohol, fue fundada en 1935 en Akron, Ohio, EEUU por Bill Wilson y Bob Smith.

Bill recalca que el alcoholismo era una enfermedad de la mente, de las emociones y del cuerpo. Este importante hecho se lo había comunicado el Dr. William D. Silkworth, del Hospital Towns de Nueva York, institución en la que Bill había ingresado varias veces como paciente. Aunque era médico, el Dr. Bob no sabía que el alcoholismo era una enfermedad. Las ideas contundentes de Bill acabaron convenciendo al Dr. Bob, que pronto logró su sobriedad y nunca volvió a beber. Este encuentro generó la fundación de A.A. Ambos se pusieron a trabajar inmediatamente con los alcohólicos internados en el Hospital Municipal de Akron. Un paciente pronto logró la sobriedad total. Aunque no se

había inventado todavía el nombre Alcohólicos Anónimos, estos tres hombres constituyeron el núcleo del primer grupo de A.A. (Alcohólicos Anónimos, s.f)

Desarrollaron los "doce pasos" y las "doce tradiciones" como principios fundamentales para la recuperación de los sujetos, estos se encuentran en el "Libro azul de AA" que supone un conjunto de pautas espirituales que los miembros siguen para mantener su sobriedad. Esta organización presenta algunas cuestiones que son interesantes para cuestionar, por un lado, encuentro que su enfoque en la ayuda mutua y la comunidad puede ser beneficioso, pero al tener una vertiente religiosa-espiritual no todos se sienten identificados, cinco de los doce pasos de este enfoque es basado en la religión cristiana. Las ventajas que se pueden destacar incluyen la accesibilidad y el apoyo mutuo, mientras que las desventajas incluyen su falta de evidencia científica y su enfoque espiritual que puede no ser apropiado para todos los individuos. La elección de un enfoque de tratamiento para las adicciones debe ser personalizada y basada en las necesidades y creencias de cada individuo.

1958 - Charles Dederich - Synanon: Fue una comunidad terapéutica fundada en 1958 por Charles Dederich quien desempeñó un papel importante en el tratamiento de adicciones y tuvo un impacto significativo en la historia de la rehabilitación de drogas y el tratamiento de las adicciones. Siguiendo a Comas (1988) "(...) se considera como un grupo de autoayuda que no admite ningún tipo de personal cualificado y afirma no poseer ningún método de tratamiento personalizado." Synanon comenzó como un programa de tratamiento para alcohólicos en la década de 1950, pero con el tiempo se expandió para incluir a personas con consumo problemático de otras sustancias. La comunidad terapéutica se basaba en un modelo de vida comunitaria en la que los miembros vivían juntos y se sometían a intensas terapias de grupo y confrontación. Una de las prácticas utilizadas por Dederich era "The Game", como una manera de hacer terapia de grupo que a menudo implicaba la confrontación directa entre los miembros, estaba pensado para fomentar la honestidad y la introspección. A medida que Synanon creció, también surgieron controversias, en la década de 1970, la organización se volvió más autoritaria y comenzó a utilizar prácticas controversiales y violentas con los usuarios, obligaban a los mismos a separarse de sus parejas, a realizar vasectomía en los hombres, hasta indicaba a las mujeres a afeitarse sus cabezas. En resumen, Dederich desempeñó un papel importante en la historia del tratamiento de adicciones, sus aportes incluyen la popularización de la comunidad terapéutica como un enfoque para el tratamiento de adicciones y la influencia en la terapia de grupo y la técnica del confronto. Sin embargo, también está marcado por controversias y su posterior declive debido a las prácticas violentas mencionadas anteriormente. (Comas, 1988, p.34).

1963 - Programa Daytop: Es una organización sin fines de lucro para el tratamiento de adicciones a drogas. DAYTOP Village fue establecida en 1963 por el Dr. Daniel Casriel, psiquiatra y ex adicto a la heroína y William B. O'Brien, sacerdote católico. Este proyecto basado en la posibilidad de crecimiento personal y cambio se considera uno de los referentes principales de las comunidades terapéuticas, este modelo basa su enfoque en lo beneficioso de las interacciones entre usuarios generando un entorno de apoyo, los pacientes viven en comunidad y participan de actividades, realizan terapia en grupo, tratando a su vez, temas subyacentes a la adicción. (Comas, 2006, pp. 323-326)

1976 - WFTC miembro asesor de la ONU: La WFTC (World Federation of Therapeutic Communities) es una organización internacional que promueve y apoya el desarrollo de comunidades terapéuticas en todo el mundo, a través de su enfoque que promueve mejores prácticas, investigación y recopilación de datos, capacitación, intercambio de experiencias y la promoción de la rehabilitación desde una perspectiva de derechos humanos. Desde 1976 se realizan Congresos Mundiales acerca del movimiento de las Comunidades Terapéuticas, presididos por la WFTC. El objetivo de esta federación es configurarse como una asociación mundial de intercambio y cooperación dentro del movimiento mundial de Comunidades Terapéuticas y principalmente, contribuir al reconocimiento, aceptación y validación del modelo de Comunidad Terapéutica, por parte de las organizaciones de la salud y los sistemas de prestación de servicios a nivel nacional e internacional (WFTC, sf.)

1983 - Progetto Uomo – Italia: Fue fundado en Italia en 1983 dirigido al tratamiento de toxicodependencias. De acuerdo a De León (2000) “Se desarrolló un régimen de aislamiento social para lograr la abstinencia y el régimen de premios y castigos para lograr un “ordenamiento interno”, fue adicionando nuevas estrategias e instrumentos terapéuticos más adecuados a las realidades europeas y latinoamericanas” (De León, 2000). Un aporte fundamental en este modelo, tiene que ver con la incorporación de las familias, exadictos y voluntarios para trabajar y pensar sobre el tratamiento de los pacientes que estaban internados, es algo que está presente en la modalidad de trabajo del Centro de Rehabilitación Aconcagua. El método de Proyecto Hombre consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para lograr que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad. Hasta el momento cuentan con 28 centros en España, atiende a 16.971 personas con el apoyo en diferentes programas de 108.993 voluntarios y profesionales, de acuerdo a su sitio web, el Proyecto Hombre aborda las adicciones a través de un método biopsicosocial que persigue la maduración y el crecimiento de la persona. (Asociación Proyecto Hombre, 2010).

1999 - FLACT: La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT): Fundada en 1999 es una organización que agrupa a diversas comunidades terapéuticas de América Latina y tiene como objetivo promover y apoyar el desarrollo de estas comunidades como una forma efectiva de tratamiento para personas con problemas de adicciones y trastornos relacionados. Está compuesta por 14 organizaciones que atienden a unas 350.000 personas anualmente en 700 comunidades terapéuticas de 14 países de Latinoamérica y Caribe. Con diferentes modalidades de intervención, están centradas en la atención de calidad, buenas prácticas y en el cumplimiento de los estándares internacionales. Tiene como objetivo la promoción y desarrollo de comunidades terapéuticas en toda la región, brindando apoyo técnico y capacitación para mejorar el abordaje en el tratamiento de adicciones, a través de diferentes encuentros internacionales facilita el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las comunidades terapéuticas de diferentes países, lo que permite que estas organizaciones aprendan unas de otras y mejoren sus enfoques de tratamiento. Hay un esfuerzo por el reconocimiento e importancia de las comunidades terapéuticas en las políticas públicas relacionadas con las adicciones y la salud mental a la vez que se ofrecen programas de formación y capacitación para profesionales y personal de las comunidades terapéuticas, mejorando sus habilidades y conocimientos en el tratamiento de adicciones. (FLACT, sf.)

1998 - FUCOT (Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas) La FUCOT trabaja en colaboración con comunidades terapéuticas y organizaciones dedicadas al tratamiento de adicciones en Uruguay proporcionando apoyo y recursos para la rehabilitación de personas con problemas de adicción, también colabora con otras organizaciones, agencias gubernamentales y grupos de la sociedad civil involucrados en la prevención y el tratamiento de adicciones y forma parte de una red de apoyo más amplia en el país. Lo que dio lugar a esta Federación fueron los intercambios y un largo trayecto que empieza con la visita de Maxwell Jones a nuestro país. En palabras de Gonzalez, E (2001) a partir de la restauración de la democracia en el país en 1985, los Foros de Castalia, desarrollados regularmente a lo largo del tiempo, configuraron el surgimiento de la FUCOT a finales de la década de los noventa. Estuvo la participación internacional de Castalia que dio lugar a su integración y contribución al surgimiento de diversas redes nacionales e internacionales: las Federaciones Mundial y Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), la FUCOT, RIPRED, Inti del Sur y últimamente (2006) la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI) donde participan Castalia y FUCOT como fundadoras. (González, E, 2001, p 13-16)

Bordeando la historia de las comunidades terapéuticas en Uruguay

En Uruguay coexisten diversas instituciones tanto públicas como privadas, dentro de las cuales se pueden mencionar: [Centro de Rehabilitación Aconcagua](#), [Centro Izcali](#), [Manantiales](#), [Portal Amarillo](#),

[Remar](#), [Dispositivo Ciudadela](#), [Alter-Acciones \(El Abrojo\)](#), entre otros. De acuerdo a la reconstrucción histórica realizada por Gonzalez, E (2001) psicólogo y fundador de la Asociación Castalia:

A partir de la visita al Hospital Vilardebó de Maxwell Jones en el año 1972 y el intercambio con la Dra. Henderson y Steiner quienes trabajaban con un grupo de 20 pacientes psicóticos en la sala 19 del Hospital es donde se empieza a gestar lo que hoy conocemos como comunidades terapéuticas en Uruguay. En esta misma época, el Dr. Alberto Martinez Vizca fundaba el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, quien aportó una mirada al abordaje de la salud mental con un modelo social, barrial y familiar, dando luz a los tratamientos de psiquiatría tradicionales ofreciendo una perspectiva humanizante para aquellos sujetos que quedaban marginados por su condición, creó para ese entonces un grupo de trabajo interdisciplinario amplio donde la importancia radica en la salud, lo saludable y lo trófico. Posteriormente, la Fundación Gradiva en 1985 organizó en Buenos Aires una jornada sobre Comunidades Terapéuticas y Drogodependencias, a la cual estaba convocada la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC), en dicho encuentro dio lugar a la creación de la Federación Latinoamericana de comunidades Terapéuticas (FLACT) (Gonzalez, E, 2001, pp.1-4)

El 13 de julio de 1988, el decreto 463/988 crea la Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico Ilícito y Uso Abusivo de Drogas en el ámbito de la Presidencia de la República. (Junta Nacional de Drogas, sf.) Entrando en los años 90, a raíz de diferentes encuentros, intercambio de experiencias y conferencias en San Francisco se crea la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT). El 28 de octubre de 1999 se creó la Junta Nacional de Drogas (JND) -sustituyendo al organismo de 1988- y la Secretaría Nacional de Drogas (SND) -para ejecutar políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación y represión-, además de la figura del secretario general de la SND, que asumiría la presidencia de la JND. Dentro de la SND se crearon las áreas de Reducción de la Demanda, Represión y Control de la Oferta e Internacional en el Decreto 346/999. (Junta Nacional de Drogas, sf.) Otras instituciones de la década del 90: Cocue, Hermes, Centro Psicosocial Sur - Palermo y Comunidad Rafael. Por último, en el 98' se firma acta de fundación de la Federación Uruguaya de comunidades terapéuticas que incluía a Castalia, Grupo Cocue, Centro Izcali, Fundación Jellinek

(Ex-Crea), Manantiales, Comunidad Rafael y Renacer. (Gonzalez, 2001, p.5) El resultado de diferentes encuentros, conferencias, estatutos e intercambios internacionales han configurado modos de pensar y operar en las instituciones que atienden a los sujetos con problemas de consumo, algunas de estas instituciones trabajan desde un enfoque religioso, otros de orientación conductista, entre otras que se desconoce cómo trabajan, aquí es donde se abre la pregunta de quién y cómo se regulan estos centros más allá de la habilitación que posean por el ministerio de salud pública, además de que existe el decreto Nº 274/013 aprobado en el 2013 que protege de alguna manera los derechos de los usuarios y donde se establecen condiciones de infraestructura y servicios así como también el equipo técnico que deben tener.

Contextualización del trabajo en el Centro de rehabilitación Aconcagua.

El C.A se inició en el año 2006 con el impulso del psiquiatra Fredy Da Silva referente en la temática de adicciones para esta institución, que en ese momento dirigía el Centro Izcali. La idea original era hacer una extensión de este último como centro privado y funcionaba para ese entonces en la calle Aconcagua en el barrio Malvín, de ahí surge el nombre. Este centro ofrece un programa de rehabilitación en adicciones con tratamiento integral (psiquiátrico, psicológico y familiar) residencial, ambulatorio o en consultorio (terapia individual o grupo terapéutico). Desde su fundación hasta el día de hoy cuenta con dos centros de internación con 28 y 26 camas, ubicadas en el barrio Cordón, Montevideo. A su vez hay tres casas de medio camino que cuentan con 14 camas, por lo que en total hay una capacidad de 96 camas. Mensualmente ingresan alrededor de 50 pacientes de los cuales algunos son internados 24 hs , otros van medio tiempo y hay quienes ingresan en convenio con diferentes prestadores privados de salud para realizar el acompañamiento de la desintoxicación, lo que implica la estadía de una a dos semanas aproximadamente. El modelo terapéutico utilizado es el cognitivo conductual, en el sentido de que se trabaja desde lo comportamental, apelando al establecimiento de normas, orden y estructura en respuesta a una vida identificada generalmente como desorganizada. Dentro de las posibilidades se intenta diseñar e implementar un tratamiento personalizado, partiendo de la base de que no todas las personas son iguales y cada uno necesitará diferentes herramientas para atravesar el proceso de rehabilitación. Junto al equipo interdisciplinario se planifica el tratamiento de quién ingresa, dependiendo de la historia del paciente, se considera entre otras cosas si viene de una mutualista o no, se puede pensar si un tratamiento va a durar un mes, seis meses o un año. Lo primero que se hace entonces es identificar qué tiempos se cuenta para trabajar, es información valiosa para el diseño del tratamiento, así como también da una orientación a quien consulta y a su familia o vínculo cercano. Otro elemento importante a la hora de diseñar un tratamiento es identificar las características del sujeto en el proceso de la adicción, no

solo la relación con la sustancia o conducta (juego, sexo, entre otros) sino que también el periodo de tiempo desde que empezó a tornarse problemático para la persona. También es de consideración el contexto socioeconómico de la persona, si cuenta o no con estudios, trabajo, redes de apoyo (familia, amigos, etc) Si bien el objetivo del centro es poder brindar un tratamiento personalizado, al tratarse de una comunidad existe inevitablemente la convivencia entre diferentes procesos, tal como se mencionaba anteriormente sobre las diferencias que se pueden encontrar por ejemplo con relación a la edad, género, contexto socioeconómico, educativo, etc. De acuerdo al C.A, el grupo se autogestiona favorablemente, en el sentido de que aquellos que ingresan recientemente o solo pasan por el centro por una desintoxicación, son acogidos por el grupo y los reciben con mucha calidez, invitándolos a participar de las diferentes actividades, es desde sus propias vivencias que intentan ayudarse y ayudar a otros. En resumen, se trata de un programa de tratamiento dirigido a la rehabilitación de personas que establecen relaciones de dependencia y consumo problemático, por medio del crecimiento personal y la exigencia de abstenerse de dicho consumo. Estas comunidades son ambientes residenciales y/o ambulatorios libres de sustancias (excepto tabaco) y de puertas abiertas, esto quiere decir que el tratamiento es por voluntad propia, al ingresar a la institución se le hace firmar al paciente y al referente un contrato, en donde se establece entre otras cosas acerca de la voluntad del paciente a realizar el tratamiento, es decir, si el mismo quiere irse de la comunidad lo puede hacer. De acuerdo a lo que plantea el centro, el paciente dentro de la comunidad estará inmerso en un proceso psico-socioeducativo donde el principio fundamental es la autoayuda mutua, el concepto de autoayuda mutua en este contexto tiene que ver con un la posibilidad ayudarse unos a los otros y a sí mismos en este ejercicio de rescatar de la experiencia aquellos elementos que han sido favorables para atravesar la situación de adicción, incluyendo los desafíos y dificultades que se puedan presentar. En esta misma línea, diariamente mediante los diferentes talleres y principalmente en las reuniones de cierre, tanto los operadores como los usuarios destacan la importancia de las "ayudas" que refiere a un consejo o aporte de un compañero a otro acerca del tratamiento, una actitud positiva o negativa respecto al grupo u otro aporte que considera pertinente para ese espacio y compañero en particular, estas pueden ser recibidas o no, dependiendo de la disponibilidad emocional en ese momento, en estas reuniones de cierre, se hace una ronda y en orden se expresan aquellas situaciones buenas o malas que se generaron en el día, posteriormente se abre el espacio para dar una ayuda a un compañero con el fin de colaborar en el proceso individual y grupal, es a través del otro que logran visualizar sus debilidades y fortalezas durante el tratamiento. Algunos residentes señalan que ha sido muy importante el intercambio en estas instancias principalmente cuando se avecina un egreso o salida por el día, se sienten sostenidos por sus compañeros, incluso por medio de estas "ayudas" que ofrecen a sus compañeros valoran un

aprendizaje para sí mismos. El apoyo emocional entre pares que están atravesando la misma situación resulta muy valioso para el grupo, la mayoría de los residentes manifiestan una sensación de soledad y cierto abandono de sus familiares y amigos como de ellos mismos durante el proceso de consumo o cuando sucede una recaída. A continuación, recupero una conversación con un paciente en el centro que ilustra lo mencionado anteriormente, lo identifico como J de 32 años, varón, con consumo problemático de cocaína y alcohol:

Me gusta estar sentado en una mesa compartida, mirar a alguien y poder hablar de lo que me pasa. Entre adictos nos entendemos, vamos a buscar en la droga un poco de alivio, aunque después te des cuenta de que es como un fuego artificial en la mente y después estás solo de nuevo (...) pero compartiendo acá, con lo bueno y lo malo que tienen las instituciones, acá te ordenas un poco y te sentís abrazado, es como una familia esto, me preguntan cómo me siento, como vos por ejemplo que te acercaste a hablar conmigo, jamás me habían preguntado cómo me sentía y si necesitaba algo. (Anónimo, comunicación personal, octubre 2022)

Lo que plantea el C.A es priorizar la organización de la vida cotidiana mediante un cronograma específico que crea el equipo técnico, trabajando entre otras cosas en el cuidado personal, ya que algunos pacientes que llegan a la comunidad generalmente en estas áreas se encuentran desorganizados, por ejemplo en las conductas basales como el sueño, la alimentación, higiene, etc. Se trabaja también en el fortalecimiento de la autoestima con la ayuda de psicólogos en entrevistas individuales o grupales, en este sentido es importante el establecimiento de vínculos saludables ya que algunos residentes llegan de contextos en donde su círculo está vinculado con el consumo de sustancias, situaciones de violencia, abuso u otras vulnerabilidades. Otra línea de trabajo es sobre el control de los impulsos, la aceptación y puesta de límites, aceptar la problemática y trabajar a partir de ello, supone un desafío que requiere de una flexibilidad importante para poder diseñar modos de trabajo que no sean solo el cumplimiento de las actividades en sí, sino que tiene que ver con desarrollar nuevas habilidades en la comunicación y receptividad donde la sensibilidad es crucial para comprender los procesos individuales y del grupo, al comenzar el tratamiento el paciente tiende a presentar dificultades para seguir una rutina o esperar los tiempos de una institución o de sus propios compañeros, de acuerdo al C.A con el tiempo se han visto grandes avances y apertura de parte del paciente para escuchar y respetar los ritmos del grupo y de la institución. Se trata entonces de reorganizar dichas actividades con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona y poder trasladarlo a su vida cotidiana una vez que finalice el tratamiento. La rutina y la estructura diarias se manipulan para garantizar que a cada miembro de la comunidad se le presenten desafíos y

recompensas apropiados y relevantes. Un ambiente terapéutico no es necesariamente lo mismo que uno de apoyo, aunque los desafíos deben plantearse en una comunidad dentro de la cual cada individuo se sienta seguro y atendido (Yates, 2011, p.107)

Dispositivos terapéuticos en el Centro Aconcagua.

¿Que es un dispositivo? De acuerdo al concepto de Foucault, referenciado por Agamben (2011) en una conferencia "(...) el dispositivo tiene una función estratégica dominante, allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, en donde siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a los límites del saber." (Agamben, 2011, pp. 249-274) Las comunidades terapéuticas abordan el tratamiento de adicciones bajo un encuadre y reglas reguladoras de los intercambios entre los residentes con el objetivo de habilitarlos para funcionar en el entorno cultural-social, dichas normas son un freno a la actuación de los impulsos desorganizados. (Gedo & Goldberg, 1980, pp.161-162) Los tratamientos en el C.A se ofrecen en distintas modalidades de acuerdo con el perfil de cada paciente y su etapa evolutiva. Todas las opciones de atención están dirigidas tanto a mujeres como a hombres, adultos y adolescentes, estos últimos con el acompañamiento de padre, madre o tutor.

El centro diferencia los tratamientos según su modelo de abordaje en: **tratamiento de internación o tratamiento ambulatorio.**

Los tratamientos de internación de tiempo completo incluyen alojamiento y comidas diarias. El paciente participa de un cronograma de actividades diarias especialmente diseñado con fines terapéuticos. La familia puede participar del tratamiento a través de entrevistas periódicas y en la inclusión de los grupos multifamiliares semanales. Este tipo de tratamiento conlleva diferentes etapas que van reflejando niveles cada vez mayores de responsabilidad a nivel personal y social. (Aconcagua, sf.)

Un programa dentro de una comunidad terapéutica normalmente consta de tres etapas: una fase de inducción de 1 a 60 días; una fase de tratamiento primario de 2 a 12 meses; y una fase de reingreso de 13 a 24 meses. En algunas CT, pero no en todas, estas fases se refinan estructuralmente en las siguientes etapas: intervención en crisis, inducción ambulatoria, recepción, inducción, tratamiento y reintegración social (Broekaert, 2001, pp.29-42).

Durante los primeros 30 días se espera que el residente se adhiera a las normas de conducta estrictas y explícitas que se reforzarán con premio o sanciones dirigidas al desarrollo del autocontrol y la responsabilidad consigo mismo y con el grupo. En la primera etapa se procura que recupere o adquiera actitudes y responsabilidades sociales, a medida que avanza el tratamiento el residente progresará a lo largo de una jerarquía de funciones cada vez más importantes, con más privilegios y responsabilidades. Se espera que los miembros de la comunidad sirvan de modelos a imitar reflejando los valores y enseñanzas de la institución. Las actividades rutinarias sirven para contrarrestar las vidas característicamente desordenadas de los residentes, se busca enseñarles cómo planificar y lograr las metas que se propongan en su vida y ser responsables mediante la identificación, expresión y el manejo de sus sentimientos de manera más adecuada y constructiva. (Aconcagua, s.f)

El tratamiento de internación de acuerdo al C.A consta de las siguientes etapas:

Etapas 1 - Entrevista previa: Se realiza una entrevista de recepción y orientación con el usuario y el familiar referente, realizada por técnicos especializados en adicciones: psicólogos, psiquiatras y operadores terapéuticos, con el objetivo de definir qué modalidad de tratamiento es la adecuada para el sujeto.

Etapas 2 - El ingreso y la intervención temprana: Durante los primeros días el usuario conoce y se familiariza con las normas de funcionamiento (no drogas, no sexo, no violencia) a la vez que establece una relación de confianza con el personal y residentes. En el proceso de asimilar el funcionamiento de la comunidad, es necesario que se conozca a sí mismo, al mismo tiempo que los funcionarios de la institución colaboran con el paciente pensando acerca de su relación con el consumo, dando cuenta de la gravedad que tiene para sí mismo este tipo de conducta. Por otra parte, siguiendo a Ghiardo (2003) "(...) la droga muestra dos sentidos o registros distintos. El primero habla de la droga en su interacción con el cuerpo del sujeto que la ingiere; el segundo, de lo que simboliza su uso", por este motivo y de acuerdo con el autor, es importante tener en cuenta la dimensión del sentido en el consumo, visibilizar la problemática y pensar junto al paciente sobre su situación configura una primera instancia, el desafío es pensar en el para qué de dicha acción e impulso, la adicción tiene un componente de desborde y sin límites, a veces hasta sin nombre, por ello es necesario profundizar en la medida que sea posible en la construcción del sentido. (Ghiardo, 2003, p.130)

Etapa 3 - La internación avanzada: En esta instancia, el centro espera del paciente un nivel de compromiso mayor con las actividades diarias dentro de la comunidad como lo son la higiene personal, la participación de tareas tales como la elaboración de alimentos, la participación de los talleres y reuniones, significa implicarse en las mismas y responsabilizarse de sus actitudes hacia el tratamiento y a la comunidad. De acuerdo al C.A, en esta instancia comienzan a notarse cambios en el relacionamiento con su familia y con sus pares, es fundamental en esta instancia trabajar en paralelo con las familias para colaborar favorablemente con el trabajo que está realizando el paciente, aunque esto no siempre sea así ya que, en la mayoría de los casos, los pacientes provienen de familias muy desorganizadas y que pueden de alguna manera atentar contra los progresos que pueda tener el mismo. A medida que avanza en el proceso pasa a tener salidas por fuera de la institución, previo a estas salidas se trabaja con el paciente acerca de las ansiedades y dificultades que pueda manifestar frente a este evento.

Etapa 4 - Tratamiento diurno: El paciente en esta etapa comienza a trabajar en su proyecto de vida y su futura reinserción, pensando como re vincularse con sus vínculos, en el trabajo, estudios o actividades que desarrollaba antes de ingresar a la comunidad con el apoyo del equipo técnico y el trabajo en comunidad. Disponer de un proyecto de vida es una forma de rescatar o producir conductas sanas en donde el paciente pueda construir un camino sin un consumo problemático. En algunos casos, sus proyectos estaban sumergidos en actividades de consumo, reconfigurar esas dinámicas y problematizar las mismas es un desafío, más que un objetivo es una forma de posicionarse y un modo de pensar las intervenciones que se realizan. A continuación, un relato de un paciente que ilustra lo mencionado anteriormente, lo identifico como D, varón de 37 años y con consumo problemático de cocaína:

Cuando empecé a consumir era solo marihuana con amigos del barrio, después empecé con otras cosas para experimentar pero yo siempre quería un poco más y más (...) después me empezó a gustar más consumir que otra cosa, lo que venga porque si un día no había una cosa me las ingeniaba para conseguir otra, el acceso a las drogas no es un problema, el problema es cuando no puedes parar y nada te alcanza, a veces me escondía en mi trabajo y tomaba merca, me iba re bien pero empecé a tomarme todo y me quede sin un mango y sin sueños, ahora lo que estoy trabajando acá es poder retomar eso, volver a desear querer algo, tener mi panadería algún día (...) Ahora tengo ganas de luchar y seguir adelante por mi hijo, pero primero por mí, sino no hay nada. Si me muero por drogarme ni va a tener padre y lo único que le van a decir es que era un drogadicto y tienen razón. (Anónimo, comunicación personal, noviembre 2022)

Reconstruir una historia que aparece como en pausa o fragmentada por el consumo de sustancias supone un trabajo diario y con una gran implicación del sujeto y de los actores que forman parte de la institución. Hay una necesidad del C.A como del paciente de reubicar el deseo en otra cosa que no sea una sustancia, la incógnita es a donde llevar esa energía psíquica y física, debemos preguntarnos junto al paciente a dónde se puede desplazar o como puede devenir esa pulsión del consumo sin bordes. Cada sustancia psicoactiva ha tenido un lugar en la historia y en diferentes culturas a lo largo y ancho del planeta, para poder pensar junto al paciente el lugar y espacios que ocupa el consumo en su vida es necesario ubicar el sentido que tiene el acto de consumir para sí mismo. Algunas preguntas posibles serían ¿Cuál es el sentido de consumir sustancias? ¿Es ritual y tiene un marco? ¿Hay un para qué en el consumo? Esto también abre la paradoja de quien consume a quien. ¿Hay una ausencia que es ocupada por el deseo de consumir y consumirse? La adicción a veces es difícil de nombrar, hay algo más que lo compulsivo y las sustancias, contemplar lisa y llanamente estos dos aspectos es ignorar la historia del sujeto y la historia colectiva.

Etapa 5 - La reinserción: En esta instancia se promueve y facilita la separación gradual de la persona de la comunidad que lo contiene y su reinserción a la sociedad en general. El C.A pretende que el paciente en esta etapa deja la comunidad libre de drogas y con un empleo o habiendo retomado sus estudios, previo a esta etapa se trabaja con el usuario para incentivar de alguna manera retomar aquellas actividades que estructuraban o aportan algún orden en su cotidianidad. No se puede garantizar que al finalizar el tratamiento el paciente lo vaya a realizar efectivamente, muchos pacientes tienen el deseo principalmente de buscar empleo, estudiar o bien retomar esas actividades que realizaban antes de ingresar a la comunidad.

Etapa 6 - Seguimiento: De acuerdo a la información institucional, en esta etapa se realizan entrevistas individuales periódicas con psicólogos del C.A para los usuarios que hayan completado con éxito el programa, desde la perspectiva del centro, se entiende al éxito como la culminación de los objetivos que se han planteado en el tratamiento durante la internación. El objetivo en esta instancia es acompañar en el proceso de reinserción social logrado y prevenir recaídas, desde que se inicia el tratamiento, la finalidad es la recuperación del paciente y evitar las mismas. Antes que suceda hay ciertos indicadores que brindan información en primera instancia a los operadores terapéuticos para evitar una posible recaída y posteriormente resto del equipo técnico actúa en consonancia a esto, el operador que acompaña a la comunidad debe atender el comportamiento o las expresiones del paciente en cuanto a la necesidad que tiene de volver a consumir. La duración y frecuencia del seguimiento se ajusta a las necesidades de cada caso en particular. Lo que más se trabaja y a veces más dificultades genera, es pensar la reinserción, por lo que se va trabajando progresivamente con el equipo técnico y las familias para establecer lineamientos generales acerca

de cómo acompañar el proceso y también con el objetivo de brindar contención a quienes acompañan esta etapa, cada referente recibe orientación aproximadamente cada 15 días, sobre todo cuando el paciente comienza a hacer las salidas progresivas, por eso desde los comienzos del tratamiento se debe pensar en el egreso.

Etapa 7 - Ceremonia de promoción: Una vez culminado el tratamiento, se realiza una ceremonia de promoción con entrega de un diploma en presencia de los familiares y referentes que lo acompañaron en el proceso, dicha ceremonia se realizaba hasta antes de la pandemia una o dos veces al año cuando el o los pacientes que llegaron al alta terapéutica (que se consigue generalmente al año de cumplir el tratamiento). En consonancia a lo expresado por algunos residentes y operadores terapéuticos, es una instancia con un despliegue emocional amplio, tanto para el paciente que egresa, como para la familia pero también para la comunidad ya que también genera movimiento en el grupo, por este motivo en la semana se trabaja sobre este tema con el fin de apaciguar ansiedades y angustia que pueda generar, así como también los aspectos positivos y en el entendido que supone para algunos una inspiración para aquellos residentes que continúan en el centro, para ello se realiza una reunión en la tarde en donde se abre el espacio (**reunión de cierre**) para expresar sus sentimientos mediante la palabra, abrazo o saludo. En esta etapa, se les entrega un diploma indicando el fin del proceso como una forma simbólica de darle cierre a esa etapa, donde generalmente además de la familia también están los operadores terapéuticos.

En resumen, el foco está puesto en lograr una estructuración de la vida cotidiana mediante una serie de actividades diarias a cumplir, cada uno tiene una encargatura diferente que supone encargarse de despertar a sus compañeros, preparar las diferentes comidas (desayuno, merienda, cena), limpiar, lavar la ropa, hacer y limpiar el mate, etc. en paralelo se va trabajando con la o el referente del afuera del paciente para que entiendan y respeten las dinámicas aprendidas en su cotidianidad. De acuerdo con lo observado, es de especial consideración que se propicie la participación de los usuarios en todas las etapas y en su propio proceso, esta acción da preponderancia a la experiencia de cada uno de los usuarios, promoviendo relaciones horizontales entre quienes brindan ayuda y quienes la reciben, de esta manera se puede contribuir al diseño e implementación para el afrontamiento de dificultades o problemas a futuro a partir de las propias experiencias en comunidad. Para esto es importante que los usuarios de la comunidad y sus compañeras/os, puedan reconocerse como poseedores de conocimientos y sentires valiosos y útiles para enfrentar las adversidades de la cotidianidad posterior al egreso de la comunidad, sin olvidar el fortalecimiento de los lazos comunitarios y las redes afectivas. Siguiendo a Agrest et. al. (2014) un desafío importante consiste en la articulación entre sistemas formales e informales de apoyo, a través de la

incorporación en los procesos de la perspectiva y el apoyo de los acompañantes pares, haciendo lugar a las voces de los propios usuarios. Los acompañantes pares son aquellas personas, usuarias o ex usuarias de los servicios de salud, conocedoras de los caminos y atajos de un terreno (Agrest et. al, 2014, p. 145) Es deseable que en sus propios procesos y trayectorias hayan construido saberes y capacidades, y quieran apoyar a otros a transitar los suyos promoviendo su recuperación, por lo que es necesario valorar lo múltiple, rescatando las complejidades y dificultades propias de estos procesos.

Tratamiento ambulatorio

Los **tratamientos ambulatorios** son aquellos programas en los que no se exige una residencia 24 hs y cuentan con la presencia y coordinación de profesionales de la institución. Este tipo de tratamiento se realiza en dos tipos de modalidades: **tratamiento ambulatorio diurno y tratamiento medio ambulatorio**. El más común es el tratamiento ambulatorio diurno en el que se recibe al paciente todos los días en la comunidad terapéutica para participar del conjunto de actividades que ofrece el centro durante el día. Incluye el almuerzo y merienda en comunidad, el ingreso es a las 8 hs y se retira a su domicilio a las 18 hs, solo o acompañado de su referente. También se ofrece la opción del tratamiento medio ambulatorio, el cual funciona en un espacio especialmente diseñado para esta modalidad en tres franjas horarias, todas ellas de 4 hs de duración, los participantes comparten dinámicas de la comunidad, además de tener evaluaciones psiquiátricas y psicológicas periódicas. El espacio terapéutico individual es una modalidad de tratamiento de atención exclusiva y funciona en consultorios dentro del centro, la frecuencia y duración está pautada por el profesional a cargo. El grupo de apoyo terapéutico es un tratamiento con continuidad y seguimiento para los pacientes que ya han hecho un tratamiento de rehabilitación más profundo o personalizado, tiene una frecuencia de dos veces por semana. (Aconcagua, sf)

De acuerdo al C.A, se espera que durante los primeros 30 días la persona aprenda las normas de funcionamiento de la comunidad, en donde pueda establecer una relación de confianza con el personal y los demás residentes. Este proceso comienza con ayuda de una evaluación de sí mismo mediante los diferentes talleres y el espacio de consulta psicológica individual, colaborando con la toma de consciencia del nivel de su problemática en relación con las sustancias o conducta. A medida que van pasando las semanas, el residente empieza a responsabilizarse en las actividades diarias, por lo que se empiezan a ver avances del proceso y en consecuencia cambios en el relacionamiento con su familia y con sus pares. En otros casos hay quienes no se adaptan a estas actividades y comienzan a transgredir no solo las normas sino la dinámica del grupo, ante esta situación generalmente es el operador terapéutico quien interviene para poder ayudar al paciente y no generar conflictos a nivel grupal. Sobre la reinserción, al igual que en la internación, se promueve y facilita la separación gradual de la persona y su reinserción a la sociedad en general. En este momento se pasa a las etapas de seguimiento ambulatorio con entrevistas individuales y familiares hasta la ceremonia de graduación.

¿Cómo es un día en el Centro de rehabilitación Aconcagua?

Todas las actividades que se desarrollan están previamente diseñadas por el equipo técnico del centro, las actividades como elaboración del desayuno, merienda y cena, así como también la limpieza de la casa está asignado a un grupo no mayor de tres personas, es lo que se llama en comunidad: **encargaturas**. Se le asigna a un grupo cada semana tareas de limpieza incluyendo ropa de los compañeros, limpieza de mate o utensilios de cocina después de cocinar y comer, así como también la limpieza del baño y espacios comunes. El menú es equilibrado y planificado cada semana, hay comidas que no son posibles de realizar por ej: pizza, el fundamento está en que para elaborar la misma se necesita levadura, esta última puede ser utilizada para elaborar alcohol. La elaboración de las comidas está encomendada a un grupo, el resto se encarga de preparar la mesa, distribuir los cubiertos, platos, jarras con agua asegurándose que todos tengan lo necesario, una vez que están todos los utensilios y alimentos a disposición, uno de los encargados de la mesa que generalmente es quien cocina: pregunta en voz alta “¿Estamos todos servidos?” si la respuesta es sí, se da la orden para empezar a comer, a su vez, el operador solicita a todos que haya un tono de voz moderado para respetar el momento de cada uno para comer. En el marco de lo que plantea el centro, respetar los tiempos, entender la importancia de que todos tengan lo que necesitan también forma parte de una reestructuración de la vida cotidiana y en consecuencia es algo favorable para el tratamiento que se viene desarrollando. Además de los talleres que se realizan en la semana, diariamente se llevan a cabo las reuniones de apertura y cierre, las mismas tienen el objetivo de hacer una revisión

individual y grupal, poniendo el eje en aquellas cosas que se van desplegando en el espacio, desde cómo han dormido, como se sienten, qué cosas les gustaría hablar, aspectos positivos y negativos del día, dificultades que se puedan presentar en las diferentes actividades, en estas instancias se brinda la posibilidad de dar una **ayuda** a un compañero/a, es el operador terapéutico quien inaugura de alguna manera el espacio preguntando: **¿Alguien tiene o quiere hacer una ayuda para el compañero o para sí mismo?** Es una herramienta que le sirve a quién va dirigida la ayuda como para quien la emite, los mensajes que se transmiten son y se orientan desde una mirada empática, amorosa y armoniosa para el otro, es a partir de esa ayuda que se pueden trabajar brevemente temas que quizá en otro espacio no se pueden desplegar.

Cronograma diario:

- Higiene personal
- Desayuno
- Reunión grupal de apertura
- Limpieza de la casa
- Almuerzo
- Tiempo libre: fútbol, gimnasio, descansar al aire libre, leer, mirar la tele (canales de aire)
- Actividades terapéuticas: psicodrama, gimnasia, yoga, taller literario, taller de cine,, entrevistas individuales, grupos reducidos terapéuticos, consulta con psiquiatra, etc.
- Merienda
- Reunión grupal de cierre
- Cena
- Hora del cigarro:

Dentro del programa no está explícito este momento, pero me parece importante traerlo a este trabajo para pensarlo. De acuerdo a lo conversado con los operadores terapéuticos, el centro plantea que existen ciertos dispositivos de rehabilitación de adicciones en los cuales está permitido fumar una determinada cantidad por día, si bien es de notorio conocimiento el daño ocasionado por el cigarrillo, es necesario en algunos casos postergar su tratamiento en función de priorizar la abstinencia a otras sustancias psicoactivas de mayor riesgo momentáneo para el adicto y su entorno. El hecho de permitir algunas sustancias (mate, tabaco) abre una paradoja ¿por qué algunas sustancias si y otras no? El tabaco no sólo es tolerado, sino que es regulado por la institución, a ciertas horas del día existe lo que se denomina **hora del cigarro**, cada usuario cuenta con su propia cajilla de cigarrillos brindado por sus familias a pedido del paciente identificado con su nombre ; si el paciente no tiene y quiere fumar se le puede dar uno que está separado en otro sobre con el nombre

cigarros comunitarios y se le da por último. Tal como se detalla anteriormente hay horarios para el cigarro, uno es en la mañana, otro luego del almuerzo, después de la merienda y en la noche, muchas veces lo que sucede es que el paciente está muy pendiente de ese momento y suelen preguntar la hora, el hecho de que el tabaco sea la única droga permitida en la institución ocasiona algunas veces que quienes no fuman, empiecen a hacerlo. En esta instancia, es el operador quien administra los cigarros y el encendedor, el poder entonces parece circular a través del suministro de una droga dentro de una institución que tiene como plan de acción cero drogas y rehabilitación. Otro aspecto que entra en juego es que dentro de este control y poder, también se encuentra el castigo del sujeto mediante la prohibición de uno de los cigarros del día como medida de sanción, si el paciente transgrede de alguna manera se puede utilizar esta sanción como medida educativa.

¿Qué talleres se realizan en el Centro Aconcagua?

Diariamente se realizan talleres tales como yoga, ajedrez, psicodrama, etc. los mismos no son realizados por el operador terapéutico, sin embargo, participa acompañando al tallerista y tomando registro de las intervenciones que van surgiendo para poder trabajarlos posteriormente con el grupo, en estos espacios se intenta contemplar las necesidades e inquietudes del paciente para poder no solo realizar el taller en cuestión, sino que trabajar con él a través del taller. El operador en esta instancia colabora para que los residentes participen de las actividades, aunque estas sean de carácter obligatorio, al comienzo del tratamiento pueden aparecer ciertas resistencias a participar de las dinámicas de trabajo, por lo que de forma progresiva se invita al paciente a involucrarse en los talleres. También hay talleres temáticos donde el operador es el coordinador, estos responden a las circunstancias de la comunidad y las personas que están transitando el tratamiento. A continuación se mencionan los diferentes talleres que se ofrecen en el C.A, primero se describe brevemente cual es la consigna y luego el análisis correspondiente de cada uno a partir de mi experiencia como observadora (practicante) en el anexo se encuentra la consigna de cada taller.

Confronto básico

La confrontación terapéutica se ha definido como el proceso mediante el cual un terapeuta proporciona retroalimentación directa y orientada a la realidad a un cliente sobre sus propios pensamientos, sentimientos o comportamiento (Forrest, 1982). Es una batería de preguntas en donde se busca conectar al paciente con su presente. Este taller es utilizado para que el residente se conecte consigo mismo y se recomienda que lo realice en un espacio de la casa en donde se sienta cómodo/a. De acuerdo al C. A, las preguntas están orientadas a revisar sus sobre sus emociones antes y durante el tratamiento, también se intenta identificar cómo gestiona estas emociones y cómo

responde frente a sus vínculos frente a estas. A partir de las preguntas que se plantean en esta actividad hay varios puntos a considerar, por un lado, este taller pretende que el paciente logre conectar consigo mismo a partir de una serie de preguntas, alguna de ellas parecen responder a un ejercicio de autoconocimiento, en el sentido de repensar sus hábitos, sentimientos y acciones y otra parte que pareciera que se imponen ciertas cuestiones, por ejemplo, en preguntas tales como *¿Tienes culpa por algo que hayas dicho o hecho?* Utilizar palabras como culpa, palabra que está muy presente y ligada al consumo problemático de sustancias, vinculado además a la jerga religiosa sumado a concepciones como limpieza, cura, demonio, etc. dan cuenta de una violencia discursiva presente en este tipo de instituciones, desde la culpa no es posible el abordaje del padecimiento psíquico y emocional. En palabras de White & Miller (2007):

La confrontación es un objetivo terapéutico más que un estilo de asesoramiento: ayudar a los clientes a enfrentar su situación actual, reflexionar sobre ella y decidir qué hacer al respecto (...) Hasta el momento, la literatura señala el fracaso constante de un estilo de asesoramiento agresivo o autoritario y directo. Permitir que los pacientes vean su propia desintoxicación, con una explicación amable y experta de los síntomas que están ocurriendo, puede tener un impacto bastante diferente de los estilos de intervención de confrontación. (White & Miller, 2007, pp.22-23)

Siguiendo esta línea, se evidencia nuevamente la violencia discursiva, mediante el uso de preguntas con respuesta, induciendo de alguna manera al sujeto a pensar en cuestiones que quizá antes no tenían lugar, por ejemplo, una de las preguntas señala: *“Cuando estoy triste: ¿tiendo a sentir y pensar que todo es oscuro y no hay nada rescatable? ¿Tiendo a sentir y pensar que no puedo cambiar y que no vale la pena tanto esfuerzo?”* Quizá esa persona no estaba pensando que no hay nada rescatable o que no vale la pena el esfuerzo. Las intervenciones en estos espacios deben ser cuidadosas, más aún cuando sabemos que la historia de estos pacientes está ligada muchas veces a la extrema vulnerabilidad, donde hubo violencia, abusos, excesos, angustia, etc. Poder pensar nuestras intervenciones respetando el tiempo del paciente y su recorrido nos guiará a un trabajo más acertado.

Taller de autoestima: ¿Cómo me veo y cómo me ven los demás?

El objetivo de este taller es que la persona busque aspectos positivos de sí mismo y de la dupla con la que realiza dicha actividad, en este taller se vislumbra la dificultad de darse cuenta de cómo el sujeto es percibido por otros. En este taller he registrado dos aspectos principales, como primera consideración aparece nuevamente esta modalidad de preguntar con respuestas, por ejemplo: *“¿Son la mayoría personas de las cuales debo cuidarme? ¿No me interesan los demás y solo los veo en función de lo que necesito o estoy obligado a hacer con ellos?”* Introducir este tipo de cuestionamientos sin saber de antemano cómo pueden impactar en el sujeto es al menos cuestionable para el proceso en sí, cabe preguntarnos cuál es la función terapéutica de estas preguntas. Por otro lado, considero que es buen ejercicio para realizar entre pares, se manifiesta una sensibilidad y contención por parte de los pacientes que es interesante y aporta significativamente al grupo, a través de la mirada del otro se encuentran y resignifican su presente de forma positiva, según el relato aportado por el paciente que identifiqué como B, varón de 47 años, luego de finalizado el taller compartía conmigo esta resonancia:

Haciendo este taller me puedo ver de otra manera y no castigarme tanto, a muchos nos pasa un poco eso, algunos son medios duros pero bueno. Escuchando al compañero me siento contenido y aprendo un montón de él, aunque sea chico (...) estamos muy castigados por parte de nuestras familias y de la sociedad que te mira mal porque sos adicto. (Anónimo, conversación personal, octubre 2022)

Tal como me pudo expresar B y de acuerdo a lo observado, hay quienes tienen dificultad para contactar con este tipo de cuestiones, hay quienes históricamente han sido percibidos como “adictos” “faloperos” “basura” por sus propias familias o por la sociedad, poder desarmar estos constructos supone un trabajo intenso a nivel grupal e individual y es algo que nos compete como sociedad repensar cómo nos referimos a un otro. De acuerdo a Cornejo et. al. (2016) “(...) los discursos no son textos que fluyen libremente por las cabezas de las personas, sino que expresan relaciones sociales que se dan dentro de un sistema social específico” Las palabras forman parte de la estructura psíquica de un sujeto, desde nuestro nacimiento y previo a ello ya estamos inmersos en un mundo de palabras, significados y orden, aquí radica la importancia de la palabra, y el cuidado que debemos de tener a la hora de intervenir. Quizá la pregunta podría ser: ¿Cómo te percibís? ¿Qué sentís cuando te miras? ¿Qué puedes rescatar de lo que has vivido como herramienta para pensar hoy? Resignificar las experiencias y colaborar con el paciente para que pueda construir una imagen de sí mismo diferente creo que sería más productivo, ejercitando su aparato psíquico y no

ubicándonos en un lugar de supuesto saber, dándoles de antemano ciertas nociones previamente establecidas. (Cornejo et. al., 2016, p. 127)

Taller de historia personal

El objetivo de este taller es resaltar momentos positivos a lo largo de la vida del paciente, comprendiendo desde la infancia hasta la adultez, la duración del taller es de 30 min y se realiza individualmente. La búsqueda y propuesta de este taller parece abarcar todos los tramos de la vida e invita a una introspección sobre aquellos eventos que han marcado la vida del sujeto, hay cuestiones que son necesarias reflexionar para implementar estas intervenciones, en principio la invitación es pensar ¿A qué nos referimos con historia personal? ¿Qué nos dicen las historias del sujeto? La historia de vida le da sentido a las experiencias que transitamos, las historias son intrínsecas a la vida y para poder comprender la mismas es necesario relatarlas, dignificando las experiencias a través de una escucha atenta, lo cual no se reduce a lo conversacional, a veces cocinar juntos en la clínica, también es crear espacios de contención, no todo es conversación ya que a veces se trata de otras acciones, tampoco es que sea una cosa y no la otra, yo puedo estar cocinando con alguien y atendiendo la precariedad o vulnerabilidad que se esté presentando en ese momento y que mi urgencia desde mi rol institucional y de mi comprensión política de mi trabajo sea encontrar un lugar seguro para esta persona, esto no excluye que yo puedo honrar los pasos, saberes y habilidades de la otra persona para saber dónde sí o no buscar ayuda (White, 2007) La idea de proponer un taller que supone de una intimidad y la necesidad de apoyo especial, no se puede reducir a 30 min en una actividad, muchos manifiestan gran dificultad para realizar esta actividad, a la vez sirve como un ejercicio para ordenar los pensamientos y experiencias para repensar sus prácticas en el aquí y ahora.

Taller de bronca

La dinámica propone poner en palabras el enojo acumulado, el centro plantea que para fragmentar la bronca y assimilarla es imprescindible trabajar con ella sistemáticamente, poniendo en palabras “eso que me da bronca” es que se logra desatar los nudos del problema y así poder afrontar las situaciones. El objetivo de este taller es identificar emociones y reconocerse en el enojo, logrando visibilizar cómo actúan, qué sienten y que origina esos sentimientos, dar lugar a estas cuestiones resulta necesario para poder analizar por qué ocurre, cómo ocurre y cómo se sienten con ello y así crear herramientas para afrontar esas situaciones. Compartirlo a nivel grupal puede ser enriquecedor para muchos, saber que herramientas tiene el otro para poder afrontar el enojo resulta muy significativo para quien lo comparte como para quien recibe esa ayuda o consejo en la comunidad.

A lo largo de este trabajo he intentado vislumbrar esta cuestión de que a no todos los usuarios les sirven las mismas cosas, hay pacientes más comprometidos con su tratamiento que otros, hay días en los que no se puede con estas dinámicas. ¿Qué es lo que puede un cuerpo frente a la bronca? Una de las preguntas de la guía de este taller es: *¿Cómo quisiera yo manejar la bronca partiendo de que es un sentimiento más que sentiré a lo largo de mi vida?* Ahora bien ¿Qué mensaje pretende dar? ¿Qué fin terapéutico tiene esta intervención? ¿Como sabemos de antemano que el afrontamiento del enojo es algo de lo que se tiene conocimiento? Otra de las preguntas que entiendo mal direccionada en el entendido que es una pregunta que quizá tiene sentido cuando hay reuniones familiares es: *¿Qué causaba la bronca en mi familia?* El objetivo de los talleres es trabajar con el paciente, si bien hay un trabajo en paralelo con la familia o referente para poder sostener el trabajo que se realiza en el centro, lo primordial es trabajar con la historia del paciente, lo que le suceda a la familia con relación a su consumo si es un área interesante para indagar, pero no considero que sea el espacio ni el momento para abordarlo.

Prevención de recaídas

Para el C.A es uno de los talleres más importantes donde se busca que la persona pueda reconocer los factores de riesgo tanto personal, como familiar y en el grupo dentro del centro. Al realizarlo de forma grupal se genera un espacio de debate y sentimiento de pertenencia y empatía con el relato del otro. El tallerista a cargo y el operador registran y proponen identificar y trabajar sobre conductas de riesgo para una recaída, si no logra identificar aquellas conductas o no las pudo trabajar, se solicita hacer presente los motivos. Es quizá uno de los talleres con más diversificación y riqueza que encontré, ya que en el centro además de diversas historias y experiencias de consumo, hay quienes ingresan a un centro por primera vez, hay pacientes que vienen de otros centros tanto públicos como privados y pacientes que ya han sido residentes en Aconcagua. Todos estos tránsitos hacen muy enriquecedores los intercambios entre pares. La perspectiva del C.A es trabajar desde el primer día esta noción, desde una primera instancia se invita a pensar en el proceso de recuperación y el trabajo de habilidades sociales para la pronta reinserción social, visibilizar el fenómeno de las recaídas y trabajar en conjunto con las familias este tema, reduce muchas veces la ansiedad y frustración cuando sucede, algunos pacientes indican que si bien es difícil darse cuenta que han recaído y sienten que han fallado en el tratamiento y a su familia, posteriormente resignifican la experiencia como una instancia más de aprendizaje, por este motivo es fundamental trabajar con los pacientes sobre estos aspectos negativos que señalan, reestructurando esos pensamientos y buscando nuevas habilidades para evitar una recaída. La atención debería centrarse en identificar y aceptar el estímulo y no actuar o luchar frente al mismo.

Taller de espejos

Se trata de trabajar de forma corporal las conductas que comprometen el tratamiento, se identifican puntos ciegos que hacen a la persona estar en situaciones de riesgo permanentemente. El objetivo de este taller es facilitar que la persona en tratamiento pueda trabajar terapéuticamente aquellos aspectos que tiene dificultad en identificar en sí mismo pero que es capaz de detectar en otro compañero. Esta actividad promueve a través del señalamiento en el comportamiento de otro compañero, aspectos que están vinculados a sí mismo, es a través del otro que logran identificar conductas que quieren mejorar, pero no pueden asumir, estas intervenciones son guiadas por el operador terapéutico para que el espacio sea utilizado como un entorno de aprendizaje y no como una instancia de reclamos o conflictos. Este taller está pensado para cualquier paciente sin importar el tiempo que se encuentre en el centro, ya que el juego dinámico de encontrar espejos se da desde el primer ingreso al espacio terapéutico de la comunidad.

Taller de miedos

Este taller se realiza en una ronda, en el medio se coloca un sombrero o bien puede ser un recipiente en donde se depositan papeles con frases o situaciones que generan miedo, aquí pueden participar los operadores y practicantes activamente. Una vez depositados esos retazos de papel, aleatoriamente los participantes del taller toman un papel y lo leen en voz alta para reflexionar posteriormente. Luego de compartir brevemente esas experiencias se procede a quemarlas como una manera de deshacerse de esos miedos, es uno de los talleres que más les gusta, ya que representa de forma simbólica la destrucción de aquello que no quieren en su vida.

En resumen, las actividades planificadas en este contexto sirven para contrarrestar las vidas característicamente desordenadas de las personas que tienen consumo problemático y darle un nuevo espacio a reflexiones o espacios de escucha donde antes no lo había, desde la perspectiva del centro, se busca reeducar en cómo planificar y lograr los objetivos que se proponen, visibilizar cuestiones que no estaban explícitas en relación a sus emociones y trabajar sobre ellas. La exigencia del cumplimiento de los horarios, la planificación de las actividades, la realización de trabajos que deben iniciarse, desarrollarse, y concluirse; es decir, la manera en la que el tiempo se distribuye en el tratamiento de rehabilitación busca un efecto reestructurante en la percepción del tiempo del sujeto con problemas de adicción. A continuación, un fragmento de entrevista que sirve como puntapié para pensar la cuestión de las temporalidades que se juegan en el consumo problemático de sustancias:

(...) en carrera de consumo el tiempo no pasa, seguís de largo y la carrera sigue, pero sin drogas. No sabes cuando te puede picar el bicho, igualmente acá si te pasa enseguida lo decimos o eso intento yo por lo menos, antes me lo guardaba y consumía, no decir me llevaba a tomar merca y olvidarme un rato, en algún punto sentía que elegía cuando, pero después se te va de las manos (...) a veces uno empieza consumiendo porque pinta y después le agarras gustito porque quieres pasarla bien dentro de tanta mierda que tiene uno en el corazón y en la cabeza. Ser adicto le puso una pausa a mi vida, yo a veces no me daba cuenta, pero estaba días capaz encerrado en mi casa tomando falopa, todo era oscuro, yo no me daba cuenta porque iba a trabajar igual habiendo consumido hasta que en el trabajo se dieron cuenta y me dieron un tiempo para ponerme mejor y volver. Acá el tiempo pasa diferente, tenes un montón de tareas que hacer en el día aunque a veces ni ganas tiene uno, pero llega la noche y es lo más complicado porque es el momento perfecto para consumir, a todos nos pasa un poco. (Anónimo, conversación personal, noviembre 2022)

La descripción de consumo de este paciente en particular concentra quizás la información de varios sujetos en consumo problemático, donde aparece la oscilación entre lo impulsivo y lo planificado, el tiempo que parece no transcurrir en un dormitorio y una vida que sigue su curso. Lo que cuenta el paciente como aquel consumo que empieza “porque pinta” y luego se torna problemático también da cuenta de las características que tiene la temporalidad en la adicción, la pregunta es ¿Por qué un sujeto consume? ¿En qué se piensa antes de consumir? ¿Qué estaba pasando en ese momento? Tomando las ideas de Kemp sobre la adicción desde una perspectiva fenomenológica, el concepto de atemporalidad es preciso para explicar el fenómeno del consumo: aquí se pierde en mayor o menor medida la noción del tiempo y espacio dado que el sujeto se centra en la satisfacción que se enlaza con su consumo, en definitiva todo este proceso se puede pensar en una línea del tiempo, sin ir más lejos la duración que tiene en el sistema una sustancia también tiene un tiempo, por ese motivo el sujeto vuelve a consumir nuevamente, para alcanzar nuevamente esa sensación o algo mejor. Para descubrir la relación del adicto con el tiempo debemos recurrir a las cosas que pueblan su mundo, cosas con las que interactúa y que tienen significado para él, las drogas no tienen futuro más allá de su uso inmediato. (Kemp, 2009) En palabras de Fuchs “El tiempo vivido puede considerarse como una función del cuerpo vivido, abierto por su potencialidad y capacidad. Cuanto más nos ocupamos en nuestras tareas, más olvidamos el tiempo y el cuerpo; estamos, por así decirlo, 'dentro del tiempo'" (Fuchs, 2005, pp 195-198). Convoco nuevamente a Olievenstein para darle otra luz a este apartado, el autor entendía que el tiempo de la adicción lo podemos pensar en dos dimensiones, una de ellas vinculado con el ritmo, el placer y la falta, la caída y la depresión de los sentires y en segundo lugar, un tiempo marcado por la explosión, lo plegado, las experiencias de

consumo pueden transitar diferentes velocidades, sensaciones, caídas, tonos claros y oscuros y un sinfín de relatos que componen la historia de un sujeto. A destacar, esta noción que introduce este paciente acerca de la droga como un *bicho* dando cuenta de algo que quisiera extirpar, pero no puede y que es una imagen que aparece en cualquier momento, cabe preguntarse si estas concepciones no son producto de las instituciones que demonizan las drogas y que hablan de culpa, limpieza y otras cuestiones ligadas a lo malo y lo enfermo. Debido a que el proceso de adicción es demasiado multifacético para comprenderlo dentro de un marco limitado, comprender la adicción como una enfermedad, ya sea adquirida o heredada, la reduce a un problema médico. El consumo responde a una lógica resolutoria al sufrimiento psíquico de forma rápida y placentera, que es de alguna manera alimentada desde esta perspectiva de que el que consume más y mejor es feliz, al menos por un rato o el tiempo que opere en el cuerpo la sustancia por no mencionar otros tipos de adicciones. Es desde la sociedad donde aún persiste una terrible fragmentación frente a un tema que exige pensarlo desde la integralidad, no se trata de analizar dualismos sano - enfermo, sino de remarcar la necesidad y urgencia que necesita el campo de la salud ocuparse y preocuparse por desarrollar otras maneras de relacionarse, creando solidaridades lejos del sometimiento y el encierro institucional, a través del acompañamiento y comprensión del padecimiento psíquico desde un compromiso político y afectivo.

Rol del operador terapéutico en el Centro Aconcagua

Es imprescindible reflexionar sobre el rol que ocupa el operador terapéutico dentro de la comunidad, dar cuenta que significado posee este rol, cómo opera, desde qué perspectiva se posiciona, qué relaciones de poder entran en juego y posibles ventajas y desventajas a la luz de la experiencia de trabajo que tuvo. Se utilizará a partir de ahora la abreviación O.T para referir al operador terapéutico. La propuesta de este trabajo invita a pensar a la comunidad como territorio para la creación y fortalecimiento de lazos sociales, convocando las ideas de Anabel Lee Teles (2013)

Los hombres y mujeres en su vida relacional constituyen territorios afectivos-productivos que estimulan o inhiben su potencia-deseo. La realización activa y alegre de la potencia-deseo, al efectuarse genera verdaderos colectivos de producción, de pensamiento y artísticos que traen consigo la posibilidad de nuevas modalidades existenciales. Pensar la génesis del campo político, implica un desplazamiento de envergadura, puesto que no concierne sólo a las formas de organización sino, también, a

las modalidades productivas como efectuación del deseo singular- colectivo, como potencia productiva que genera condiciones para la creación de comunidad, lo que significa un ejercicio pleno de la vida colectiva. (Teles, 2013)

El territorio es entonces resultado del contacto, relaciones y potencias en conflicto y armonía, esta comunidad en particular también revela estos aspectos e incluso demuestra las posibilidades no explotadas, es la imagen, una foto de nuestra ciudad y de nuestra cultura. Ahora bien, es necesario plantear ciertas interrogantes ¿Que es un operador terapéutico? ¿Que significa para el centro de rehabilitación Aconcagua un operador? ¿Qué relación hay entre el paciente-operador? De acuerdo al C.A, el operador es: “un técnico formado rigurosamente en el tratamiento de la adicción, que entiende la formación como una labor permanente y necesaria para acompañar y ayudar a personas con esta problemática.” (Aconcagua, sf.) Es una figura permanente y de referencia para los usuarios en la comunidad, está presente en los talleres, reuniones, espacios de recreación, incluso compartiendo la mesa con los usuarios en el desayuno y cena. El operador circula en el territorio y atiende, rescata y dignifica los relatos que surgen en la cotidianidad. El rol del operador en esta instancia tiene que ver con conquistar espacios junto a los pacientes, en el sentido de crear escenarios y encuentros, esto abre la pregunta ¿Cómo me relaciono con el otro? La relación puede hacer cuerpo de maneras distintas, sus configuraciones conceptuales muestran sus posibilidades o imposibilidades, llevándola a los lugares en donde nos sea conveniente. Ese otro fuera de mí supone una vincularidad, la especificidad de la otredad en relación con la afectividad, vinculada a la política, la filosofía, etc. El otro siempre es lo que me excede en el sentido de aquello con lo que no puedo entender, pensar el otro, pensar en la reeducación de algunas conductas que hasta el momento han sido dañinas para el sujeto, el acento es cuestionar ¿Cómo me relaciono con un paciente? ¿Cuánto me interpela el dolor del otro? ¿Desde qué lugar realizo mis intervenciones? Configurar relaciones horizontales con los pacientes favorece dinámicas grupales diferentes y colaborativas, siguiendo a Santos (2006):

En la horizontalidad, el tipo de relación entre los individuos está basado en la ayuda mutua, lejos de toda relación de dependencia y dominio (...) como una situación psíquica y social, interior y exterior al sujeto, en la cual ningún hombre anula la libre expresión de otro, de manera que todos pueden manifestarse sin hallar un obstáculo en el otro, sino más bien un apoyo para el propio crecimiento. Desde luego, para que esto

ocurra ha de darse una cierta igualdad de derecho entre los individuos. (Santos, 2006, pp 77-90)

Es primordial entender que los problemas de consumo exigen un equipo multidisciplinario, el rol del operador terapéutico es necesario pero no suficiente, se necesita una red de profesionales que puedan sostener y colaborar con el proceso del paciente. Es necesario, pero no suficiente esta cuestión de “poner el cuerpo” se necesitan otras cosas, es emocional y físicamente complejo poder atender a todas las personas, entonces, ¿Es posible brindar un tratamiento personalizado dentro de una comunidad? Dentro de lo múltiple y lo diverso, ¿se borra la individualidad?

En palabras de Mansilla (2014) sobre el rol y tareas del operador terapeuta:

La figura del O.T viene de la mano del surgimiento de las comunidades terapéuticas, es un profesional de la salud mental que trabaja en el campo de la adicción, proporcionando apoyo y tratamiento a personas que atraviesan problemas de abuso de sustancias y adicciones en general. En relación a las tareas que le competen, colabora con el equipo técnico a desarrollar un plan de tratamiento que incluya metas específicas, estrategias de intervención y un cronograma de seguimiento personalizado para el paciente, facilita y media los diferentes talleres que se realizan, interviene en la educación sobre los efectos de las sustancias, los factores de riesgo relacionados con la recaída y las estrategias para prevenir y manejar situaciones de alto riesgo y fundamentalmente brinda apoyo emocional a medida que enfrentan los desafíos de la recuperación mediante una escucha activa, atendiendo sus preocupaciones y emociones fomentando la expresión de sentimientos y pensamientos a través de los talleres o el diálogo individual. (Mansilla, 1998, pp,6-11)

¿Qué significa para el C.A un operador terapéutico?

El C. A considera que el operador debe ser un elemento dinámico de ese marco con autoridad para modificarlo y perfeccionarlo en orden a los objetivos buscados en el tratamiento. El marco debe estructurarse al servicio de los asistidos, siguiendo la estrategia institucional. Es parte del papel del operador dinamizar un estilo de convivencia donde los residentes se sientan protegidos y expuestos a la vez. Protegidos de actitudes de incomprensión o falta de contención de todo lo que se les genera en ese marco y expuestos a ese territorio común donde el encerrarse y aislarse es connotado negativamente. De acuerdo a esto, se puede pensar que el operador es quien “pone el cuerpo” en su trabajo, él convive en un territorio donde lo íntimo y personal tiende a movilizarse para que se socialice y exprese. El OT circula por la comunidad terapéutica, ocupa todos los espacios, acorta las distancias individuales y funciona como modelo de convivencia. (Aconcagua, sf.)

El operador terapéutico en el C.A entiende a la adicción como un problema que va más allá de la sustancia, se entiende como una conducta y un modo de ser y estar con su vida, con sus relaciones interpersonales y lo que puebla su mundo. La particularidad del C.A, es que algunos operadores de los que aquí trabajan son personas que tuvieron algún tipo de adicción y/o hicieron un tratamiento en este centro y luego realizaron el curso de operador terapéutico en esta misma institución. Esto da lugar a cuestionar que apoyatura o fundamento tiene que una persona que atravesó la situación es capaz de sostener a otro individuo en este contexto. ¿Qué tipo de regulación hay frente a esto a nivel social? ¿Cómo garantizar que cualquier persona pueda hacer el curso, sea por interés o por haber atravesado una situación de consumo, pueda tener las herramientas teóricas y prácticas para atender y entender por ejemplo una crisis? El curso que brinda el C.A permite un acercamiento general sobre el concepto de adicción, patologías duales, tipos de drogas, tratamientos, etc. sin embargo entiendo que se requiere de un marco, formación y experiencia para poder tender redes con otros profesionales y así colaborar con los pacientes en su proceso de recuperación, no alcanza con haberlo vivido para poder acompañar un proceso de estas características.

Familia y el proceso de rehabilitación

Para pensar y bordear la temática del vínculo de la familia con un sujeto con problemas de adicción en el contexto del C.A, convoco a la autora Jelin (2010), quien plantea acerca de la familias lo siguiente:

Las familias son entendidas como una institución social fundamental con estructura propia, que contiene relaciones de producción, reproducción y distribución y con fuertes componentes ideológicos y afectivos, la familia como entorno de aprendizaje y socialización importante pero no concluyente, tiene una influencia crucial en el entendido que el sujeto es atravesado por otros procesos sociales más amplios, incluyendo determinados patrones sociales, culturales y políticos, el valor de tejer redes radica en su vulnerabilidad y su fortaleza, en la capacidad de cambio e intercambio entre sujetos. (Jelin, 2010, p.95)

De acuerdo al C.A, generalmente es un familiar cercano quien consulta al centro para comenzar el tratamiento, rara vez es la persona con un problema de consumo quien pide ayuda. Si la familia decide acompañar el tratamiento se puede pensar que existe cierta responsabilidad frente a la problemática, el tratamiento entonces pareciera no involucrar solo al paciente, siguiendo a Minuchin & Fishman (2004):

Lo común es que los miembros de la familia individualicen en uno de ellos la localización del problema. Creen que la causa es la patología internalizada de ese individuo. Esperan que el terapeuta se concentre en él y procure cambiarlos. Para el terapeuta de familia, en cambio, el paciente individualizado es sólo el portador del síntoma; la causa del problema son ciertas interacciones disfuncionales de la familia. Será preciso ampliar las fluctuaciones para que el sistema familiar avance hacia una forma más compleja de organización, que permita enfrentar mejor las circunstancias actuales de la familia. (Minuchin & Fishman, 2004, p.42)

Se vuelve necesario pensar en clave de entornos afectivos para construir las estrategias de acompañamiento con los vínculos con los que cuenta el paciente, cuando las personas atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias, las dinámicas de vida y los modos de vincularse muchas veces se transforman. En relación a lo que plantea el C.A, es importante definir quienes serán los referentes en el tratamiento de la persona, los cuales estarán acompañando en lo relativo a nuevas conductas y rutinas aprendidas para que el paciente empiece a transitar su vida sin consumo problemático por este motivo, el C.A indica que hay reuniones específicas para las familias donde se trabajan sobre las problemáticas del grupo familiar y sobre las interacciones que pueden tener con la persona que empieza un tratamiento. Resulta pertinente traer las palabras de Erro (2016) para referir a la importancia de generar entornos afectivos y comunicación de la siguiente manera:

Se vuelve fundamental la comunicación entre las personas que van a acompañar, el ponerse de acuerdo en cómo va a actuar cada uno/a (...) el entorno puede tener por escrito la ayuda que se compromete a proporcionar y las gestiones que deba realizar. Aunque esta ayuda suponga un esfuerzo en un determinado momento, el pacto de cuidado por escrito facilitará que el compromiso se cumpla. (Erro, 2016, p17).

El C.A dispone de un espacio para reuniones multifamiliares en las cuales se comparten experiencias, sentimientos, avances o recaídas, a pesar de no haber tenido la oportunidad de participar de estas instancias para poder describir y analizar los encuentros, según indican los operadores y algunos usuarios, es desde la propia experiencia entre las familias donde logran de alguna manera sostenerse en el proceso de acompañar a un familiar con adicción. Durante el primer mes de tratamiento, la persona no tiene salidas transitorias, es la familia la que visita a su familiar los domingos en un espacio de 3 hs en la tarde. El objetivo del C.A en estas reuniones es concientizar sobre las adicciones, sobre todo cómo se trabaja en la comunidad para que en las salidas transitorias no se entorpezca el tratamiento, esto implica psico educar a las familias para que no haya descuidos en el tratamiento del paciente, por ejemplo: dejar dinero, facilitar sustancias, dejar salir con personas nocivas, no avisar las faltas o recaídas por desconocimiento o por cubrir al paciente. Es impensable no considerar a la familia como ámbito de interpelación, la familia no siempre es el lugar de apoyo, a veces opera como cómplice y lugar problemático. Pensar en la educación como intervención en este proceso es clave, informar no solo como se trabaja en la comunidad, sino que también visibilizar que no todos poseemos los mismos conocimientos, resulta necesario por ejemplo, hablar sobre el tipo de drogas que hay, los efectos que tienen, tipos de consumo, que es y que implica un tratamiento, hay

familias que atraviesan el proceso de internación con el paciente por primera vez, así como también hay quienes han pasado por otros centros y aún así es necesario poder dar cuenta de estos aspectos, debido a que cada experiencia es singular y cada instancia es una oportunidad de aprendizaje y cambio. Entiendo que es imprescindible educar sobre las adicciones pero no es suficiente, darle un sentido a la experiencia de consumo y su historicidad puede colaborar con la comprensión del problema en sí, entender los inicios de ese consumo y el desarrollo de esa historia nos podrían dar pautas a la hora de pensar estrategias de intervención para la recuperación del paciente. El rol del operador terapéutico con la familia es de brindar información y límites, ya que pueden ser demandantes en sus inicios por el monto de angustia presente y la falta de información, como medida se regulan los momentos de visita circulando por el espacio e interviniendo en caso de ser necesario, el mismo debe estar atento para evitar situaciones de manipulación, control u otra actitud que no sea colaborativa con el paciente y el entorno. El rol de la familia en el proceso de recuperación es igual de importante que las intervenciones en el día a día en la comunidad, una adecuada psicoeducación del entorno hace que en el afuera el sostén de la persona en tratamiento sea mucho mayor, la familia puede ser factor de riesgo y protección, aquí radica la importancia de estar atentos a que dice y que no dice la familia, muchas veces el silencio intrafamiliar de situaciones de abuso, adicciones u otros eventos quedan encapsulados y emergen con el paciente que tenemos internado, es imprescindible estar atentos a cómo se comporta la familia o referente con el paciente en estas instancias y fuera de ellas, esto se puede ver cuando el paciente vuelve a la comunidad. Siguiendo a Rossi (1997):

Darse cuenta de la adicción del hijo lleva, casi siempre, a desatar un síndrome de alarma en el grupo. La respuesta ante una llamada de auxilio del hijo puede ir desde la actitud de denunciarlo hasta la más franca complicidad. El descubrimiento de una adicción en un miembro de la familia surge por lo general a través de la revelación de un tercero que lo detecta o por algún acto fallido. En el hogar la negación es una condición compartida, puesto que al silencio del adicto se suma la ceguera de la familia. (Rossi, 1997, p.132)

En resumen, el trabajo en redes resulta fundamental a la hora de pensar y diseñar estrategias no solo de tratamiento sino de prevención, muchas veces está invisibilizado que el paciente se enlaza con otros y esto debe ser convocado para pensar los procesos, las respuestas aparecen como situaciones de emergencia cuando el problema ya está instalado, la mirada puesta en los procesos es un aporte

que podemos realizar desde la psicología. Poder apuntar a estrategias para una conversión de una familia identificada como riesgo a una familia que pueda brindar protección, desarmar conductas y patrones es un desafío que no solo implica al paciente, sino que constituye un compromiso colectivo.

Recaídas: ¿Cómo pensarlo en este contexto?

En el C.A desde su fundación en el 2006 hasta la fecha no ha registrado datos sobre el abandono del tratamiento o reingresos en el centro, este punto abre la pregunta ¿Por qué no registrar para analizar esta perspectiva? ¿Qué motivos llevan al centro a no realizar esta reflexión? ¿Qué dicen los abandonos o reingresos en esta institución? Por el momento, son preguntas sin respuesta.

Las recaídas como fenómeno constituyen una parte del proceso en la historia de consumo y una oportunidad para repensar el tratamiento, este último supone un proceso que varía de acuerdo con los recursos psicológicos, sociales, familiares, entre otros. El ejercicio que podemos realizar con el paciente y la familia o vínculos que tenga el mismo, es sobre el desarrollo y análisis sobre aquellas situaciones de riesgo para afrontarlo más eficazmente, mapeando escenarios que preparen al paciente en el afrontamiento de dichas situaciones logrando una forma de abordaje para evitar las recaídas, tomando las palabras de Marlatt & Gordon (1985):

Si un individuo considera un fallo como un fracaso irreparable, entonces es más probable que el fallo progrese hasta convertirse en una recaída, sin embargo, si el mismo individuo ve el lapso como una experiencia de aprendizaje transicional, entonces la progresión hacia la recaída es menos probable. Si consideramos que la recaída es externa, inestable y controlable, entonces la probabilidad de una recaída disminuye. (Marlatt & Gordon, 1985).

El modo en el que se piensan las intervenciones para la prevención en este caso, tiene que ver con la manera en la que se lee el problema de las adicciones, plantearnos ¿Qué es lo urgente en las intervenciones frente a las recaídas? ¿Cómo se inscribe esta instancia en la historia de consumo del sujeto? Primero es necesario visibilizar y nombrar el problema y entender que hay algo más de lo que le sucede al cuerpo, hay algo que se irrumpe y genera nuevas reglas, el problema del consumo no tiene que ver sólo con el momento en el que consume, tiene que ver con las instancias previas y su trayectoria vital, siguiendo a Touze (2005) "La prevención es promoción, se trata de lograr una situación útil para la satisfacción de la salud y de las apetencias en función de la posibilidad de

construir un proyecto vital. Prevención no es prohibición ni advertencia, sino posibilidad.” (Touze, 2005, p. 26) Pensar desde una perspectiva de cuidado es necesaria para configurar estrategias de prevención, mediante herramientas que nos permitan acercarnos a otro y escuchar el origen de su consumo, que representa y qué imaginarios hay en torno a esto. Como se menciona al comienzo de este trabajo, de acuerdo a la perspectiva del centro, desde que se inicia el tratamiento la finalidad es la recuperación del paciente y evitar las recaídas, en contraste a lo planteado, el objetivo no debería apuntar únicamente a la abstinencia del consumo de drogas, cuando el foco está en la sustancia y su prohibición poco se puede hacer con un sujeto que está atravesado por otras cuestiones que no tienen tanto que ver con la sustancia que consume, el foco siempre debe ser la persona y su contexto, con la mirada hacia un cambio en su estilo de vida. El C.A se plantea como objetivo la abstinencia y una vida sin consumo, desde este lugar el discurso que está instalado es de la adicción como un fenómeno permanente en la vida del paciente, en donde se debe cuidar que no tenga una recaída, el resultado de esto es que la autopercepción del paciente deviene en ser adictos en pausa, tal como algunos usuarios lo han planteado, también hay quienes se conciben como adictos para toda la vida, dado que no saben hasta qué punto pueden controlar la abstinencia una vez que finalizan la internación. En consonancia a este tema, entiendo que es inviable en nuestros tiempos pensar en las recaídas como un resultado o desde una visión dicotómica de sano o enfermo sin contemplar el proceso que ha realizado la persona, caer en estos reduccionismos conduce al sujeto a tener sentimientos de culpa como muchas veces expresan o fracaso por falta de voluntad en mantenerse abstemios. A continuación reconstruyo el relato del paciente A de 17 años quien ha consumido desde los 12 años tabaco, a los 13 años experimentó con marihuana y su relación con esta última se tornó problemática.

A: A los 13 probé a escondidas de mis padres y de mi hermano, porque para la primera vez yo le había sacado a él (hermano), es un viaje estar los dos internados (...) pero la posta es que una vez que te volves adicto lo sos para siempre, eso de estar limpio y esas boludeces yo acá les digo que si para zafar, pero somos adictos para siempre. Ayer me fui a la mierda y hoy estoy acá de nuevo, es así. Volver es como tropezar, se siente horrible como con la cola entre las patas, porque cuando salís así no es en una buena, te vas a las puteadas, agarras las cosas y te vas, los operadores me han ayudado mucho a calmar las ansias a entender lo que me pasa (...) tengo 17 años y mi hermano también está internado, tendríamos que estar en otro lugar no acá encerrados. Yo ya sé que no hay cura y es un proceso como decís, pero bueno, yo lo que quiero es no sufrir y que no me miren o me digan el adicto (...) casi todas las tardes me pega para esa porque era la hora en la que más consumía, era mi

momento de paz. Después del liceo ir al parque y fumarme uno, solo o con algún amigo, pero era un rato de que no piensas en nada y te reís un poco. (Anónimo, conversación personal, noviembre 2022)

En este relato nacen preguntas como ¿Qué es lo que busca A cuando se va de la clínica? ¿Se pueden atender las actitudes que tiene un residente antes de abandonar? ¿Qué es lo que puede un cuerpo en una clínica sin ver a sus familiares y amigos, manteniéndose abstemios y sin contacto con el afuera? Siguiendo a Vanderplasschen et. al (2014) el abandono en el tratamiento es mayor si falta el sostén familiar, si mantiene relacionamiento con familiares y amigos vinculados al consumo y conductas antisociales, entre otros motivos. El incentivo o la sanción oportuna por parte de la familia, autoridades del trabajo y del sistema judicial incrementa el ingreso al tratamiento y mejora la permanencia en el mismo. (Vanderplasschen et. al, 2014) Prevenir las recaídas y abordar la temática debería ser motivo y estímulo para el pensamiento, una invitación a romper la segmentación que existe en este tema y empezar a integrarlo como un proceso fluctuante que no solo tiene que ver con el retorno del sujeto al consumo, sino con algo vinculado a un momento de quiebre en el proceso. Podría ser interesante empezar a preguntarnos en qué estaba pensando el sujeto antes de volver a consumir ¿Pensaba en algo o alguien? ¿Cómo fue su conducta los días previos? ¿Cómo se sentía? ¿Qué sintió al momento de consumir? ¿Qué pasó después? Registrar estas cuestiones nos darán herramientas a futuro para trabajar con el paciente. Resumiendo este punto y siguiendo a Fernández; Lapetina (2008)

El enfoque de la estrategia terapéutica para lograr mínimos estándares de eficacia le exige al equipo técnico tomar a consideración el perfil sociocultural del usuario, su historia de vida, el momento vital que atraviesa, la sustancia problemática, el patrón, modo, vía y setting de consumo. Además el equipo debe presentar las competencias técnicas necesarias para identificar las sintomatologías del cuadro clínico bio-psico-social que presenta la persona, mientras se construye la demanda de tratamiento. Demanda que debe dar participación protagónica al usuario para garantizar la pertinencia y la oportunidad de la intervención. De nada sirve intentar abordar una problemática desde un enfoque “abstencionista” con un usuario que no tiene intenciones de dejar de consumir, del mismo modo que dentro del enfoque de la gestión de riesgos se puede

abordar una situación determinada orientada hacia la abstinencia. (Fernández; Lapetina, 2008)

El tratamiento en adicciones, así como la abstinencia suponen procesos diferentes para cada sujeto, lo que puede un cuerpo configura modos singulares de resistir frente a la necesidad de consumir, lo que puede un cuerpo con la situación de consumo se puede expresar en angustia, temblores, dolor de cabeza, delirios, pesadillas, etc. En algún momento los pacientes experimentan episodios de recaída, algunos requieren múltiples ingresos a programas de tratamiento para mantener la sobriedad (NIDA, 1999). Mantener la abstinencia de alcohol y drogas después de completar el tratamiento residencial o durante el tratamiento ambulatorio parece ser el mayor desafío para los sujetos que no tienen entornos de vida estables o sistemas de apoyo social que fomenten la abstinencia (Moos & Moos, 2006, pp.513-526)

Reflexiones finales

El valor de la comunidad radica en su fragilidad y potencialidades, el tratamiento en comunidad como hemos visto es muy favorable para unos y no tanto para otros, insistir en la idea de que no a todos les sirven las mismas cosas es crucial para no borrar la singularidad en los procesos, poder sistematizar esta experiencia ilustra un modo posible de relacionamiento y tratamiento en adicciones a través de los talleres, psicoterapia y actividades diarias, seguido de un acompañamiento de los operadores terapéuticos y la familia o referente elegido, estos últimos siendo actores importantes en la historización y comprensión del problema. Para abordar la temática de consumo problemático y las alternativas para el tratamiento de la misma, hay que partir de la base de que no todo consumo problemático es una adicción, pero sí las adicciones forman parte del entramado del consumo problemático, abrir el debate de cómo trabajan las comunidades terapéuticas y dialogar sobre las prácticas que se ejercen, es necesario para desarmar y crear nuevos paradigmas. Es necesario poder visibilizar la importancia de tener una perspectiva de trabajo tejiendo conversaciones colaborativas, no suponiendo que el objetivo sea sanarse mediante la abstinencia, lo cual no funciona para todos. Partiendo de la base de que quien acude a un centro de rehabilitación solo quiere curarse o limpiarse, reduce la mirada sobre las diversas experiencias de vida y las diversas experiencias de consumo. Para pensar y trabajar sobre el consumo problemático de sustancias es necesario un proceso de reflexividad importante sobre los supuestos que a uno le impiden modificar los paradigmas con respecto a este tema, investigar los antecedentes que justifican los modos en los que aún seguimos trabajando es crucial para poder seguir investigando sobre ellos, por este motivo, es vital integrar una mirada desde los derechos humanos, la justicia social, la interseccionalidad e introducir en este campo prácticas respetuosas y dignificantes como respuesta a tratamientos con

mucha impunidad y silencios. La reconstrucción del lazo social, la recuperación de lo perdido en el consumo y la posibilidad de construir una vida sin consumo problemático, supone más que un objetivo, configura de algún modo otra manera de intervenir en contraposición al encierro y medicalización de la vida cotidiana. Escuchando las potencialidades, rupturas y cambios de la vida del sujeto tendremos quizá un camino más claro para intervenir. Esta experiencia ha permitido mapear otras maneras de ver el acompañamiento y escucha a sujetos con problema de adicción, poder reubicar y repensar el problema de la droga a un problema social es una transición al menos interesante para realizar, aún existe un quiebre frente a un tema que exige pensarlo desde la integralidad, contemplando la historia del paciente, los lazos sociales que lo rodean, sus creencias, las herramientas con las que podemos trabajar y las cosas que pueblan el mundo del sujeto, salir de los manuales y la rutina, diversificará la manera en la que leemos y abordamos el problema del consumo en comunidad.

Referencias bibliográficas:

- Aconcagua (s.f) <https://www.centroaconcagua.com/>
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. Sociológica (México), 26(73), 249-264. Recuperado en 03 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010&lng=es&tlng=es
- Agrest, M. Abadi, D. Cáceres, C. Lamovsky, L. Vigo, D. Neistadt, Al. Zalázar, V. Leiderman, E. Lipovetzky, G. (2014) Pasos en la inclusión de pares en una institución dedicada a la asistencia y rehabilitación en salud mental. <https://www.researchgate.net/publication/308633776>
- Alcoholicos Anonimos. (s.f) El comienzo y crecimiento de las A. A. <https://www.aa.org/es/the-start-and-growth-of-aa>
- Broekaert, E. (2001). Therapeutic communities for drug users: Description and overview. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), Therapeutic communities for the treatment of drug users (pp. 29–42). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Comas, D (1988) tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas. Disponible: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndtratamientocctt.pdf>
- Comas, D. (2006) Comunidades terapéuticas: La transformación invisible. Adicciones. pp 323-326

- Cornejo, R, Albornoz, Natalia, & Palacios, Diego. (2016). Subjetividad, realidad y discurso entre el determinismo estructuralista y el construccionismo social. *Cinta de moebio*, (56), p.127 . <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2016000200001>
- De León, G. (Ed.). (1997). *Comunidad como método: comunidades terapéuticas para poblaciones especiales y entornos especiales*. Westport, CT: Praeger.
- Domínguez Alquicira, Mario (2012) *El adicto tiene la palabra. El fundamento metapsicológico de las adicciones*. Editorial: NOVEDADES EDUCATIVAS
- Erro, J (2016) *Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis*.
- Fernández, S; Lapetina, A. (2008). *Contacto: Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Ed. Frontera. Montevideo, Uruguay.
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas - FLACT (s.f) Recuperado en: <https://www.oas.org/ext/es/seguridad/foctali>
- Forrest, G. G. (1982). *Confrontation in psychotherapy with the alcoholic*. Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Gedo, J. & Goldberg, A.: "Modelos de la mente", Buenos Aires, Amorrortu, 1980, pp. 161-162
- Ghiardo, F. (2003). *Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes*. p. 130. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362003000100007>
- González, F. (1999). "Psicología e Educação: desafios e projeções". *Trabalho pedagógico: realidades e perspectivas*. (p. 108) Porto Alegre: Sulina.
- Hitchcock HC, Stainback RD, Roque GM. Efectos de la colocación en un centro de rehabilitación sobre la retención de pacientes en cuidados posteriores por abuso de sustancias. *Revista estadounidense sobre abuso de alcohol y drogas*. 1995; 21 : 379–390.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. *Principios del tratamiento de la drogadicción: una guía basada en investigaciones* Publicación NIH n.º 00–4180. Bethesda, MD: Autor; 1999.
- Jara, O. (2015) p. 33 - https://ei-ie-al.org/sites/default/files/docs/docencia_55.pdf
- Jelin, E. (2007) *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales*. En: Arriagada, I. (coord.) *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Jones, M. (1956). The Concept of a Therapeutic Community. *The American Journal of Psychiatry*. 8(112), 647-650, <https://doi.org/10.1176/ajp.112.8.647>.
- Junta Nacional de Drogas (s.f) Recuperado en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/institucional/creacion-evolucion-historica>

- Kemp, R. (2009). The temporal dimension of addiction. *Journal of Phenomenological Psychology*
- López, C. (2007) La entrada a tratamiento en sujetos que han desarrollado una adicción: una discusión desde el psicoanálisis. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Mansilla, C (2012) Presentado en el Seminario de Fonga, 6-11 .Bs As. Domínguez Alquicira, Mario
- Moos RH, Moos BS. Individuos tratados y no tratados con trastornos por consumo de alcohol: tasas y predictores de remisión y recaída. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2006; 6 (3): 513–52.
- Minuchin S, Fishman H. (2004) Técnicas de terapia familiar. Paidós; p.42
- Muñoz, R. (1996) Comunidades Terapéuticas (C.T.). Cuadernos Médico – Sociales. Tema Central Drogadicción. Vol. XXXVII, 3/96, pp. 24-36. Colegio Médico de Chile (A.G.) Departamento de Salud Pública. Santiago de Chile.
- Olievenstein, C. (1983) *La drogue ou la vie*. Edit. Robert Laffont. Paris, 1983, p. 6
- Gonzalez, E (2001) Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales. Jalones para una historia de las Comunidades Terapéuticas en el Uruguay, pp. 13-16. Montevideo, Psicolibros.
- Rossi, P. (1997). Guía para padres: todo lo que los padres deben conocer acerca de las adicciones. Buenos Aires: El estribo. p.132
- Santos Gómez, M (2006). La horizontalidad de las relaciones humanas y la tolerancia. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 11(34), 79-90.
- Teles, A. (2013) Deseos políticos de producción de comunidad, de resistir construyendo. Disponible en: <https://epensamiento.com/?p=944>
- Touzé, G. (2005). “Prevención de adicciones. Un enfoque educativo” Ed. Troquel. Argentina; p.26.
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S. y Broekaert, E. (2014) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., Therapeutic communities for treating addictions in Europe – Evidence, current practices and future challenges, Publications Office, 2014, <https://data.europa.eu/doi/10.2810/25291>
- White W, Miller W. The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor* 2007; pp 22- 23.
- White, M. (2007). Trauma and Narrative Therapy (video recording). International Trauma Studies Program. <http://www.dulwichcentre.com.au/trauma-and-narrative-therapy.html>

- Yates, Rowdy(2011) 'Comunidades terapéuticas: grupos en adicción y recuperación, 6: 1, 101- 116.
- World Federation of Therapeutic Communities (s.f)
<https://www.wftc.org/membership-standards>

Confronto basico - Guia de preguntas:

¿Por qué estás acá? ¿Qué haces en la “casa” fuera del horario en que realizas las tareas? ¿Qué hiciste hoy que fue difícil para ti? ¿Qué cambiaste de tu persona desde tu llegada a la “casa”? ¿Cuándo fue la última vez que fuiste honesto y comunicaste a quien te ayuda sobre una actitud fuera de lugar que hayas tenido? ¿Cuánto sabes de tus compañías (familia, amigos, etc.) como personas? ¿Sabes de los sentimientos negativos de esas personas? ¿Cómo son? ¿Cuáles son tus inseguridades? ¿Cuáles son tus modelos y por qué? ¿Tienes culpa por algo que hayas dicho o hecho? ¿Has asumido alguna actitud de responsabilidad frente a ese hecho o dicho? ¿Qué lograste desde el principio de tu tratamiento? ¿Qué cambiaste? Cuando estoy triste ¿tiendo a sentir y pensar que todo es oscuro y no hay nada rescatable? Si me pasa algo desagradable ¿tiendo a sentir y pensar que todo es desagradable? Si tuve una frustración, ¿tiendo a sentir y pensar que hay alguien responsable de ella, que soy víctima de las circunstancias? ¿Tiendo a sentir y pensar que no puedo cambiar y que no vale la pena tanto esfuerzo? ¿Cuántas veces en la última semana has sentido o pensado así? ¿Cuántas veces en las últimas 24hrs. has sentido o pensado así? ¿Qué haces cuando aparecen este tipo de pensamientos? Trata de identificar gestos, posturas, actitudes y comportamientos que aparecen simultáneamente con estos pensamientos. Estos gestos, posturas, actitudes y comportamientos ¿refuerzan estos pensamientos negativos o por el contrario, expresan un deseo de intentar hacer algo para modificarlos? ¿Cuál es tu reflexión acerca de esta manera de pensar y sentir que tienes?

Taller de autoestima - Guía de preguntas:

Cómo percibo: ¿me doy cuenta de los sentimientos e ideas que otros tienen sobre mí?

En mi familia:.....

En mi trabajo (compañeros):.....

Mis amigos/as:.....

De qué manera influye en mí (qué sentimientos y actitudes me genera) la forma en que los otros piensan y sienten acerca de mí?

En mi familia:.....

En mi trabajo (compañeros):.....

Mis amigos/as:.....

¿Por qué pienso que es importante (si piensas esto) la forma en cómo los demás me ven?

En mi familia:.....

En mi trabajo (compañeros):

Mis amigos/as:.....

Por qué pienso que no es importante (si piensas esto) la forma en cómo los demás me ven?

En mi familia:.....

En mi trabajo (compañeros):.....

Mis amigos/as:.....

¿De qué manera veo yo a los demás? ¿Son la mayoría personas de las cuales debo “cuidarme”? ¿No me interesan los demás y solo los veo en función de lo que necesito o estoy obligado a hacer con ellos? ¿Encuentro frecuentemente personas que despiertan mi admiración y afecto? ¿Qué conceptos más comunes tengo acerca de las personas? ¿Los veo con miedo, con cautela o desconfianza? ¿Tiendo a tener opiniones positivas o soy pesimista respecto a los demás?

Taller de historia personal - Guia de preguntas:

Elige un lugar de la casa donde te sientas cómodo. Date tiempo, reflexiona, en este ejercicio tu eres lo más importante, respétate. Trata de estar en silencio todo el tiempo, concéntrate lo más que puedas y cuando termines cierra los ojos y quédate en tu propia compañía durante unos minutos.

¿Qué sucesos recuerdas que influyeron más en ti en tu infancia? Nombra tres de ellos, positivos y negativos. Fundamenta por qué sientes que influyeron en ti positiva y negativamente. ¿Qué sucesos influyeron más en ti en tu adolescencia? Nombra tres de ellos, positivos y negativos. Fundamenta por qué sientes que influyeron positiva o negativamente. ¿Qué sucesos influyeron más en ti en tu adultez? Nombra tres de ellos, positivos y negativos.

Taller de bronca:

- Analizar en forma personal y grupal mis formas de reaccionar cuando siento bronca, actuó con: violencia, culpa, tristeza, desesperanza, evasión, poniendo la bronca en otro, en las situaciones.
- Trayendo al presente cuál ha sido el lugar que ha tenido “la bronca” a lo largo de mi vida (desde mi infancia), tanto en mi como en mi familia (flia. de origen, adoptiva, o la institución donde he vivido)
- ¿Qué causaba la bronca en mi familia? ¿Cómo reaccionaban estas personas cuando sentían bronca?
- ¿De qué manera esta forma de manejar otros la bronca pienso que ha influido en cómo yo me manejo con la bronca hoy? ¿Por qué? ¿Cómo quisiera yo manejar la bronca partiendo de que es un sentimiento más que sentiré a lo largo de mi vida? ¿Qué me ha mostrado de mi la

forma en como me “embronco” y cómo reacciono? ¿Cuánto tiempo me dura la bronca y qué otros sentimientos van apareciendo junto a ella? ¿Qué le/s diría/s a la/s persona/s o situaciones que me generaron/generan bronca?

Taller prevención de recaídas ¿Que se propone identificar?

En el tratamiento en grupo, cada integrante del grupo trabajará para identificar conductas de riesgo tuyas que ponen al grupo - Comunidad Terapéutica- en riesgo. Planteara al grupo como las trabajo en lo individual referidas al grupo y como las trabajò cuando estas conductas han partido del contexto grupal del cual él participa. Al finalizar el taller, el grupo presentará una síntesis de lo trabajado por sus integrantes en la reunión de cierre.

- A nivel individual, cada integrante del grupo trabajará para identificar qué conductas de riesgo ha tenido durante la semana. Plantea al grupo como trabaja esas conductas luego de haberlas identificado.
- A nivel familiar, cada integrante del grupo trabajará para identificar qué conductas de riesgo ha tenido él en su familia y cuáles considera que tuvo su familia y son de riesgo para él. Planteará al grupo cómo trabajan o trabajaron en su familia luego de haberla identificado.

Taller de espejos

¿Cómo realizar el taller?

- El grupo se reúne en un círculo.
- Se fija hora de comienzo y finalización, no mayor a hora y media, de no estar estipulado otro en cronograma diario.
- Se solicita a los presentes que planteen quién quiere traer “espejos” con compañeros.

C1- Cada persona podrá traer dos espejos (a dos personas o a la misma)

C2- Para que se trabaje en profundidad, trabajar los espejos de a 5 personas como máximo en cada taller.

C3- Estas personas serán elegidas por el grupo, el Coordinador tomará alguna persona en especial, más allá de las elegidas por el grupo, si lo considera conveniente para el proceso terapéutico individual y/o grupal.

D1- La persona plantea el “espejo” al compañero, se insta a que trate de identificar qué sentimientos le genera este espejo, si es un comportamiento que él reconoce tener frecuentemente o muy rara vez, cuales son las situaciones en las cuales este comportamiento generalmente aparece en él.

D2- Le brindará un aporte al compañero para que pueda ir modificando este comportamiento (en el entendido que todo comportamiento puede cambiar), en el contexto de la Comunidad y en su hogar, trabajo, estudio. (Ayuda que tomará para sí mismo).

El compañero que recibe el “espejo”, solo puede escuchar, deberá esperar para decir luego cómo se sintió y reflexionara igual que en el anterior, en torno a este comportamiento señalado. Una vez finalizados los “espejos” de la primera persona se pasa a la segunda. El clima debe de ser de silencio respetuoso, no hacer comentarios, no se permiten las interrupciones de ningún tipo. Luego de terminados todos los “espejos” se puede abrir el espacio para aportes de todos los participantes.