

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO XXI

CARRERA: Licenciatura en Psicología

ALUMNO: Vanesa Davicino

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN



***“Abordaje de la Patología Dual en la Comunidad Terapéutica Nazareth:  
implementación de Talleres Reflexivos”***

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO XXI

CARRERA: Licenciatura en Psicología

ALUMNO: Vanesa Davicino

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN



***“Abordaje de la Patología Dual en la Comunidad Terapéutica Nazareth: implementación de Talleres Reflexivos”***

Río Cuarto, Diciembre de 2009

*El dolor de quien padece esta enfermedad merece que cada acto clínico se convierta en un abrazo fraterno, que facilite el pensar, el decir, el sentir, en una palabra que humanice.*

*Agradezco a ...*

*... Estella y Alejandro, mis padres, quienes me criaron bajo el criterio de que en la vida el hacer debe estar guiado por la esencia del ser.*

*... Mariela, quien sin darse cuenta me enseñó a confiar en mí. Gracias por estar "ahí" siempre.*

*... Analía, quien me enseñó que el "te quiero" final de cada expresión es el que debe guiar la intervención diaria.*

*... Marysol, amiga y guía en la concreción de nuestro sueño.*

*... Luciana y Noelia por su ayuda incondicional en la concreción de esta nueva etapa.*

*... La Asociación Nazareth, directivos, equipo terapéutico y asistidos por permitirme formar parte de esta gran familia.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>6</b>
<b>ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE NAZARETH.....</b>	<b>40</b>
Características de la Institución	
Plan Diagnóstico	
Técnicas a Utilizar	
Participantes	
Cuestiones Éticas	
Descripción de la Técnica	
Datos a Revelar y Tipo de Análisis Propuesto	
Resultados del Diagnóstico	
Abordaje de la Patología Dual en la Comunidad Terapéutica Nazareth	
<b>TALLERES REFLEXIVOS SOBRE EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DUAL.....</b>	<b>53</b>
Estrategia de Evaluación	
<b>REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>78</b>
Folleto Informativo sobre Patología Dual: Definiciones y Clasificaciones	
Entrevista	

## RESUMEN

La incidencia a nivel mundial de trastornos psiquiátricos en sujetos drogadependientes es una problemática que preocupa a los dispositivos de salud. Con el fin de indagar sobre el abordaje a pacientes duales en la Comunidad Terapéutica (CT) Nazareth, localizada en la ciudad de Río Cuarto, se realizaron entrevistas a los miembros del equipo terapéutico, las mismas evidencian que los profesionales y no profesionales de mencionada institución presentan dificultades en la adaptación del dispositivo terapéutico para el abordaje de esta población.

Con el fin de elaborar estrategias que posibiliten un abordaje integral de la patología dual, se propone la realización de talleres destinados a la reflexión de los aspectos que obstaculizan las acciones terapéuticas interdisciplinarias y ponen en riesgo la salud psíquica del equipo terapéutico.

*Palabras Claves:* Comunidad Terapéutica. Patología Dual. Equipo Terapéutico. Talleres Reflexivos.

## ABSTRACT

The incident worldwide of psychiatric disorders in drugdependent subjects is a problematic that worries to the devices of health. In order to investigate on the boarding to of dual patients in the Therapeutic Community (CT) Nazareth located in the city of Rio Cuarto, they were realized interviews to the members of the therapeutic team, that demonstrate that the professionals and not professionals of mentioned institution present difficulties in the adjustment of the therapeutic device for the boarding of this population.

In order to elaborate strategies that make possible an integral boarding of the dual pathology, it is proposes the accomplishment of workshops destined for the reflection of the aspects that hinder the therapeutic interdisciplinary actions and put in risk the psychic health of the therapeutic team.

*Key words:* Therapeutic Community. Dual pathology. Therapeutic team. Reflexive workshops.

## OBJETIVOS

### *Objetivo General*

-Promover en el personal de la Comunidad Terapéutica Nazareth, el desarrollo de actitudes y aptitudes que permitan el abordaje de la patología dual.

### *Objetivos Específicos*

-Conocer las dificultades de los profesionales y no profesionales de la Comunidad Terapéutica Nazareth, para la intervención con la patología dual.

-Recuperar las experiencias de los profesionales y no profesionales de la Comunidad Terapéutica Nazareth, en el abordaje de la patología dual.

-Propiciar herramientas que beneficien la comunicación entre los miembros del equipo terapéutico de la Comunidad Nazareth.

-Brindar un espacio de contención grupal que beneficie el abordaje, de los profesionales y no profesionales de la Comunidad Terapéutica Nazareth, en la patología dual.

## INTRODUCCIÓN

El panorama clínico en adicciones ha experimentado grandes cambios en los últimos años, siendo uno de los más evidentes la incidencia cada vez mayor de la comorbilidad psiquiátrica. Es a partir de estos datos que Palacios Ajuria (2005), plantea que tales alteraciones representan un alto porcentaje, tanto de adicción para sujetos con otra psicopatología como a la inversa, hasta el punto de que se prevé que en el año 2010 más del 70% de la población psiquiátrica sufrirá algún tipo de drogadependencia.

El incremento en el número de casos de pacientes afectados por una Patología Dual, y la necesidad de optimizar la atención a este colectivo está provocando, desde hace algunos años, un creciente interés a nivel científico para investigar y crear nuevos dispositivos. Dicha circunstancia se va concretando en el aumento de iniciativas de todo tipo para mejorar la atención a este grupo de pacientes.

Mata Cala y otros (2005) llevaron a cabo una valoración en pacientes derivados a Comunidad Terapéutica (CT), realizando un estudio descriptivo de 54 pacientes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran en equipos de tratamiento con modalidad ambulatoria. La finalidad del mismo fue la de valorar la eficacia del tratamiento instaurado en CT de los pacientes derivados desde dispositivos ambulatorios de drogadependencia. Los resultados a lo cuales arribaron en relación a la comorbilidad fueron los siguientes: un 64,82% de los individuos derivados a la CT presentaban un diagnóstico sindrómico psiquiátrico comórbido con el trastorno por uso de sustancias psicoactivas, siendo el síndrome depresivo el diagnóstico más frecuente (N=21; 38,89%). Además el estudio da cuenta de que un 53,7 % de los individuos de la muestra presentaban antecedentes personales psiquiátricos en el eje I del DSM. En base a los datos obtenidos (alta prevalencia de síndromes psiquiátricos comórbidos) estos pacientes representaban las mayores tasas de abandono y de recaídas. La conclusión a la que llegaron estos investigadores es que las CT, deben incluir a su equipo terapéutico médicos psiquiatras, para que el estado de los pacientes sea mejor y los resultados positivos de las CT sean más elevados.

Desde esta perspectiva, Izquierdo Muñoz y Padrino Bonfiglio (2003), consideran que la Patología Dual, requiere de necesidades específicas para el diseño y posterior desarrollo del itinerario rehabilitador, el cual demanda un mayor número de recursos y programas específicos para el abordaje integral de esta problemática. Es por esto que, los programas de tratamiento para las adicciones se han tenido que enfrentar históricamente a un sinfín de problemas.

Machado y Klein (2007), realizaron un estudio descriptivo con el fin de explorar algunas características principales de los individuos con problemas de toxicodependencia que iniciaron un programa de tratamiento. En este estudio participaron 107 sujetos, con edades comprendidas entre 22 y 55 años ( $M = 34,84$ ;  $DT = 6,44$ ), que frecuentan un centro metropolitano de tratamiento destinado a las toxicodependencias, siendo el 90,7% de sexo masculino. Los resultados obtenidos señalan la presencia de relaciones entre la severidad del consumo y la sintomatología psicopatológica.

Los resultados a los que arribaron dichos autores fueron, que en los programas de tratamiento de las tóxicodependencias las características psicopatológicas parecen estar asociadas con efectos terapéuticos negativos, presentándose perturbaciones complejas que incluyen síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos. Por esta razón plantean que la evolución de la tóxicodependencia y de la psicopatología se constituye como un gran desafío para los profesionales que trabajan en estos contextos.

Tomando en cuenta estas investigaciones, se llevó a cabo un diagnóstico preliminar con el objetivo de conocer las problemáticas emergentes en la Asociación Nazareth, situada en la localidad de Las Higueras de la Provincia de Córdoba; Comunidad Terapéutica encargada de la prevención y rehabilitación de sujetos drogadependientes y alcoholistas. Ésta, forma parte de un grupo de casas ubicadas en diferentes ciudades (Santa Fe, Santo Tomé, Rosario, Cañada de Gómez, Casilda, Rafaela, Goya, Esquina, San Francisco, Las Varillas, Villa María, Laboulaye, General Deheza, Río Cuarto, Las Higueras).

Por tal motivo se realizaron entrevistas semi-estructuradas a la Directora y Subdirectora de la Institución (Lic. Verónica Delgado y la Sra. Analía Molina), quienes manifestaron diferentes problemáticas institucionales, siendo la más relevante, de acuerdo a los resultados arrojados, la intervención con pacientes que presentan patologías duales.

Tomando en consideración los antecedentes sobre el trabajo con patología dual en diferentes modalidades de abordaje, y a raíz del resultado de las entrevistas en la Asociación Nazareth, se evidencia que este dispositivo, a lo largo del tiempo ha tenido que adaptar sus técnicas y recursos terapéuticos con el fin de brindar tratamiento a los diferentes colectivos, por lo tanto se considera que el trabajo con el personal, en base a las dificultades que presentan frente a la intervención con la comorbilidad psiquiátrica, va a beneficiar la calidad de la atención y las acciones que éstos producirán sobre los pacientes.

Por tal motivo este tipo de patologías deben ser abordadas de forma específica, diversificándose los objetivos, las herramientas de tratamiento y reforzando así la intervención en dichos trastornos. Cabe señalar que las estrategias no sólo debe estar centrada en brindar información a los técnicos de Salud Mental en Drogodependencias y a los de Drogodependencias en Salud Mental, sino tender a una visión integradora sobre los trastornos duales, evitando la fragmentación de los miembros del equipo tratante, ya que, y siguiendo lo planteado por De León (2004) e Iglesias y Marcos Sierra (2000), se evidencia que existe dificultades en el trabajo sobre estos pacientes, aunque se les incluya en programas de atención de drogodependencias o psiquiátrica, generando resistencias en los equipos terapéuticos, a través de dificultades en la admisión a tratamiento, desvío hacia otros equipos e incluso rechazo por considerarlos intratables o de mal pronóstico.

Por lo tanto se propone como objetivo del siguiente trabajo, realizar talleres reflexivos sobre el abordaje de la patología dual destinados al personal de la Asociación Nazareth, contribuyendo, de este modo, a reforzar sus actitudes y aptitudes optimizando los recursos humanos, de mencionada institución, con el fin de brindar un espacio de contención grupal que posibilite conocer y trabajar las ansiedades y dificultades que se genera en la intervención cotidiana con pacientes considerados de difícil acceso.

Estos talleres presentarán como beneficio la construcción de un grupo de trabajo que opere en forma cohesionada, ya que se considera que la fragmentación que presentan los asistidos a los cuales abocan su tarea diaria, muchas veces se ve reflejada en los actos comunitarios que desempeñan los terapeutas dentro de la CT, quienes son los encargados de brindar cohesión frente a la fragmentación desestructurante del sujeto en crisis. Permitiendo de esta manera desarrollar modificaciones saludables para el colectivo comunitario, desempeñándose como auxiliar y no como quien sostiene y opera desde la salud y no desde la enfermedad.

## MARCO CONCEPTUAL

### *1. Reformas en los servicios de salud mental, nacimiento de las Comunidades Terapéuticas.*

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la finalidad con la cual la sociedad recurría a los dispositivos de salud mental se vio tergiversada, debido a que fueron utilizadas como centros de reclutamiento de sujetos. Lo cual trajo aparejada la necesidad de modificar el uso que se hacía de las instituciones, siendo este el apartar y reprimir a personas consideradas “molestas” o socialmente disconformes.

Frente a dicha situación, Comas Arnau (2006) plantea el surgimiento de críticas orientadas hacia la inexistencia de criterios claros que sustentaran la internación de los considerados “locos”, lo que produjo la expulsión de los reclusos, ocasionando abandonos debido a la falta de recursos sanitarios a los cuales acudir. Además se generaron planteamientos en relación a las carencias técnicas institucionales, proponiendo realizar procesos diagnósticos previos a las internaciones, con el fin de evitar que perfiles inadecuados fuesen dirigidos hacia una institución que se viese limitada en el tratamiento a brindar, de esta forma se comenzaría a valorar la internación como una oportunidad terapéutica, como lugar para la reparación y no como depósito indiscriminado.

Al psiquiatra social, Maxwel Jones, se lo considera como el fundador de las Comunidades Terapéuticas (CTs), utilizó el termino por primera vez en el año 1952, refiriéndose a una nueva modalidad de tratamiento de salud mental con ex combatientes de la segunda guerra mundial; movimiento que ofreció respuestas a los interrogantes antes mencionados: la necesidad de modificar y mejorar la atención a pacientes psiquiátricos. Este movimiento técnico y asistencial, fue considerado y recomendado por los comités de expertos de la OMS (1953, 1957 y 1959) como el recurso a implementar en los diferentes países como una alternativa ante la reforma de la salud mental hasta principios de los años '80, ya que a partir de este momento el desinternamiento creciente a nivel mundial, además de los altos costos que estas generaban a las políticas sanitarias,

hizo desvanecer la creencia de ser impuesta como alternativa para atender los problemas de salud mental de la población.

Este nuevo dispositivo, conocido como modelo Jones, era extensible al ámbito de salud mental y a otras problemáticas tales como la atención a adictos a drogas.

En este sentido, Goti (2000) expresa que las CT de uso exclusivo para la atención a toxicodependientes, surge con la necesidad de sumar a este colectivo dentro de los programas destinados a la atención, a sujetos con problemas de alcoholismo. Frente a esto Charles Dederich, alcohólico rehabilitado, comprueba que el modelo ambulatorio de alcohólicos anónimos (A.A.) no era eficaz, ya que se necesitaba implementar el aislamiento o la residencia de éstos en lugares “casas” libres de drogas. En el año 1958, funda Synanon, la primera CT de uso exclusivo para la rehabilitación de drogadictos. Este movimiento tuvo serias dificultades para adaptarse a los avatares sociales y culturales de la época, como así también al progreso mismo de la enfermedad a la que destinaban su tarea.

Sin embargo, fue en el año 1963, cuando egresados de Synanon, le dieron comienzo al modelo conocido como Daytop, incluyendo en éste a profesionales entre los operadores (rol exclusivo de ex adictos). Es, siguiendo este modelo que comienza a expandirse el movimiento de las CT a nivel mundial, siendo el elemento terapéutico de mayor eficacia en el tratamiento de adicciones. Por otra parte, en Italia (1969) a partir de Daytop, nace el Proyecto Hombre que incluyó nuevos instrumentos más acordes a la realidad cultural y familiar europea y latina.

Ambos tipos de CTs, tanto el modelo Jones como Daytop, y las modificaciones de éstas, fueron el puntapié inicial en la creación de otros modelos asistenciales actuales, dando origen a identidades diferenciadas y estructuras propias, además de estar inscriptas sobre tradiciones ideológicas alternativas. Sin embargo el trabajo cotidiano que realizan en relación a la metodología de las CTs en cada uno de los modelos, es muy similar en el ámbito de la atención a los adictos a drogas.

### 1.1 La Comunidad Terapéutica según el “Modelo Jones” (modelo europeo)

Esta nueva modalidad de tratamiento instauró modificaciones en las particularidades que presentaban los tradicionales servicios de salud mental. En este sentido, Goti (2000) expresa que las características de la Comunidad Terapéutica Psiquiátrica de Jones son:

- Nivelación de las jerarquías entre médicos y pacientes, sanos y enfermos.
- Visión holística del hospital.
- Actitud permisiva.
- El incremento en la participación de los pacientes, generando espacios en situaciones de igualdad e introduciendo asambleas generales en las que participan médicos y pacientes, destinadas a la organización diaria de las actividades.
- Ampliación de la base de la terapia.
- Rehabilitación.

Comas Arnau (2006), además de las particularidades mencionadas anteriormente, expone que para llevar a cabo esta metodología era necesario un grupo de profesionales con título habilitante y formados para actuar según un criterio democrático, por ser esta la base de la propuesta terapéutica de Jones. Cabe aclarar que en el equipo de trabajo podían coexistir personas que hayan sufrido problemáticas similares a la de los usuarios, siempre que contaran con una preparación que justificara su rol, además se consideraba que estos proporcionaban un mayor grado de empatía.

La incorporación de la socio-terapia, por medio de talleres y prácticas educativas, tenían como objetivo el permitirles a los sujetos adquirir habilidades sociales y asumir responsabilidades en forma progresiva, utilizando la confrontación como herramienta para la resolución de los problemas. En forma gradual estos recursos terapéuticos les daban la posibilidad a los pacientes de abandonar la posición pasiva de enfermos, reforzando el trabajo con las áreas libres de conflictos y dando comienzo a una participación activa en sus procesos de rehabilitación.

Es de esta manera que el modo democrático en el accionar terapéutico fue planteado por Jones en contraposición al autoritarismo vivenciado por los pacientes en las instituciones psiquiátricas. Al suprimir la asimetría entre médicos y pacientes intentó generar una visión de ciudadanos miembros de una misma sociedad en la que, como sujeto, se tiene derechos y obligaciones a cumplir. Esto plantea la imperiosa necesidad de

que los roles sean complementarios y explícitos, realizando la distinción en base al saber y a la utilización del mismo en términos de brindar ayuda y atender eficazmente las necesidades de las personas. Cabe aclarar que esta distinción en relación al saber deja entrever desigualdades, no siendo estas contempladas por el creador de la CT psiquiátrica.

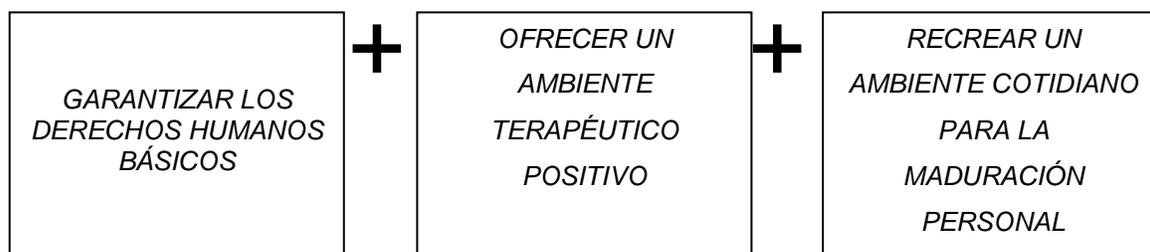
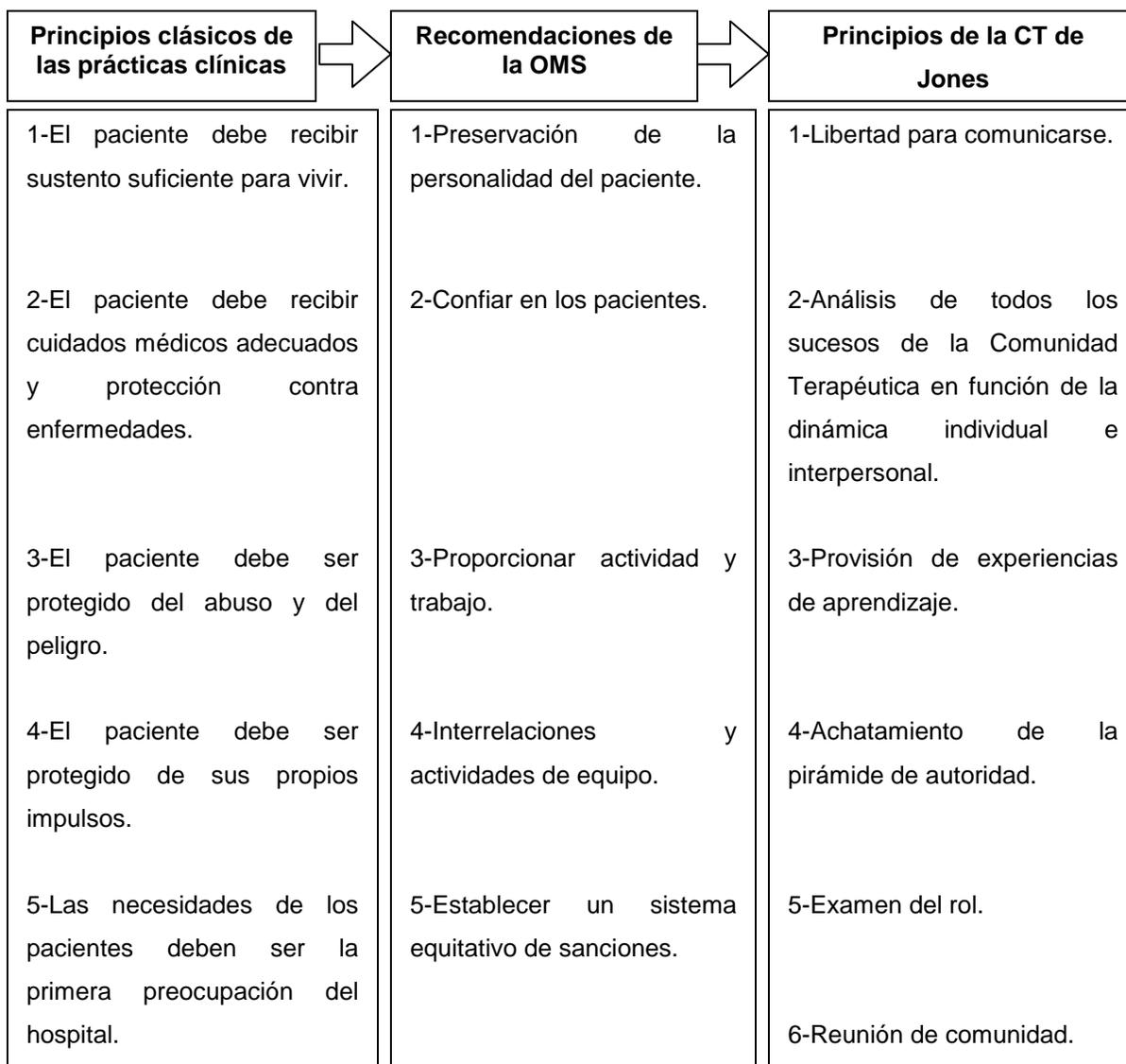
Este modelo asistencial hacía especial hincapié en la unidad entre los profesionales, dando prioridad a las tareas de trabajo en equipo y haciendo énfasis en una comunicación fluida entre estos, de manera que posibilitara el acceso a información sobre las características, necesidades y procesos terapéuticos de los pacientes, ya que como lo expresa Jones en 1976 (citado en Comas Arnau, 2006) la CT es un “sistema comunicativo”, que conforma un espacio holístico para la aplicación práctica de todas las ideas, orientaciones teóricas y metodológicas posibles, en otras palabras sería un sistema cerrado pero operativamente abierto, debido a que la información fluye sin ningún límite; es un proceso constante de organización en relación con la información externa. Esta nueva modalidad de terapia trataba de englobar orientaciones teóricas tales como el psicoanálisis, el conductismo y la sistémica. Al mismo tiempo propone como parte del encuadre institucional el número de horas mínimas de reunión y establecer qué profesionales debían participar de las mismas, como así también, las tareas que a cada miembro les correspondía desarrollar.

No obstante, De León (2004), amplía su visión sobre el trabajo en equipo, propuesto por Jones, enunciando que era a raíz de este buen funcionamiento grupal que la democratización se veía posibilitaba y sostenida teniendo como fin, que todas las relaciones fuesen potencialmente terapéuticas, considerando que la organización general afectaba al resultado terapéutico por lo que debía mantenerse un equilibrio entre aceptación, control y tolerancia a las actividades autodestructivas de los usuarios. Frente a esto, el grupo estaba orientado hacia un trabajo productivo con propósito constructivo, mediante técnicas educativas y presión grupal que posibilitaran un rápido regreso a la sociedad, generando un ambiente que maximizara los efectos terapéutico y que no fuese solamente un escenario para el tratamiento.

Además, en la XXI conferencia mundial de comunidades terapéuticas realizada en el año 1998 en Colombia, Grimson y otros manifiestan que anteriormente al “Modelo Jones” la tarea realizada por los médicos psiquiatras se limitaba a la descripción y clasificación

de los síntomas que presentaban los pacientes, sin arribar a una precisión en el diagnóstico que posibilitara el abordaje adecuado de cada caso en particular, posibilitando la planificación y organización de la internación y la puesta en práctica de un programa terapéutico.

Se considera que la evolución de la reforma psiquiátrica fue diagramada por David Clark en 1964 (citado en Comas Arnau, 2006), a lo que llamó “la conformación de un ambiente terapéutico en el área de la salud mental” comenzando con los principios éticos de la práctica clínica clásica, siguiendo con las recomendaciones del Comité de Externos de la OMS de 1952 y concluye con los principios de la CT de Jones.



*1.2 La Comunidad Terapéutica según el “Modelo Daytop” (modelo americano)*

El surgimiento de Daytop, situado en 1963, está relacionado en forma directa a movimientos tales como: Alcohólicos Anónimos (A.A) y Synanon, de quienes ha recibido

valiosas aportaciones, que con el paso del tiempo fueron reemplazadas y/o criticadas posibilitando la consolidación del modelo americano, como modalidad de tratamiento residencial en Comunidad Terapéutica de uso exclusivo para drogadependientes, con alta aceptación a nivel mundial, evidenciando que 2 de 4 adictos eligen la CT como dispositivo rehabilitador (Goti, 1990).

El objetivo principal de la CT norteamericana fue ofrecer al adicto un “medio familiar” que le permitiera desarrollar sentimientos de pertenencia grupal. Por dicho motivo, Comas Arnau (2006) plantea que Synanon actuaba como una “familia sustituta” ubicada en un lugar físico donde los drogadependientes desarrollaban su “proyecto de vida” al margen de la sociedad. La metodología utilizada por Synanon y AA era la auto-ayuda, ya que consideraban que la recuperación estaba ligada a la capacidad de los sujetos de curar y modificar, en base a esto es que Anglin y otros (1976) plantean que la curación se produce fundamentalmente a través de las relaciones terapéuticas entre pares.

Además de las semejanzas antes mencionadas, De León (2004) expone la existencia de diferencias entre Synanon y AA, siendo la más notable el cambio en la modalidad de trabajo, ya que AA planteaba reuniones con frecuencia semanal (modalidad ambulatoria) y Synanon genera un espacio residencial, que incluye diferentes actividades de la vida diaria, el trabajo, las relaciones y el ocio. De esta manera, lo que se buscaba era la modificación psicológica y del estilo de vida de los residentes, que comenzaba a partir de la sobriedad, ampliando los objetivos específicos de los grupos de AA que estaban orientados a mantener la abstinencia, no siendo una restricción para la participación grupal el ser bebedores activos. En Synanon la abstinencia era condición para todos los integrantes, convirtiéndose en una norma cardinal vigente en las CTs contemporáneas. A pesar de esto, en la actualidad las recaídas en el consumo son abordadas con mayor flexibilidad que en el modelo de Dederich, en donde no se admitían reingresos.

López Goñi (2005), expone los factores característicos de Synanon, que describen su falta de crítica interna y externa que influyeron en la caída de este modelo.

1) Indicadores de insuficiente crítica interna:

- El poder no era discutido y residía en una sola persona.

- Los participantes del programa debían adherirse como seguidores de una filosofía y de una religión.
- La dirección de la Comunidad estaba a cargo de los propios ex – adictos, quienes se organizaban en forma jerárquica distribuyéndose todas las tareas y funciones, sin la intervención de personal calificado, debido a que rechazaban cualquier método de tratamiento formal que posibilitara la evaluación de los resultados terapéuticos.
- Se utiliza el rango jerárquico de la organización como reflejo de la actitud y de la conducta del residente, provocando frecuentes y rápidos cambios de posición jerárquica.
- Las reuniones grupales, se caracterizaban por los llamados “Juegos Synanon” en los que se exponía al residente a un continuo ataque por parte de los demás miembros de la comunidad, expresando cuáles eran los aspectos personales que debían ser modificados, ya que por medio de estos perseguían una reacción purificadora.
- Se rechazaba a la etapa de reinserción por considerar a la sociedad como incompatible con el toxicómano, planteándose como única posibilidad de mantenimiento de la abstinencia la permanencia indefinida en la organización.

## 2) Indicadores de falta de crítica externa.

- Autosuficiencia económica, por medio de negocios dirigidos por los propios residentes y donaciones particulares que implicaron la falta de control por parte de las entidades públicas.
- La ausencia en foros y conferencias nacionales y/o internacionales sobre Comunidades Terapéuticas.
- Las visitas a Synanon estaban basadas en la contemplación del funcionamiento, no pudiendo interactuar con los residentes.

Además de las características mencionadas con anterioridad (falta de crítica interna y externa), Marsan (1990), comenta que Synanon dejó de funcionar como una CT debido a que fue convirtiéndose en un fenómeno de seguidismo de un gurú idolatrado, Dederich. Estas particularidades llevaron a que, David Deitch -colaborador de Dederich- y Daniel Casriel junto con monseñor O’Brien (obispo de la iglesia católica)

fundaran la Comunidad Terapéutica Daytop, con el fin de brindar respuesta a los problemas de adicciones, sin principios absolutistas que condicionaran el tratamiento para drogadependientes. Debido a la influencia de la iglesia católica, Daytop (2003) comenta que fue posible que este modelo terapéutico se extendiera a países tales como Italia y España.

Según, Duran-Dassier (1994), el tratamiento de Daytop Village se basó en cuatro fuentes:

1. La *cultura americana*, planteando que los principios sobre los que reposa Daytop son: la tendencia a la agrupación, el procedimiento de discusión, la continúa interacción con los demás, además de la tolerancia y la auto-superación, conformando así una visión del trabajo. No obstante, existe una predisposición a la movilidad, tanto geográfica como de roles.

2. *Alcohólicos Anónimos*, aportando el concepto de auto-ayuda.

3. *Carls Rogers*. Debido a que se considera esencial la autenticidad en la acogida al otro, siendo éste el éxito en el que se basa la terapia de Rogers.

4. *El Conductismo*, entendido como el comportamiento objetivo. Es el objeto de modificación en los usuarios de la CT Daytop, que permite diferenciar a la persona del comportamiento, alejando los juicios sobre el sujeto y procurando mejoras en el comportamiento, considerando que la confrontación al error del otro es la expresión de la ayuda comunitaria.

Este modelo asistencial ha sido el precursor en la incorporación de profesionales al equipo terapéutico, formando un staff mixto, que ejemplificaba los roles y comportamientos que debían ser imitados por los residentes, mediante la existencia de un sistema rígido compuesto de normas que definen cuáles son los comportamientos permitidos y/o prohibidos dentro de la CT, siendo las tres prohibiciones básicas: no drogas ni alcohol, no violencia, no sexo; estas normas cardinales son vigentes en diferentes programas (Gradiva, Proyecto Hombre, Programa Cambio, Asociación Nazareth, entre otros). Según Mansilla (2001) la estructura de Daytop fue piramidal, altamente jerarquizada y basada en sistemas de recompensas y castigos; premiando conductas “aceptadas” y recurriendo al castigo de las actitudes que obstaculizaran la incorporación de los valores de la vida, ya que estos eran las premisas que debían guiar las relaciones dentro de la CT y en su posterior reinserción. Sin embargo, el sistema de auto-ayuda también brindaba la posibilidad de modificar la conducta, ya que las acciones del otro actuaban como espejo de las propias.

La incorporación de valores favorecía la reintegración del sujeto a la sociedad, sin embargo, esto se podía realizar después de haber transcurrido el tiempo de internación estipulado en 12 o 18 meses, luego el programa establecía una segunda fase llamada de reintegración social, con una duración de 6 o 8 semanas. En este período del tratamiento, la terapia familiar por medio de grupos de encuentros facilitaba el proceso de reinserción, además de representar uno de los aspectos terapéuticos más significativos de Daytop.

Siguiendo lo planteado por Ruíz de Alegria (1994), los usuarios de Daytop participaban de diferentes espacios, que se aproximan a las terapias grupales más convencionales, pudiendo establecer diferencias entre:

- Grupos de encuentro, realizado tres veces por semana y con una duración aproximada de 2 horas, orientados a la expresión de la vivencia interna de los residentes, al examen de los comportamientos de los miembros de la CT y a la confrontación grupal.
- Grupos terapéuticos tales como: grupos dinámicos (de expresión y clarificación de sentimientos) y grupo estático (tienen por objetivo el profundizar en los conflictos de los residentes a partir de sus historias).

## 2. *Adaptación de los principios terapéuticos de Daytop a la sociedad Italiana y Española.*

Los factores característicos de Daytop, son citados por Comas Arnau (2006), Grimson (1998) y Soave (1994) ya que el modelo americano, es considerado como quien sentó las bases de las actuales Comunidades Terapéuticas para Drogadependientes, siendo éstas reconocidas por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (FMCT).

### 2.1. *Inicio de Proyecto Hombre en Italia.*

Desde el año 1968 en Italia el sacerdote Mario Picci ha intentado dar respuesta a casos de drogadependencia, por tal motivo creó en el año 1971 el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS). Debido a la alta demanda de asistencia al año siguiente, el CeIS comenzó a acoger a drogadependientes sin estar validada como modalidad de tratamiento. Siendo los inicios de continuados esfuerzos orientados a la creación de una red asistencial. De esta manera, en el año 1979, partiendo de las consultas y el asesoramiento de ex-toxicómanos de Daytop fue fundado Progetto Uomo.

El CeIS ha impulsado la creación de nuevos centros, siguiendo con la metodología vivencial característica de la comunidad de Daytop, en la cual ex – usuarios del programa adiestraban a los que iban a ser posteriormente terapeutas o miembros del staff de la nueva comunidad. Otra de las características de esta formación es que los nuevos terapeutas en su estancia en CT, asumían el rol de los internos y pasaban por las diferentes fases en las que se constituía el tratamiento en la Comunidad Terapéutica; esta particularidad se realiza en la etapa de formación de algunas CTs tal como Asociación Nazareth.

Aresti (1994), manifiesta que el potencial del Progetto Uomo se debió a la implementación activa de la familia del consumidor. Dicho modelo de tratamiento ha ido evolucionando y se ha implementado en diferentes países, siendo uno de ellos la creación del Proyecto Hombre en España.

## *2.2 Proyecto Hombre en España*

Es a partir de la década del '80 que aparece el Proyecto Hombre en España (PHE), su implementación apareció como respuesta de diferentes diócesis a la demanda de Programas de Tratamiento para el abuso de drogas. Frente a esta situación, la modalidad de trabajo del Progetto Uomo, aparecía como una válida alternativa. Debido a esto se presentaba como necesaria la capacitación del equipo asistencial del PHE. De esta manera el conocimiento sobre la modalidad de trabajo, las técnicas y prácticas de Progetto Uomo, fueron transmitidas al equipo español quienes realizaron estancias formativas en Italia en diferentes CTs referenciales. Una vez finalizado el proceso formativo, se inaugura en Madrid el primer Centro de Proyecto Hombre en el año 1984.

Proyecto Hombre por medio de su carta fundacional manifiesta cuáles son sus principios rectores:

- 1) Se trata de un Programa sin fines lucrativos.
- 2) El Programa no es eclesial. (Aconfesional, el Programa no se inserta en la pastoral de conjunto de la Iglesia local o nacional).
- 3) El Programa no se coloca en el área de los partidos políticos.
- 4) Se trata de un programa abierto a todos los jóvenes.
- 5) No es un Programa de índole sanitario.
- 6) Es un Programa Terapéutico-Educativo.
- 7) Al grupo de operadores del Programa Terapéutico se les pide disponibilidad en el servicio y profesionalidad en la intervención, y no se discriminará a ninguno por sus ideas políticas o religiosas.

- 8) Los operadores reciben una formación según las indicaciones del Coordinador Técnico de la Escuela de Formación.
- 9) El Programa rechaza cualquier tipo de violencia.
- 10) El proceso terapéutico es voluntario.
- 11) El Programa también se dirige en su atención a las familias.

Sin embargo, autores como Comas Arnau (2006), manifiesta que éstos (los centros de PH) son independientes entre y sí y están siendo regidos y mantenidos por fundaciones tales como Cáritas Diocesana, además de otras entidades vinculadas a la Iglesia Católica; de esta forma existen contradicciones entre el 1 y 2 de los principios rectores antes expuestos.

En el primer congreso nacional de la Asociación Proyecto Hombre, en relación al punto 7 y 8, Núñez García (1994), ha manifestado que “...*los distintos programas de Proyecto Hombre no podrían subsistir ni llevar a cabo su acción sin la colaboración del voluntariado...*” ya que considera que el programa terapéutico-educativo de PH ha nacido sobre la base de la solidaridad y el voluntariado. De esta manera, podríamos decir que el grupo terapéutico es mixto (profesionales y no profesionales).

En relación a las características del programa terapéutico de Proyecto Hombre, Mario Picci (1995), manifiesta que la forma de transmisión de los conocimientos desde los inicios en Synanon -pasando por Daytop hasta llegar a PH de Italia y España- han generado en la práctica, un accionar rígido, siendo el componente experiencial vivenciado por los precursores de la CT de gran importancia. Así los testimonios se han convertido en la parte fundamental y referente para la justificación del método vigente en las CTs.

Frente a esto, Ottenberg (1994) manifiesta que cada CT posee una “especie de personalidad”, por lo tanto expone que al hablar de ellas hay que tener ciertos recaudos, ya que ningún modelo de CT puede ser pensado y concebido como representación de todas las demás, debido a que todas las estructuras organizativas, los proyectos, los modelos de intervención y los métodos utilizados, han estado en un continuo proceso de cambio, lo que ha generado que cada una de éstas difiera de las demás, debido a que tienen su propia composición y su propia forma de operar que las hace únicas, aunque hayan sido copiadas de otras.

Es en este sentido que Soave (1994) considera que una de las características del PH, es el ambiente terapéutico-educativo del tratamiento, fundado en una “filosofía de vida antipsiquiátrica y personalista”. Ésta, se encuentra basada en el concepto de auto ayuda y solidaridad, entendiendo a la primera como la relación de persona a persona. Así la autorevelación de sí mismo y el confronto, posibilitan que el sujeto reciba el apoyo necesario para hacer lo que cree que solo no

podrá cumplir. Esta filosofía es utilizada por diferentes modelos, siendo la traducción de la originaria guía del programa Daytop.

## FILOSOFÍA

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

*Hasta que una persona no se confronta en los ojos y en el corazón de los demás escapa. Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos no se libera de ellos. Si tiene miedo de darse a conocer a los otros, al final, no podrá conocerse a sí mismo y a los demás. Estará solo.*

*¿Dónde podremos conocernos mejor, sino en nuestros puntos comunes?*

*Aquí juntos, una persona puede manifestarse claramente, no como el gigante de sus sueños, ni el enano de sus miedos, sino como una persona, parte de un todo con su aportación a los demás.*

*Sobre esta base podremos enraizarnos y crecer, no solos en la muerte, sino vivos para nosotros mismos y para los demás”.*

*Richard Beauvais*

Siguiendo lo planteado por este autor, el objetivo del tratamiento es promover un proceso de desarrollo personal, por medio de la interacción social, tendiente a la autonomía del adicto.

El programa del PH esta constituido por fases y sub - fases que delimitan el momento por el cual atraviesa el usuario, descritas por Azpilicueta y Domench (1992); Marsan (1987) y Picchi (1995):

### 1) Fase de Acogida:

Fase de acceso al programa con modalidad ambulatoria. Su objetivo es mantener abstinencia y desintoxicación, esta última se basa en la toma de medidas conductuales para evitar el consumo durante el síndrome de abstinencia: no dejar solo al paciente, retirar cualquier tipo de droga a su alcance, imposibilitar el acceso al dinero, etc. Por lo que se forma a los familiares para que resguarden al adicto de situaciones riesgosas. Previo al ingreso al programa, se busca la desintoxicación en un período denominado de “coloquios” (entrevistas individuales).

Una vez superada la desintoxicación, se accede a la estructura de la fase de Acogida, basada en grupos de iguales. Es el llamado *Grupo de Orientación* (2 meses de duración) donde se comentan las dificultades de los primeros momentos de abstinencia, buscando normalizar los ritmos del sueño y las comidas.

La segunda subfase se llama *Intermedio* (4 meses de duración), en ésta el grupo valora la participación y colaboración en el hogar, buscando a partir de las vivencias en lo cotidiano, adquirir la conciencia de que “el problema no está en la sustancia, sino en el propio asistido”.

El tercer grupo es el de *Precomunidad* (2 meses de duración), en éste se realizaba la anamnesis personal (relato de la propia vida), fundamental para los grupos de Comunidad Terapéutica. Esta anamnesis se llevaba a cabo en forma individual con un terapeuta.

## 2) Comunidad Terapéutica:

Esta fase contiene dos sub-fases diferenciadas: antes y después de comenzar las salidas de fin de semana. La primera podría corresponderse con los primeros 6 meses de estancia, estando caracterizada por la ausencia de salidas de la CT (más allá de las necesarias) y con acompañamiento de otros miembros de la comunidad.

Dos grupos terapéuticos ocupan básicamente la actividad del paciente:

- El grupo dinámico: con dos sesiones por semana, en él cada miembro expone los sentimientos vividos en determinadas situaciones.
- El grupo estático: un residente que finalizase su período de internación en Comunidad, realiza tres de estos grupos en los que expone sus comportamientos y vivencias a lo largo de su vida.

Por medio de ambos grupos, y otros elementos de disciplina y organización diarios, se prepara un encuentro con la familia, en el que se sientan las bases de la relación familiar y con el objetivo de preparar las salidas y el paso a la fase de Reinserción.

Las salidas de fin de semana se planifican rigurosamente y se controlan de forma minuciosa enfocándolas a la reinserción social. Esto es, conseguir y/o retomar amistades no consumidoras de drogas ilegales, exploración y/o recuperación de actividades de ocio y tiempo libre, etc. Tras una media de diez o doce salidas de fin de semana, se plantea una auto-evaluación para proceder a la siguiente fase: Comunidad Terapéutica de Reinserción.

## 3) Comunidad Terapéutica de Reinserción

La tercera fase de *Comunidad Terapéutica de Reinserción* se dividía en tres sub-fases:

- Fase "A" (2 meses de duración): el régimen de internación no se efectúa durante toda la semana, el objetivo es el empleo del tiempo libre.
- Fase "B" de Reinserción (4 meses de duración): los pacientes comienzan a trabajar, residen en sus hogares y asisten en forma semanal.

- Fase C de Reinserción (6 meses de duración): el contacto con el programa es espaciado e individual, y ésta es una diferencia respecto a las fases anteriores, habitualmente grupales. Posteriormente y tras un tiempo de distanciamiento del programa, se plantea una autovaloración personal dirigida a conseguir la condición de “Graduado”, esto es lo que en el ámbito sanitario sería el “alta”.

Con el fin de que los objetivos de éstas fases puedan ser logrados por los residentes, el tratamiento es regulado por normas fundamentales (no drogas, no sexo, no violencia), de esta manera se garantiza el espacio personal y se ve posibilitado el acceso a los recursos de cada componente del programa: 1) los recursos humanos, es decir, la persona con sus dificultades y aspiraciones, el grupo de iguales y los operadores. En relación a estos últimos, Soave (1994) los describe como personas capaces de leer el proceso, de compartir y de confrontar para que el adicto consiga los objetivos que se ha propuesto. 2) Los instrumentales (el grupo de auto ayuda, el coloquio, los seminarios, las actividades recreativas, creativas, la organización, las normas y valores), cumplen para Ottenberg (1994) la función de estimular con el fin de experimentar y adquirir nuevas capacidades, ya que el PH considera que el auténtico protagonista del proceso terapéutico es el residente, quien en forma gradual, y siendo favorecido por las modalidades ambientales, se apropia de los instrumentos a su disposición, y acompañado por sus compañeros y los operadores, experimenta y adquiere nuevos modos de ser.

### 3. *Comunidad Terapéutica: definiciones y clasificaciones.*

De acuerdo al recorrido histórico expuesto en el apartado anterior, podríamos decir que no existe una única definición de Comunidad Terapéutica, ya que en cada una de éstas se crean conceptos propios que le brindan identidad y delimitan sus funciones, finalidades, métodos, técnicas y usuarios.

Para Goti (2000), la CT es una modalidad de tratamiento residencial, además Rshaid (2005) amplía esta concepción, ya que no sólo la considera como un modo de abordaje terapéutico, sino como una manera particular y recortada de observar, actuar, operar, diagnosticar y pronosticar a la patología adictiva. No obstante, De León (2004) añade a éstas una concepción original y propia sobre el abuso de drogas, el residente, la vida sana y la recuperación. Gervasio y Campagna (s.f.), sostienen que la herramienta principal y prevalente de la CT es la acción institucional, siendo éste el instrumento terapéutico, que Santo-Domingo (2000) menciona como un entorno cerrado y

libre de drogas, utilizando el modelo conductual y la presión de los compañeros para modelar un estilo de vida sin consumo de drogas, favoreciendo el aprendizaje de estrategias y de socialización.

Por su parte, Ferrigno L. (1998) (Presidente de la Asociación Nazareth) sostiene que la CT es una organización que tiene como herramienta fundamental la acción institucional, actuando como instrumento terapéutico que se desarrolla sobre personas con problemas de abuso de drogas y sus familias. La CT se encuentra inmersa en un medio altamente estructurado con límites definidos, en donde la gente viviendo en comunidad se preocupa en ayudarse a sí mismo y a los demás con el fin de cambiar estilos de vida.

Aún cuando cada autor subraya elementos distintos, la Comunidad Terapéutica se caracterizaría como un abordaje terapéutico específico con características muy marcadas. Sin embargo, se pueden clasificar a las CT de acuerdo a ciertos elementos distintivos.

Frente a esto, Coduras (1990) aconseja la clasificación de las Comunidades Terapéuticas en tres ejes:

- Profesionalidad – Voluntariado: de acuerdo a la procedencia y preparación de los responsables. Pudiendo diferenciarse como comunidades con personal con titulación académica (CT Profesionales) y Comunidades con personal sin formación académica (CT No Profesionales). Además de la existencia de las Comunidades con personal mixto (Profesionales y No Profesionales).
- Confesionalidad – Aconfesionalidad: Según quiénes las impulsan y el tipo de actividad que promueven entre sus internos. Ya que, en algunas Comunidades Terapéuticas los servicios religiosos son parte de las actividades cotidianas y obligatorias.
- Gratuidad o no de los servicios: En esta categoría hay que destacar si se tiene acceso a subvenciones oficiales o si directamente la Comunidad Terapéutica está integrada en la red pública.

Estas tres categorías permitirían diferenciar las orientaciones de Comunidades Terapéuticas brindando la posibilidad de eliminar la existencia de movimientos sectarios como el que derivó de Synanon.

Cabe mencionar a otro teórico de importancia, Goti (2000), quien plantea similitudes en relación a las categorías antes enumeradas, y a su vez realiza nuevas distinciones. Entre estas menciona diversidades de acuerdo al lugar geográfico en el cual estén asentadas: CT Urbanas y CT Rurales, las cuales presentan particularidades en relación al equipo tratante.

Operadores \ Localización	Urbana	Rural
Ex - adictos	Poco frecuentes	Frecuencia media
Profesionales y Ex - adictos	Frecuencia media	Muy frecuente
Profesionales	Muy frecuente	Poco frecuente

Mencionada autora considera a la CT como una estructura jerárquica y mixta, pudiendo ser pública o privada. Enunciando que actualmente es el modelo mixto el que presenta mayor difusión en la rehabilitación de la drogadependencia. Sin embargo, López Goñi (2005), considera que la creciente profesionalización y especialización de los equipos terapéuticos han posibilitado la creación de CT adaptadas, que permiten brindar tratamiento a diferentes poblaciones, entre las cuales enumera a CTs para niños inhaladores, para pacientes duales, para obesos, entre otras, además de las que funcionan en los servicios penitenciarios.

#### 4. *Inicios de las Comunidades Terapéuticas como modalidad asistencial en Argentina.*

El inicio de las Comunidades Terapéuticas para adictos en nuestro país, no se presentaría de manera aislada, sino que estaría ligada a la necesidad vivenciada a nivel mundial de brindar tratamiento a los drogadependientes, ya que la falta de respuestas oportunas por parte de los servicios de salud, generaban reiterados fracasos agravando y desarrollando en los usuarios la sensación de marginalidad. Frente a esto Grimson (1998) plantea que en el año 1983, el inicio de la democracia en Argentina, posibilitó la emergencia de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), siendo algunas de éstas, especialistas en adicciones, las cuales desde hace unos años se han federado, posibilitando el desarrollo de un proceso de integración entre profesionales y no profesionales, para la creación de planes asistenciales y preventivos. De esta manera, se ha

reconocido por parte de las Comunidades Terapéuticas el valor del aporte de profesionales capacitados en el tema, y por parte de éstos, incorporar en forma positiva el conocimiento experiencial del Operador Socio terapéutico (OST), como un agente portador de la filosofía de las primeras CTs. Así se han recortado las distancias existentes entre OST y profesionales, llegando a la formación de CTs mixtas.

Estos programas han sido respaldados y subsidiados a nivel nacional y además han recibido el apoyo del Congreso Nacional, al establecer como obligación de las Obras Sociales y de los Sistemas de Seguro de Salud, el dar asistencia terapéutica en casos de Adicciones y de SIDA. De esta manera, el reconocimiento de las Comunidades Terapéuticas y de los programas ambulatorios que no requieren internación, son reconocidos y admitidos como prestadores válidos de acuerdo a una Resolución Conjunta del Ministerio de Salud y de la Secretaría Nacional (SEDRONAR). Cabe destacar que diferentes autores tales como Grimson (1998), Mansilla (2001) y Rshaid (2005) consideran que lo anteriormente expuesto se ha realizado gracias a los esfuerzos del Pastor Carlos Novelli, pionero y líder del movimiento de las CTs en Argentina, quien en el año 1973 viaja a Estados Unidos y comienza a bosquejar el Programa Andrés. Es en el '76 cuando se efectúa la inauguración del grupo de Programa Andrés, sin embargo este movimiento no detiene su búsqueda de información y experiencias, por lo que en el '84 viaja a EEUU contactándose con Daytop y con Progetto Uomo. Programa Andrés es una institución vigente en la ciudad de Córdoba, pero Mansilla (2001) destaca que Juan Carlos Rossi junto a Juana Ricci y Jorge Castro viajan a Progetto Uomo, y es a ha fines de los años '70 momento en el cual inauguran Viaje de Vuelta.

No obstante, fue durante el año 1986 cuando por primera vez en la Argentina, se profesionalizaba una Comunidad Terapéutica, ya que en este momento Elena Goti, quien había adquirido experiencia no sólo por su práctica en Daytop sino también por su paso por Progetto Uomo, ingresa a Programa Andrés.

En nuestro país existen 65 Comunidades Terapéuticas nucleadas en la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de Argentina (FONGA) y las mismas pertenecen a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT).

Las CTs han tenido que adaptarse paulatinamente a diferentes avatares que presenta la demanda de tratamiento, siendo uno de estos la incidencia de diversidades de usuarios que solicitan sus servicios. Desde este punto, organizaciones como FONGA y FLACT, han destinado parte de su tarea a la realización de eventos de carácter científico, como conferencias, seminarios

y congresos con la finalidad de ampliar los conocimientos de los miembros de las CTs como el llegar al establecimiento de pautas de funcionamiento y de evaluación de los programas vigentes, de esta manera se trata de hacer que el funcionamiento de este servicio de salud abandone el campo de las incógnitas y prácticas paralelas para convertirse en campos científicos de prácticas explícitas.

## 5. *Comunidad Terapéutica Nazareth*

Asociación Nazareth es una Comunidad Terapéutica Católica sin fines de lucro, adherida a FONGA y FLACT, dedicada a la prevención, asistencia y reinserción social de niños, jóvenes y adultos consumidores de drogas legales e ilegales.

El marco de referencia utilizado por la Institución es la teoría cognitivo-conductual y la teoría sistémica.

La concepción de residente y/o asistido es la de sujeto activo en su propia cura a través de una organización que está puesta al servicio de comprenderlo y ayudarlo a cambiar, siendo respetado como persona. Además se considera que la familia de los residentes, deben ser incluidos en el programa con participación activa, que permita modificar actitudes a través de distintas técnicas dirigidas a cambiar el marco relacional y vincular para posibilitar una realidad diferente.

Su equipo terapéutico es multidisciplinario, compuesto por médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, profesores, operadores socio-terapéuticos (O.S.T) y ex adictos. En relación al staff, Ferrigno, M (1999) manifiesta que el medio comunitario amplía la concepción del modelo tradicional de pareja terapéutica, ya que el concepto de rol terapéutico abarca la capacidad de cualquier persona de entablar un vínculo vital que pueda servir para entender situaciones patológicas, para brindar ayuda o preservar el funcionamiento de la institución asistencial.

Este proceso de vida en la CT va reconectando al drogadependiente con el mundo en una situación en la que es partícipe activo, y no el sujeto pasivo, de una cura que le va a ser dada desde afuera de sí mismo, debido a esto Ferrigno, M (1998) manifiesta que el adicto en tratamiento necesita sentirse en familia, encontrarse con otros y llegar a experimentar un verdadero nosotros a través de las herramientas de la CT, de grupos y seminarios con el fin de

construir sus proyectos de vida para luego atravesar la etapa de reinserción social, donde es acompañado por el equipo y el grupo en la confirmación de valores, continuando con la experiencia de encontrarse y prepararse para la sociedad.

Ferrigno, L (1998) considera a la CT como una institución que ofrece un marco social reestructurado de la personalidad adicta, por lo cual plantea la existencia de principios generales que deben regir a la organización comunitaria:

1. Principio de autoridad: la CT apoya su estructura en un principio de autoridad basado en el cariño, en el respeto y en la conducción de la persona hacia el logro de la autodeterminación, entendiendo a la libertad como responsabilidad en acción. Este principio genera la instalación de normas que van a organizar el funcionamiento del conjunto. Deben ser explícitas y conllevar un permanente análisis del accionar de las personas respecto de las mismas.

2. El encuadre de la tarea institucional: el modelo de encuadre generado por las normas y el modelo de autoridad requiere un permanente estudio y mejora para generar lazos sólidos entre los miembros de la comunidad. Lo importante es comprender que la norma debe respetarse, no importa cual sea, que su ruptura implica una consecuencia, y que la relación teórica entre la norma, su transgresión y la consecuencia inmediata funcionan con igual fluidez en la práctica.

3. Principio de pertenencia a una organización: la institución es la base de la actividad de sus miembros y es la función del conjunto donde las actividades terapéuticas adquieren sentido.

El organizador social básico al cual apunta es el tiempo y el espacio, ya que para cada actividad hay un tiempo y un lugar además de las condiciones para realizarlo. De esta manera Klent (1998) considera que la organización asistencial así desplegada se convierte en un instrumento transformador de personalidades, ya que la patología adictiva necesita de un continente con un alto grado de conciencia sobre sus objetivos para que el contenido técnico-operativo se posicione en condiciones de realizar dichos objetivos. Es el sistema vigente en la Comunidad Terapéutica quien actúa como continente que pretende sacar al paciente de un estado de rigidez y defensa, de esta manera consigue dar plasticidad a sus conductas posibilitando el poder pensar, sentir, desarrollar tareas y ver los resultados de la misma. Así el asistido se va preparando para la futura externación, haciéndose efectiva su reinserción social.

El programa terapéutico de Nazareth está dividido en diferentes fases ("A", "B", "C"), las cuales poseen duración y objetivos específicos. El logro de los mismos determina el paso a la siguiente fase del tratamiento, que implican la residencia en la CT u Hospital de Día. Estas dos modalidades asistenciales no presentan diferencias significativas en cuanto a los objetivos a trabajar, debido a

esto Ferrigno M. (1999) manifiesta que la concepción de CT, debe realizarse en base a la filosofía vigente en la misma que trasciende a la modalidad de internación, pudiendo utilizarse el término al referirnos a centros de día y a tratamientos ambulatorios.

Los objetivos de las distintas fases del programa terapéutico son los siguientes:

La fase “A”, tiene una duración aproximada de tres meses, cuyos objetivos son: la abstinencia, desintoxicación, vida comunitaria, ruptura de códigos callejeros, expresión de sentimientos e higiene personal.

La duración de la segunda fase (“B”), es de siete meses, los objetivos aquí son: el manejo de la abstinencia, adquisición de responsabilidades en forma progresiva, reconstrucción de la historia personal y familiar, resolución de conflictos, conciencia del otro, manejo del poder, programar la expresión (identificación y manejo de los sentimientos), maduración espiritual, profundización de la identidad sexual y respeto por el sexo opuesto, relación con el mundo externo, conocimiento de la realidad social, manejo del dinero, formación cívica, proyección comunitaria, educación para la salud y tratamiento de enfermedades específicas.

La fase “C”, tiene como duración dos meses y los objetivos que la componen son: el desprendimiento (manejar las dos etapas, interdependencia e independencia), la negociación con la familia, la presentación de la red social, el manejo del tiempo libre y la formulación del proyecto vital.

A continuación se detallan las diferentes actividades terapéuticas que se realizan en la Comunidad Nazareth, en su modalidad de internación y hospital de día:

Confronto: Interacción en la que el asistido que confronta interroga sobre una conducta realizada por su par, no acorde con los valores de vida a los que el asistido debería tender. El objetivo de esta técnica es que el confrontado revea su actitud a la luz de dichos valores y tome una decisión frente a sus futuras conductas.

Asambleas de Pull-Up: Modalidad específica de presión de grupo sobre un asistido cuando el canal del confronto no alcanzó. El objetivo consiste que entre asistidos se den enseñanzas.

Reconocimiento: Verbalización de agradecimiento o valoración de alguna conducta o virtud de un asistido a otro.

Dinámicos: Espacio destinado a expresar el/los sentimientos que fueron provocados por una determinada situación y/o actitudes realizadas por otros asistidos. Los sentimientos a expresar pueden ser negativos o positivos.

Peticiones: Pedidos basados en necesidades utilizando la escala de roles desde los asistidos al operador.

Terapia Individual: En este espacio se trabaja la historia familiar y adictiva del sujeto, teniendo presente el trabajo de los objetivos de la fase a la que pertenece como así también el sostenimiento de los ya adquiridos.

Terapia de grupo: los integrantes son residentes de la misma fase del programa, aquí se trabajan dinámicas de grupo que guardan relación a los objetivos de las fases.

Previamente al Alta Asistida (duración de 24 meses), se atraviesa en el tratamiento la etapa de Reinserción Social, dividida en, Reinserción Social Fase "A" (Ambulatoria) y Reinserción Social Fase "B" (Ambulatoria) y Reinserción Social Fase "C" (Ambulatoria). La duración de cada una de ellas es de cuatro meses. Los objetivos de la R.S (Reinserción Social) por fase son los siguientes:

Fase "A" de R.S.: abstinencia, cumplimiento de los objetivos primarios del proyecto de vida: construcción de la red social, trabajo y/o estudio, relación familiar, control familiar del dinero, manejo del tiempo libre.

Fase "B" de R.S.: todos los anteriores y el cumplimiento de los objetivos secundarios: estabilidad en el compromiso, autocontrol del dinero, ampliación del proyecto de vida, actividades complementarias.

Fase "C" de R.S.: todos los anteriores y el cumplimiento de los objetivos terciarios: autocontrol del tiempo libre, el dinero y el compromiso.

La Institución prevé ciertos criterios de alta, los cuales son estudiados en cada paciente en particular, pero en líneas generales se basa en el alcance de al menos el 80% de los objetivos propuestos, donde incluya el sostenimiento de un Proyecto de Vida, con libertad, amor responsable y la capacidad de poder optar.

## 6. *Patología Dual: definiciones y clasificaciones*

A lo largo de la historia, los dispositivos de salud que brindan tratamiento a sujetos que presentan problemas de adicción a sustancias legales e ilegales, se han encontrado influenciados por diferentes factores frente a los cuales tuvieron que modificar progresivamente sus servicios, con el fin de adaptarse a la población demandante y ofrecer tratamientos que se adecuaran a las necesidades de los drogadependientes.

En la actualidad, se presenta como un nuevo desafío para los equipos tratantes la presencia de Patologías Duales, definida por Iglesias (2000) como “la correspondencia en un mismo individuo de trastornos adictivos y psicopatológicos”. Sin embargo, el “Diagnóstico Dual” no constituye un término reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM o del CIE-10; no obstante, hace referencia a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. Además se ha convertido en sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, concretamente la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y el uso, abuso y/o dependencia a sustancias tóxicas. La dualidad define todas las variaciones posibles de dependencia y de desórdenes psiquiátricos, así como sus combinaciones.

La Asociación Dual Española (2007), considera que los términos comorbilidad, simultaneidad y coexistencia pueden ser aplicados en forma indistinta, ya que hacen referencia a una misma realidad que está representada por una asociación cruzada de dos situaciones clínicas, consumo de drogas y la psicopatología, las cuales establecen relaciones de implicación y mutua influencia. Debido a esto le concede el concepto de Asociación Cruzada, ya que el deterioro de la situación psiquiátrica habrá de poner en riesgo la situación de protección frente al consumo, y a la inversa: el consumo provocará un deterioro psiquiátrico significativo y la dependencia podrá dar lugar a una progresiva erosión (en ocasiones de carácter irreversible) de la estabilidad psicológica del paciente.

No obstante, Seva Díaz (1999) considera que el diagnóstico dual designa la concurrencia de dos trastornos psiquiátricos, sin que uno de éstos sea obligatoriamente una toxicomanía. Además de afirmar que puede ser utilizado ante la simultaneidad de dos trastornos por uso de dos drogas diferentes.

Las consideraciones sobre la amplitud y/o delimitación del término Patología Dual son diversas, por lo que mencionamos a Rshaid (2005) quien manifiesta que los pacientes duales son los que presentan estructura psicótica y que además consumen sustancias. De esta manera la amplitud de las diferentes combinaciones se ve reducida.

La comorbilidad, conocida también como diagnóstico doble, diagnóstico dual, o fármacodependencia con múltiples diagnósticos, o abusadores químicos mentalmente enfermos o abusadores químicos mentalmente afectados, son para Saavedra (2004) las diversas sinonimias con las cuales se ha querido definir la asociación entre una o más condiciones, que en el sentido estricto implica la asociación entre una adicción a una sustancia con otra, pero en el sentido más común, en el escenario de las adicciones, es la asociación entre una enfermedad adictiva y un trastorno mental no adictivo.

La Asociación Dual expone que en la esfera del trastorno mental, en el eje I, en sus cuadros psicóticos y neuróticos graves, como el eje II, son susceptibles de consideración dentro de una configuración dual. Además en lo referido al consumo de drogas, las distintas divisiones diagnósticas (uso, abuso y dependencia) pueden ser concebidas dentro de una comorbilidad.

A pesar de esto se debe realizar una distinción que involucra a las afectaciones que deben ser excluidas de las consideraciones de la Patología Dual, las mismas son todas aquellas reactivas y transitorias a eventos vitales o efectos de determinadas sustancias o situaciones. Estos cuadros son:

- Cuadros reactivos por intoxicación que remiten tras la metabolización del tóxico, luego el sujeto recupera su nivel de funcionamiento anterior.
- Cuadros reactivos por efecto del síndrome de abstinencia a determinadas sustancias, que se resuelven satisfactoriamente tras la conclusión del cuadro.

De esta manera se considera a la Patología Dual en función de variables de naturaleza dimensional, siendo éstas:

- Impacto de la situación psicopatológica o de consumo sobre el funcionamiento vital del paciente.
- Relación de influencia recíproca de ambos ejes.
- Funcionalidad de ambas circunstancias.
- Duración en el tiempo y antecedentes.
- Gravedad y pronóstico.
- Deterioro personal y social.

Utilizando esta definición, se podrá incluir y excluir, desde una dimensión práctica, trastornos de una u otra naturaleza (neuróticos o psicóticos) y de ambos ejes, sin dejar de considerar ninguna de las situaciones adscritas al consumo: uso, abuso o dependencia.

	Considerado Patología Dual	No se considera Patología Dual	Ejemplos de Cuadros no duales
Eje Psicopatológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eje I:</li> <li>-Trastornos neuróticos graves.</li> <li>-Trastornos psicóticos crónicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuadros reactivos transitorios.</li> <li>▪ Cuadros inducidos por abstinencia.</li> <li>▪ Síndromes transitorios reactivos a eventos vitales estresantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicosis tóxica por cocaína.</li> <li>▪ Abstinencia a alcohol.</li> <li>▪ Síndrome depresivo por duelos.</li> </ul>
Eje del Consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eje II:</li> <li>-Uso y abuso patológico.</li> <li>-Dependencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso puntual de tóxicos.</li> <li>▪ Abuso sin efecto patológico directo sobre la estabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consumo esporádico de cannabis.</li> <li>▪ Abuso de alcohol en fin de semana sin impacto sobre el cuadro mental.</li> </ul>

Para Martínez Aldunate (2003) la evaluación psicológica debe ser realizada posteriormente a la estabilización sintomática del cuadro, de esta manera se podrán despejar los componentes exógenos de las drogas, los aspectos emocionales de ajuste a las personas y a los estilos de vida psicopáticos asociados al mundo del consumo, llevando a cabo la evaluación desde esta perspectiva, siendo un proceso dinámico en el tiempo y en constante reformulación, que se inicia

muchas veces con hipótesis diagnósticas que sólo se certificarán durante el desarrollo del tratamiento. Por medio de la evaluación psicológica se buscan definir las diferentes áreas de funcionamiento del individuo y su familia, que servirán como pautas de orientación en el momento del diseño del plan terapéutico, posibilitando la derivación a la red asistencial mas adecuada, además de brindar una aproximación pronóstica para cada individuo.

### *6.1 Antecedentes científicos de la patología dual.*

La incidencia de la Patología Dual ha provocado un interés creciente a nivel científico, por lo que diferentes centros especializados, investigadores y organismos oficiales, han llevado a cabo arduas tareas de investigación con el fin de exponer en forma objetiva la simultaneidad de los trastornos que evidencian los sujetos comprometidos en el uso, abuso y dependencias de sustancias tóxicas.

De esta manera podemos destacar dos importantes estudios que examinan los diagnósticos duales. El primero de ellos es el *Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA)* de Estados Unidos, llevado a cabo por Regier (1990), dando cuenta de la existencia de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias en un 29%, es decir, que la probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias era 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental. Además la tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol asociado a cualquier tipo de trastorno mental fue del 36,6% y la coexistencia de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%. Además, la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo fue de un 8,3% y la mayor comorbilidad apareció con el trastorno bipolar. En esta población el riesgo de consumo de tóxicos fue 11 veces mayor, mientras que el de consumir alcohol fue cinco veces superior. La esquizofrenia presentó una prevalencia del 1,5% con una comorbilidad con el consumo de alcohol de un 33,7%. En comparación con la población normal, el paciente con esquizofrenia presentó 6 veces más riesgo de consumir tóxicos y tres veces más de consumir alcohol. La prevalencia en los trastornos de ansiedad fue de un 14,6%, siendo el riesgo de consumir drogas 3 veces superior al de la población normal. Los datos sobre presencia de trastornos psicopatológicos específicos a lo largo de la vida, en pacientes que consumen drogas, según el estudio ECA, hacen referencia al trastorno antisocial de la personalidad en un 83,6%, en bipolares 60,7%, la esquizofrenia presentaba un 47%, los trastornos afectivos se daban en un 32% mostrando una variación en un 8% al trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos fóbicos 22,9%.

El segundo estudio es el *National Comorbidity Survey* (NCS) que a diferencia del ECA, fue diseñado de una manera representativa de la población no institucionalizada de Estados Unidos, y ha mostrado prevalencias de comorbilidad mayores a las del estudio ECA. El NCS, demostró que en la gran mayoría de los diagnósticos duales el trastorno mental se presentaba antes que el primer trastorno adictivo.

Según Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) el diagnóstico concurrente más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad, afectando entre el 50 y el 90 % de la población, seguido de un trastorno afectivo (del 20 al 60%) y de trastornos psicóticos (20%). Entre el 10 y el 50% de los pacientes presentan más de un trastorno mental o comportamental concurrente.

Diversos programas de tratamiento para drogadependientes han realizado estudios dentro de sus centros, de esta forma el Proyecto Hombre de Navarra llevó a cabo un análisis del perfil de bebida y de la comorbilidad psicopatológica en 50 pacientes alcohólicos que acuden en busca de tratamiento ambulatorio, pudiendo determinar que, los sujetos alcohólicos de la muestra presentan más síntomas psicopatológicos que la población normal, pero menos que la población psiquiátrica. Así mismo, Landa y otros (2006) manifiestan que la gravedad del alcoholismo se relaciona de forma significativa, con la mayor presencia e intensidad de comorbilidad.

A lo largo de la historia, los diferentes dispositivos de salud encargados de brindar tratamiento a los drogadependientes, han recibido fuerte críticas en base a la insuficiente tarea científica que guiaba su accionar, por lo cual este paulatino incremento de investigaciones está posibilitando que las diferentes modalidades encuentren sustentos académicos que fundamenten, orienten y permitan crear nuevas estrategias clínicas que beneficien a esta población, además de aminorar las distancias existentes entre el conocimiento experiencial y el académico.

Las CTs no fueron ajenas a la demanda de pacientes con comorbilidad psiquiátrica, Amalia Urquiola (2006) manifiesta que los trastornos que aparecen con más frecuencia en la CT Haize-Gain son:

- Trastornos psicóticos: personas que, previo al inicio en el consumo de drogas, presentan patología psiquiátrica (autismo, descompensaciones psicóticas, paranoias, diagnóstico de esquizofrenia) y requieren de neurolépticos.
- Trastornos afectivos y del estado de ánimo: depresiones graves con riesgos suicidas. Personas con un fuerte dolor psíquico, que en ocasiones han provocado el ingreso en unidades psiquiátricas.

- Trastornos disociales y límites: con adopción de roles sociales marginales, donde la agresividad, los problemas legales y sociales son grandes.

### *6.2 Comorbilidad Psiquiátrica y modalidades de intervención*

Tomando en consideración lo antes expuesto, podríamos afirmar que los trastornos por abuso o dependencia de sustancias se acompañan, en un porcentaje variable pero elevado, por otros trastornos mentales. La existencia de criterios para la clasificación de ambos trastornos (diagnóstico dual) requerirían un abordaje terapéutico más complejo, ya que como plantea la Asociación Dual (2007), los sujetos afectados por una Patología dual no han podido beneficiarse de los dispositivos asistenciales destinados al tratamiento de personas con problemas de salud mental o de drogas, debido al escaso trabajo conjunto de las diferentes redes como a la especificidad de las mismas.

Pedrero Pérez y otros (2008), plantean los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta con el fin de dar respuesta a la comorbilidad psiquiátrica:

1. Tratamiento secuencial: modelo en cual el paciente es tratado primero en uno de los sistemas o redes de tratamiento (Salud Mental o Drogadependencias) y posteriormente por el otro.

2. Tratamiento paralelo: el paciente es tratado simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogadependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes de ambas redes, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo, el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y muchas veces insuficiente.

3. Tratamiento integrado: combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogadependencias, en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

En relación a estas modalidades de abordaje Martínez Aldunate (2003), evidencia la necesidad de ofrecer a las personas con patología dual, una verdadera red de rehabilitación que logre responder y abordar su problemática en forma integral.

### *6.2.1 La CT como abordaje de la Patología Dual*

Las CTs han comenzado a recibir entre sus usuarios, a sujetos que presentan patologías psiquiátricas, que en tiempos anteriores habían sido excluidos de dichos programas debido a las dificultades añadidas que presentaban. Frente a esto, la CT española Haize-Gain manifiesta haber recibido un cambio en el modo de consumo (más pacientes consumidores de cocaína, drogas de diseño y alcohol), apareciendo una disminución de la demanda “tradicional” (heroinómanos, de estructura neurótica), debido a esto han ampliado la oferta a drogadependientes que presentan además estructuras de personalidad graves, teniendo que adecuar el recurso, siendo mas abiertos y flexibles y manteniendo la filosofía de la CT, caracterizada por la participación activa de los usuarios en la resolución de los conflictos, desde una estructura que contiene.

Siguiendo lo planteado por Urquiola (2006) las características de los pacientes duales, provocan frustración a los profesionales, por lo cual plantean la necesidad de coordinarse con recursos socio-sanitarios del entorno del paciente, permitiendo una intervención continuada en el tiempo. Las intervenciones en crisis, son episodios recurrentes que van apareciendo en el tratamiento. Es muy importante la contención y capacitación por parte del equipo, para reconocer los episodios y abordarlos; son situaciones de mucho estrés para el staff, el abordaje de éstas requiere de una planificación meticulosa, cuidando de no exponerse de forma directa a confrontaciones en el grupo. La necesidad de reforzar al equipo contando con más personas, fortalece el servicio, y de esta manera se podrá contener y atender las demandas tan diferenciadas en cuanto a los sujetos y al stress emocional intenso que supone el trabajo con los mismos, ya que en ocasiones hay “mecanismos” dentro de los dispositivos de salud que llevan a los responsables a efectuar derivaciones innecesarias a otros centros.

Además, plantean la necesidad de una buena coordinación entre educadores y terapeutas; debido a los frecuentes conflictos que surgen. La supervisión es considerada como una adecuada ayuda que posibilitará comprender las situaciones emocionales en las que el equipo tratante se ve inmerso.

Medina Bisiach (2006), manifiesta que es necesario un sistema integrado y no tan estructurado y normativo, como son las CTs tradicionales para Adictos, ya que el contexto debe ser más profesionalizado y flexible en el abordaje de diagnósticos duales. De esta manera, propone la creación de Comunidades Terapéuticas Modificadas para Patología Dual.

De León (2004) plantea diferentes adaptaciones que el equipo terapéutico de una CT debe considerar en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales, los mismos consisten en: 1) el planeamiento de objetivos a largo plazo, dependiendo del nivel funcional del individuo, 2) conceder mayor importancia a las diferencias individuales, 3) mayor utilización de los espacios destinados a la psicoterapia individual, 4) mayor flexibilidad en el régimen diario de actividades, 5) formación intensiva del personal y acomodación de aspectos institucionales.

Las modificaciones programáticas esenciales para el tratamiento de pacientes con dualidad, expuestas por Medina Aldunate (2003), hacen referencia a la necesidad de modificar una serie de actividades programáticas, habitualmente utilizadas en los modelos de tratamientos para personas con problemas de dependencias aisladas, como son las CTs. Una modificación clave es el cambio del grupo de confrontación por el grupo de resolución de conflictos con duración más corta e intensidad reducida de interacción, teniendo como objetivo la búsqueda de alternativas a los problemas personales y relacionales, privilegiando el aprendizaje de destrezas y habilidades, en desmedro de catarsis y confrontaciones que pueden llegar a descompensar al paciente, así se obtendría mayor flexibilidad de las actividades programáticas teniendo que modificar los esquemas preestablecidos de tratamiento, poniendo más énfasis en la introducción, instrucción, programación y planificación permanente de las actividades, ya que en general estos pacientes presentan problemas de concentración, memoria, impulsividad e hiperactividad.

Otro de los aspectos a considerar, según dicho autor, debido a las frecuentes transgresiones de las rígidas normas de los sistemas de tratamiento para adicciones, es que en estos modelos se implementen menores sanciones, generando oportunidades para experiencias correctivas de aprendizaje. Es común observar que algunas experiencias terapéuticas se deterioran por la intolerancia de sus propias reglas, apareciendo un camino que lleva hasta la expulsión, evidenciándose en los equipos terapéuticos por medio de frases tales como “es poco probable que se adapte al sistema”; por lo que es necesario hacer más afirmaciones sobre los logros y las potencialidades, con el fin de mejorar la sensación de autoeficacia del paciente y reducir las profecías psicopatológicas de las limitaciones de la enfermedad. Si bien todo tratamiento requiere ser individualizado, el apoyo terapéutico de pacientes duales necesita una mayor sensibilidad a las diferencias individuales con el objeto de vencer la histórica inercia impuesta por los modelos clásicos de los tratamientos residenciales. Bajo el supuesto de la ausencia del juicio y/o sentido de realidad y la carencia de conciencia de enfermedad de muchos pacientes duales psicóticos, se ha amparado una política de anomia y despersonalización de las acciones terapéuticas, primando las

intervenciones en rebaño y no aquellas grupales que incorporan participativamente a individuos diferentes.

Debido a las modificaciones frecuentes que se deben realizar con el fin de poder dar respuestas óptimas a los diferentes colectivos, se considera que el equipo terapéutico debe poseer ciertas características diferenciales, consideradas por diversos autores.

Hoyuelos (s.f.) propone la siguiente sistematización de las mismas:

1. El profesional no debe trabajar en forma aséptica, debido a que forma parte del problema y está contaminado y contamina, ya que todas sus acciones forman parte de la terapia.
2. El trabajo en asistencia se desarrolla en un contexto con unos marcos determinados, con los cuales no se puede entrar en contradicción.
3. Al ser una cadena terapéutica si no hay comunicación entre los diversos niveles, existe un gran riesgo de que se de una comunicación incongruente y contradictoria dentro del sistema terapéutico.
4. Es necesaria una óptica integradora que cuente con todos los enfoques terapéuticos estructurándolos originalmente para cada sujeto toxicómano.

No obstante, Abeijón Merchán (1994), amplía la anterior consideración enunciando las características del profesional en drogadependencias: el profesional necesita incorporarse a un marco teórico explícito, que debe capacitar al individuo a trabajar con otros de diferentes disciplinas intercambiando información y estructurando estrategias comunes. De esta manera, en el proceso de información propio se integran aspectos provenientes de marcos conceptuales distintos. Así se verá reforzada la capacidad de tolerancia y la flexibilidad en las intervenciones que realiza el staff, ya que son en este campo aspectos constitutivos esenciales.

Las necesidades autoreferenciales deben estar presentes a lo largo de todo el espacio en el que se desarrolla el trabajo, a través de un análisis de las resonancias personales de las intervenciones realizadas, por medio de una supervisión de las mismas en el interior del equipo y por parte de un supervisor externo.

No obstante, plantea características para el equipo interviniente, haciendo referencia a: 1) la necesidad de una estructura interna clara y manifiesta que determine la transmisión de informaciones y la capacidad de la toma de decisiones. Se considera a la estructura como una necesidad esencial en el interior de los equipos, debiendo estar clara ya que a través de ella el equipo expresará sus conflictos y sus descubrimientos, haciéndolo sentir seguro en sus intervenciones y posibilitándole encajar el desgaste diario y el riesgo de quemazón tan frecuente en los grupos de intervención con toxicómanos. 2) multidisciplinaridad e interdisciplinaridad ya que es necesaria la confluencia de diversos profesionales, debido a que muchos profesionales intervienen y deben aprender a hacerlo coordinada y complementadamente, eliminando los riesgos de competitividad y omnipotencia, aceptando la colaboración en los propios límites.

Además, las intervenciones del equipo para Salamanca García (1994) deben guiarse bajo los criterios de empatía y comunicación. Ya que se considera que frente a una crisis en el residente se ve implicada la emotividad del terapeuta, la inseguridad en las intervenciones, confusión, intervenciones individualista, ansiedad por dar una rápida respuesta y tensión en el equipo. Para que el terapeuta ejerza su tarea de acompañamiento tiene que estar básicamente en armonía con el equipo, sin este equilibrio personal y relacional a la larga se pueden generar problemas en el interior del mismo y en los propios residentes por la proyección de su propia problemática personal. Por lo tanto, se considera importante potenciar canales de comunicación dentro del equipo terapéutico, así como facilitar espacios para la auto ayuda, que permitan reconocer las propias limitaciones y favorecer el pedido de ayuda dosificando las responsabilidades que se asumen, colaborando con otros profesionales integrantes del staff.

### *7. Síndrome de Burn out en los equipos asistenciales de drogadependencia*

Debido a las particularidades antes mencionadas, los miembros de un equipo asistencial de drogadependencia, según Fernández (2003), están expuestos a vivenciar el síndrome de Burn out -palabra que hace mención a la idea de agotamiento o desgaste o, más literalmente, al

concepto de quemarse o fundirse - este síndrome es resultante del prolongado estrés laboral al que se ven sometidas aquellas personas que realizan un trabajo cuyo eje central consiste en la ayuda o apoyo brindado a otras personas, ya sean trabajadores del sistema de salud, educadores, miembros de seguridad, funcionarios de justicia, etc.

Según Maslach (1977), los aspectos claves que caracterizan al burn out son:

- El desgaste emocional relacionado al estrés y al agotamiento de los recursos personales necesarios para hacer frente a las exigencias del medio.
- La despersonalización o tendencia a interactuar de un modo mecánico o deshumanizado con las personas a las cuales se atiende.
- La sensación de realización personal reducida asociada a una incapacidad para enfrentar las exigencias y la falta de productividad en el trabajo.

Podemos distinguir tres niveles de análisis: el primero, referido al ámbito personal; el segundo, a las dinámicas interpersonales o de relación; y el tercero, al contexto institucional en el que tiene lugar lo anterior. En este sentido, lo saludable o no saludable de estas instancias influye directamente en la congruencia o incongruencia que tenga lugar respecto al proceso de adaptación entre la persona y su entorno. Si hay congruencia quiere decir que las estrategias adaptativas responden a las exigencias no siendo vulnerado el equilibrio físico o psicológico del sujeto. Si hay incongruencia, es más probable que las estrategias adaptativas se vean sobrepasadas por el nivel de exigencia y se produzca un desequilibrio físico y/o psicológico.

En cuanto a factores predisponentes a nivel personal, tenemos que una persona es más vulnerable al síndrome de burn out cuando presenta una baja motivación por lo que hace, se somete a autoexigencias desmedidas, posee un alto nivel de perfeccionismo, tiene una estructura de personalidad frágil o una baja tolerancia a la frustración, entre otros factores. Los síntomas que presenta este síndrome pueden ser de carácter fisiológico (agotamiento físico, alteraciones del apetito, contracturas musculares, etc), de carácter psicológico (irritabilidad, ansiedad, depresión, labilidad emocional, tristeza y desesperanza, actitudes rígidas e inflexibles, desconfianza, apatía). O de carácter conductual (expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, incapacidad de concentrarse en el trabajo, contacto mínimo con los pacientes, aumento del ausentismo, etc.).

Como factores predisponentes en el ámbito interpersonal podemos mencionar las relaciones conflictivas de los equipos de trabajo, la dificultad para el establecimiento de vínculos, la falta de apoyo del grupo, etc. En el ámbito institucional constituyen factores de riesgo: la rutina laboral, las sobreexigencias de la labor a realizar, la falta de tiempo para completar las tareas encomendadas, los escasos recursos con los que a veces se cuenta, los estilos de liderazgo rígidos, etc.

Si los miembros del equipo están experimentando agotamiento físico o psicológico, estableciendo relaciones despersonalizadas o guardando una insatisfacción laboral que cuestiona la institucionalidad, difícilmente un programa va a poder cumplir sus objetivos y metas propuestas. Además, en estos casos no sólo se pone en juego la calidad de vida de los prestadores de salud sino también de los propios beneficiarios del programa.

## ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE NAZARETH

### Características de la Institución

La Asociación Nazareth es una Comunidad Terapéutica encargada de la prevención, asistencia y reinserción de sujetos drogadependientes y alcoholistas. Sus fines son el logro de una mejoría en la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes en situación de riesgo y/ o marginalidad, además de la regeneración de los lazos familiares y sociales en cuanto a la cooperación, compromiso, vida comunitaria y responsabilidad.

Esta organización cuenta con una sede institucional, lugar donde se llevan a cabo diversas tareas las que se pueden enumerar de acuerdo a un orden lógico de sucesión.

Se realiza un grupo de autoayuda destinado a familiares de sujetos con problemas de adicción, el objetivo del mismo es informar y contener a aquellos que demanden asistencia, debido a que uno de los requisitos es que todo demandante realice el correspondiente proceso de admisión, teniendo el mismo una duración aproximada de un mes, realizándose con una frecuencia de un encuentro semanal. La finalidad del mismo consiste en poder tener contacto previo con el futuro asistido, y así poder determinar la modalidad de tratamiento más saludable para el demandante de asistencia.

La institución ofrece a la población tres modalidades de intervención: Internación, Tratamiento Ambulatorio y Hospital de Día, las dos últimas tienen lugar en la sede institucional.

En el caso de que el demandante esté realmente comprometido con el uso y abuso de drogas y/o alcohol, el equipo de admisión podrá determinar una internación en la Comunidad Terapéutica, en la que, recordemos, se considera que cada miembro es protagonista de su propia recuperación. Cabe destacar que esta modalidad es válida sólo para sujetos de sexo masculino, la misma no tiene una duración cronológica pre-establecida, sino que depende de la adaptación del sujeto a la sociedad.

## Plan de Diagnóstico

### Técnicas a utilizar

El instrumento utilizado para el diagnóstico fueron cinco entrevistas semi-dirigidas, aquel se conformó con preguntas cerradas, para recabar información específica y otras preguntas abiertas, que posibilitaron recoger información sobre las diferencias de tratamiento entre los sujetos que son diagnosticados como pacientes duales, y el grado de estructuración y/o flexibilidad vigente en el operar del equipo terapéutico de la CT. Esta técnica permitió acceder a la información de manera directa y flexible.

### Participantes

Las entrevistas semi-estructuradas fueron dirigidas a distintos miembros de la Institución, los cuales desempeña diferentes funciones dentro de la misma.

Miembros de la Dirección Institucional: Directora (antigüedad 5 años) y Sub-directora de la Institución (antigüedad 3 años); se considera de importancia la realización de estas entrevistas debido a que pueden brindarnos información relevante sobre el trabajo que la Institución realiza con las diferencias individuales de los residentes del programa y sobre las posibles dificultades que pueden presentarse dentro del funcionamiento institucional (equipo terapéutico, asistidos, familia).

Operadora Socio-terapeuta (antigüedad 2 años); se cree relevante la realización de esta entrevista ya que sus aportes son significativos por el hecho de trabajar en contacto directo con las diferentes características de los residentes del programa, además de coordinar los diferentes espacios de la casa y las actividades terapéuticas.

Operador Socio-terapeuta (nochero); la información que este puede ofrecer es de suma importancia debido a que dentro de la CT las actividades con fines terapéuticos se desarrollan durante las 24 hs, además de ser parte operante del staff que evalúa, coordina y toma decisiones basadas sobre el funcionamiento del sistema vigente dentro de la Comunidad Terapéutica.

Coloquista, psicóloga encargada de psicoterapias individuales, grupales y operadora de guardia (antigüedad 1 año y 6 meses); la información que puede obtenerse de la realización de esta entrevista está vinculada a las formas de trabajo individual que se realizan en las terapias como en los grupos terapéuticos. Como su función no se limita solamente a los espacio de

terapia, sino que desempeña actividades como reguladora del sistema de autoayuda, su visión de la problemática dual dentro de la CT es de amplio valor.

### Cuestiones Éticas

El ingreso a la Institución Nazareth se vio facilitado debido a que en el año 2005, se realizó en la misma la práctica profesional de la licenciatura en Psicología. De igual modo se solicitó el aval de los directivos, para la aplicación de las técnicas realizadas al equipo terapéutico de la Asociación.

En la toma de entrevistas, utilizadas para la realización del diagnóstico, el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos aportados, fueron garantizados.

### Descripción de la técnica

A continuación se exponen los modelos de entrevista tomados a diferentes miembros del equipo terapéutico, que fueron utilizados para la recolección de la información necesaria para verificar el diagnóstico.

- Lineamientos de las entrevistas realizadas a O.S.T (de guardia):

Funciones que desempeña un O.S.T dentro de la CT.

Relación entre las técnicas que se utilizan dentro de la CT y la utilidad de éstas para el tratamiento de pacientes duales.

Modificaciones en los tratamientos para pacientes duales.

Funcionamiento de trabajo en equipo.

-Lineamientos de las entrevistas realizadas a O.S.T (nochero):

Funciones que desempeña un O.S.T (nochero) dentro de la CT.

Existencia de tratamientos diferenciados de acuerdo a las distintas estructuras de personalidad de los asistidos.

Funcionamiento del trabajo en equipo.

-Lineamientos de las entrevistas realizadas a Coloquista de la Institución (psicóloga):

Existencia de diferencias en el proceso de recuperación para pacientes con patologías duales en relación a las herramientas que brinda la CT.

Dificultades en el trabajo con estas patologías.

Funcionamiento del trabajo en equipo.

Datos a relevar y tipo de análisis propuesto

Para el estudio de los resultados se llevó a cabo un análisis cualitativo de la información recolectada a través de las herramientas utilizadas (entrevistas semi- estructuradas). Para León y Montero (2003) en este tipo de análisis se utiliza el lenguaje como modo de representación y procesamiento de los datos recabados.

En la Institución se llevó a cabo un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la organización, posibilitando de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita, en función de ello, tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados. De éstas cuatro variables, tanto las fortalezas como las debilidades, son internas, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

- Fortalezas: son las capacidades especiales con que cuenta la organización, otorgándole una posición privilegiada. Forman parte de éstas los recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.
- Oportunidades: son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la organización, y que permiten obtener ventajas competitivas.

- Debilidades: son aquellos factores que provocan una posición desfavorable, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.
  
- Amenazas: son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización.

De acuerdo al análisis realizado, a través de la herramienta mencionada anteriormente, sobre la información recabada se pueden sintetizar las siguientes variables.

Factores Aspectos	Factores Internos de la Institución	Factores Externos a la Institución
Aspectos positivos para la organización	<p style="text-align: center;"><u>Fortalezas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Buena disposición del personal para reconocer sus limitaciones.</li> <li>-La institución busca progresar a través de diferentes proyectos como por ejemplo, la implementación de un espacio de estudio dentro de las reuniones de equipo.</li> <li>-El staff cree que la implementación de un proyecto que aborde la temática, es necesario.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuentan con las herramientas necesarias para llevar la labor diaria.</li> <li>-El equipo interviniente es multidisciplinario.</li> </ul>
Aspectos negativos para la organización	<p style="text-align: center;"><u>Debilidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad por parte de los integrantes del staff, para lograr una adecuada comunicación.</li> <li>-Carecen de planificación de actividades diferenciadas.</li> <li>-Vivencias de sentimientos de inseguridad, soledad y miedo frente a la tarea.</li> <li>- Escaso nivel de trabajo conjunto que dificulta la expresión de sus experiencias diarias.</li> <li>-Dificultades en la adaptación personal a nuevos modelos de trabajo.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>Amenazas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No existe conexión con otras instituciones de salud.</li> <li>- Debido a las características del trabajo, sus miembros se ven expuestos al síndrome de Burn out.</li> </ul>

Los miembros del equipo terapéutico de la Institución, presentan capacidad crítica frente a su accionar cotidiano, manifestando que frecuentemente se ven desbordados por las urgencias que

la clínica acarrea, sin poder concretar sus proyectos en cuanto al abordaje de la patología dual con el fin de brindar optimización al dispositivo que emplean. Por otro lado, expresan estar expuestos a situaciones que generan en ellos cierto nivel de estrés acompañado de sentimientos de soledad, ansiedad y temor. La autocrítica se podría considerar una fortaleza del grupo, ya que permitiría hacer conciente sus limitaciones y debilidades, posibilitando la apertura a nuevos espacios que beneficien su accionar, permitiendo exponer sus experiencias y sentimientos que surgen en relación su labor terapéutica.

#### Definición de categorías

Con la finalidad de llevar a cabo el análisis cualitativo de los datos se escogieron las siguientes categorías:

- Adaptaciones en el Programa Terapéutico: hace referencia a la planificación de objetivos a largo plazo planteada por De León (2004), teniendo en consideración el nivel funcional del sujeto y las diferencias individuales, posibilitando así el logro de los mismos.
- Modificaciones en la estructura tradicional de la CT: grado de flexibilidad en el régimen diario de las actividades, en las normas y reglas que rigen el funcionamiento, siendo este ítem expuesto por Medina Bisiach (2006), como un aspecto fundamental en las CTs modificadas para patología dual, que benefician la adaptación del sujeto a la CT.
- Comunicación: hace referencia a los canales comunicativos que se posibilitan dentro del equipo terapéutico, que para Salamanca García (1994) favorecen el funcionamiento interno y la creación de estrategias de trabajo.
- Integración de cada miembro al equipo terapéutico: se considera fundamental para la realización de un tratamiento integrado la participación de todos los profesionales y no profesionales intervinientes, con el fin de poder actuar en forma conjunta posibilitando un abordaje multidisciplinario.

- Apertura de los miembros del equipo para la escucha y la expresión de los sentimientos que se movilizan en el accionar cotidiano: frente a esto Abeijón Merchán (1994) considera que el trabajo en drogadependencia genera resonancias que pueden afectar sus intervenciones además de condicionarlas.

### Resultados del Diagnóstico

Una vez recolectados los datos, se analizó de manera cualitativa (análisis semántico) la información aportada por las entrevistas, pudiendo arribar a las siguientes conclusiones:

En relación a la primera y segunda categoría:

- 5 de 5 entrevistados sostienen que existe una carencia de planeamiento de objetivos a largo plazo.
- 5 de 5 entrevistados coinciden en que el tratamiento a brindar debería conceder mayor importancia a las diferencias individuales.
- 3 de 5 entrevistados sostienen que sería necesario una mayor flexibilidad en el cumplimiento de las tareas cotidianas (laborterapia, psicoterapia individual y grupal) dependiendo de las características personales de los asistidos, sin perder de vista la esencia de la comunidad terapéutica.
- 4 de 5 entrevistados aluden a la necesidad de capacitarse sobre la problemática de la patología dual y realizar modificaciones en el programa terapéutico.

En función de la tercer categoría, se observó que, si bien la Institución trabaja, en sus reuniones de equipo la problemática del operar con pacientes que no son adictos puros, se observa la existencia de discrepancias comunicacionales y operativas que no permiten un adecuado nivel de consenso entre el equipo terapéutico a cerca de la creación de planes de acción que posibiliten el trabajo en equipo, para el abordaje de la patología dual (adicción + psicosis).

En relación a la quinta categoría, el entrevistado n° 3 manifiesta: "... lo que pasa es que tenés un montón de situaciones para resolver y estas medio solo. También juega el miedo por que a veces no sabés cómo van a reaccionar los chicos...". De esta manera queda evidenciada la necesidad de compartir las vivencias laborales.

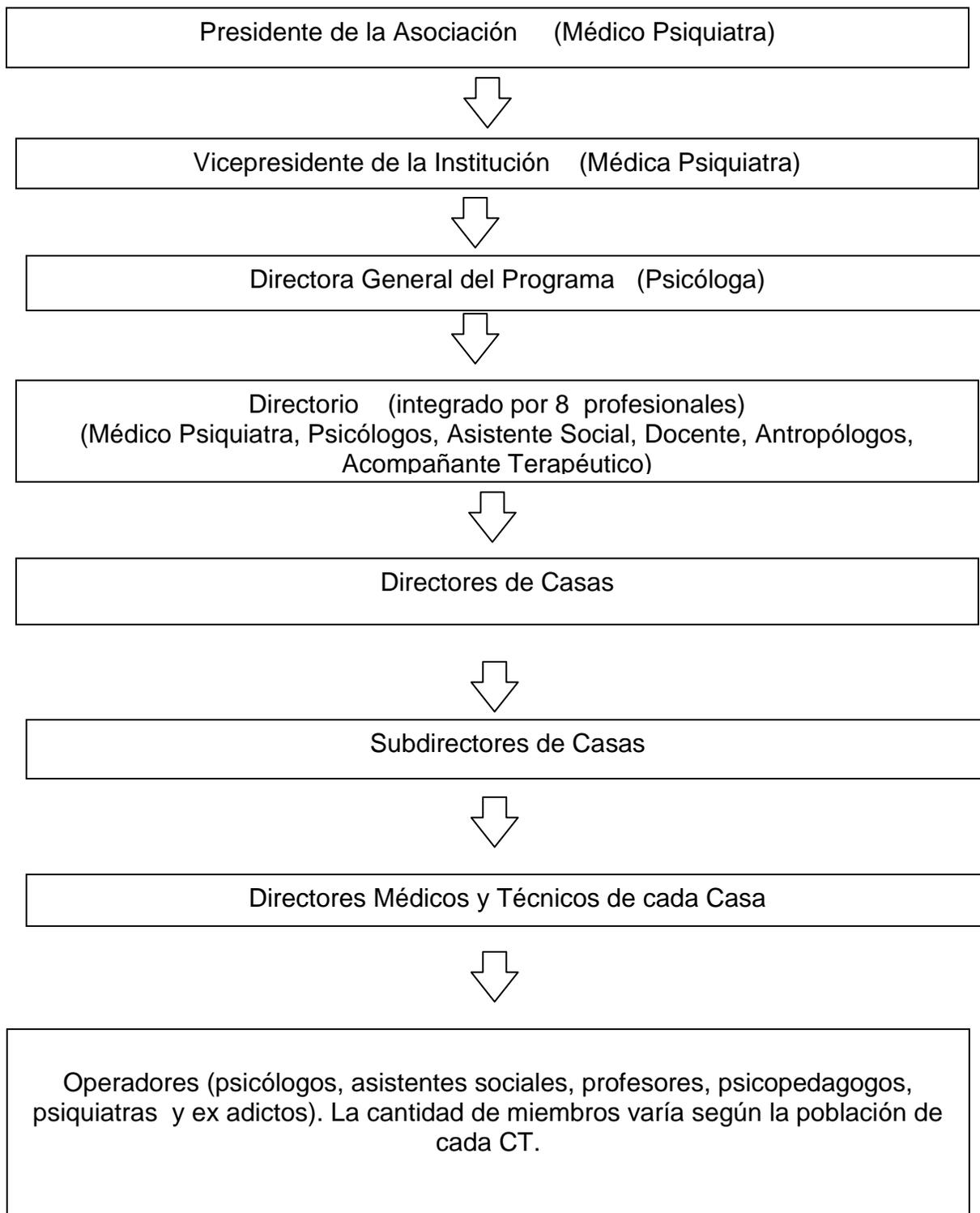
Además, las entrevistas muestran un elevado grado de preocupación con respecto a la nueva demanda en adicciones (patologías duales) planteando que consideran que el sistema de la CT puede funcionar como método rehabilitador, pero expresan sentirse aferrados a antiguos métodos

que no permiten la adaptación de la CT a esta clase de sujetos, esperando que los mismos se adapten al funcionamiento vigente. Se deja entrever que el programa terapéutico de la institución rige de igual manera para todos sus integrantes, lo cual no permitiría realizar diferenciaciones teniendo en cuenta las posibilidades actuales de cada sujeto, esperando obtener los mismos resultados en toda la población por medio de los mismos métodos, en períodos de tiempo estipulado por la media poblacional.

Los datos recolectados evidenciarían la necesidad de llevar a cabo intervenciones destinadas a la reflexión del equipo terapéutico, a cerca del abordaje de la patología dual dentro de la Comunidad Terapéutica. En las adaptaciones planteadas por De León (2004), se observa que las necesidades especiales de estos asistidos motivan a efectuar modificaciones en la metodología del tratamiento, considerando de esa manera que el equipo interviniente es el encargado de llevar a cabo dicha actividad.

#### *Abordaje de la patología dual en la CT Nazareth*

De acuerdo al recorrido histórico realizado, podemos contextualizar a la CT Nazareth, en base a características tomadas desde Daytop y Proyecto Hombre. Nazareth cuenta con una estructura jerárquica, que posee roles definidos y está fuertemente normativizada, teniendo reglas precisas bajo las cuales se rigen los intercambios entre los asistidos. Las tres premisas fundamentales que guían su accionar son iguales a las planteadas por los dos proyectos antes mencionados, no drogas ni alcohol, no sexo y no violencia. La estructura jerárquica también se puede observar entre los miembros del equipo, debido a que esta "casa" forma parte de otras de las cuales recibe influencias, ya que su organigrama es verticalista y es desde este modelo que circula la información y se ejerce la toma de decisiones. A continuación se presenta el organigrama institucional:

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL ASOCIACIÓN NAZARETH

De acuerdo a los contactos realizados con el equipo de Nazareth, quienes plantean tener dificultades en relación al abordaje de la patología dual, podemos inferir que las características de ésta no permiten que pacientes duales con psicosis puedan adaptarse a un medio altamente jerarquizado y normativo. Si bien el staff manifiesta que observan abandonos y faltas de avances en pacientes de estas características, sus críticas se dirigen hacia el accionar del equipo, exponiendo falta de capacitación y entrenamiento. Algunos autores (Urquiola, A; Medina, B; Soave; etc.), evidencian que en la actualidad gran parte de los equipos se enfrentan a problemáticas en el abordaje de la patología dual. Debido a esto y tomando en consideración las diferentes opiniones y las metodologías utilizadas, inferimos que el problema no es el saber profesional sino que el método utilizado por Nazareth en el itinerario rehabilitador de los asistidos duales, tal vez no es el adecuado, por lo cual se invita al staff a reflexionar sobre la cotidianeidad de su tarea. Las conversaciones con los técnicos de Nazareth han mostrado que presentan mayores dificultades frente a este ítem, ya que en muchas oportunidades sienten ansiedades, temores y cansancio por observar que los pacientes no responden favorablemente en la adaptación a la internación, es decir a la estructura de la CT. Podemos deducir además que en muchas oportunidades los equipos "miden", evalúan los resultados de sus tareas de la misma manera en todos los individuos, lo que genera que las expectativas sean superiores a las posibilidades reales de los sujetos, llevándolos a implementar de la misma forma el programas terapéutico, las normas y reglas a todos los asistidos, ocasionando frustraciones en los terapeutas. Otro aspecto a considerar son las fracturas en el interior del staff, que se generan por las fallas comunicacionales y la implementación de tareas individuales que van en contra de la funciones óptimas de un equipo multidisciplinario.

Se considera como un aspecto fundamental del trabajo en equipo, implementado por la propuesta de Jones, la reflexión de los miembros del staff. El recorrido histórico, la contextualización de la CT Nazareth y las dificultades planteadas por sus miembros frente al abordaje de la patología dual, deja entrever las dificultades que se generan al tratar de implementar las mismas estrategias en todas las poblaciones, perdiéndose de vista las diferencias individuales. Consideramos que el modelo jerárquico piramidal de CT no es el abordaje que presente mayor aceptación y brinde óptimos resultados a la patología dual, ya que éstos necesitan de más flexibilidad, de objetivos planificados para cada sujeto y de mayor grado de actividades democráticas, como por ejemplo asambleas. Frente a esto, podríamos estimar que una opción viable es la implementación de técnicas utilizadas desde el modelo de Jones; cabe aclarar que esto puede ser vivenciado como un riesgo para ciertos integrantes del equipo ya que los confrontaría con la gradual modificación del modelo tradicional CT, y generar, de esta manera,

resistencias. Estas últimas se convierten en resonancias que algunos autores señalan como las que impiden el ingreso y el progreso de pacientes duales, efectuando derivaciones compulsivas o convirtiéndose en equipos expulsivos. El alto contenido afectivo que caracteriza a los equipos de CTs por generar lazos que van más allá de un trabajo, hace que se conviertan en defensores de viejas identidades, que si bien son útiles frente a ciertas dolencias y sufrimientos, quedan obsoletas, incompletas y hasta se transforman en ineficaces frente a problemáticas que estas pretenden modificar por medio de límites claros y firmes, pero que en realidad las exceden y desgastan hasta el punto de poner en riesgo a sus integrantes. Al hablar de integrantes hago referencia no sólo a los usuarios de Nazareth sino también a quienes velan por la salud física y psíquica de los asistidos, ya que estas acciones omnipotentes ponen en riesgo la salud mental del equipo transdisciplinario. Podríamos pensar que el cambio en la estructura, las modificaciones del programa y el pedido de ayuda, no se da de un día para otro, pero sí es necesario comenzar a reflexionar sobre las limitaciones personales, profesionales e institucionales que se generan por el simple hecho de ser humanos y brindar asistencia al otro, previniendo así el síndrome de burn out al que están expuestos.

Cabe destacar que la omnipotencia puede derivar en salvajismos y mayor fragmentación, ya que existen casos como el de Synanon que, deseando el bienestar de otros, sólo ha generado una adhesión a algo ilusorio como es la idea de comunidad aislada, que en vez de borrar las distancias entre sanos y enfermos, facilitando una vida más adaptada, ha provocado la autoexclusión, retrocediendo en los avances que Jones planteó en cuanto a realizar un mejor uso de los servicios de salud, que debe involucrar a todos los agentes de salud que pueden aportar sus saberes en el entendimiento y la posterior resolución de problemas.

Si bien las CTs se han visto atravesadas por diferentes situaciones a lo largo de la historia, no siendo ajeno a esto la CT objeto del presente trabajo (Nazareth), no consideramos que éste sea el momento de realizar cambios radicales en un programa que lleva 20 años funcionando de esta manera, pero si creemos que la apertura de sus miembros a realizar críticas sobre su funcionamiento interno es positivo, ya que genera la posibilidad de plantear interrogantes acerca de su accionar cotidiano y sus limitaciones. La invitación a la reflexión sobre la patología dual y su intervención, posibilitarían reanudar esfuerzos y ampliar horizontes, derribarían fronteras entre profesionales y no profesionales, y sobre todo, favorecerían el verse como humanos que no sólo piensan sobre los problemas de otros sino que en lo diario se ven afectados por el sufrimiento del otro.

Al estar aferrados a tradicionales modos de llevar a cabo la tarea de rehabilitación, se ve dificultada la visualización de la omnipotencia, la cual no nos permite darnos cuenta de la existencia de otros que también pueden ayudarnos a ayudar, como son los servicios de salud mental. Tal vez ese sistema de autoayuda y ayuda mutua sobre el que sienta su filosofía, sea el que no permita visualizar que por momentos no sólo sirve la confrontación entre los miembros del staff sino la valoración y la escucha atenta al otro.

Tal vez la idea de democratizar ciertos aspectos de una estructura jerárquica, verticalista, se enfrenta a fuertes posiciones de poder y autoridad dentro del equipo, ya que esta horizontalidad generaría igualdad de opiniones. Esto último, posibilitaría modificar y reestructurar ciertos elementos como son los objetivos terapéuticos, la creación de nuevos criterios de admisión, dándoles un orden que beneficie al usuario y deje de estar ligado a lo tradicional del funcionamiento. Permitir esto enfrenta el encontrarse con sujetos, sin que la distinción se haga únicamente de acuerdo a la clasificación clásica del DSM IV (uso/abuso/dependencia) sino también sobre diversos factores estructurales de la persona que influyen en su accionar diario y que no son "*nuevas demandas*" sino antiguas demandas sin respuestas que necesitan dejar de estar ligadas a la locura, al encierro, al "sin solución" lo cual dependen en gran medida de que otros dejan de estar aferrados a viejos esquemas referenciales de trabajo que condicionan y limitan sus saberes.

**“Abordaje de la Patología en la Comunidad Terapéutica Nazareth: *implementación de Talleres Reflexivos*”**

## TALLERES REFLEXIVOS SOBRE EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DUAL

Plan de actividades

Resultados que se espera obtener:

Mediante la siguiente propuesta se pretende generar un espacio de contención a los profesionales y no profesionales de la CT Nazareth, que facilite la visualización de sus dificultades en el abordaje de la patología dual, desarrollando actitudes y aptitudes que beneficien el trabajo interdisciplinario.

Destinatarios del programa:

El siguiente programa ha sido diseñado para ser aplicado al equipo terapéutico de la Comunidad Terapéutica Nazareth de Río Cuarto. El mismo se destina a la totalidad del staff, compuesto por Médico Psiquiatra (1), Psicólogos (6), Asistente Social (1), Psicopedagogo (1), Operadores Socio Terapéuticos (4). Si bien los miembros del grupo poseen diversas formaciones académicas y pertenecen a distintos niveles jerárquicos de la institución, forman parte del equipo asistencial de mencionada CT desarrollando actividades diversas con la población objeto de estudio (comorbilidad psiquiátrica).

Características del programa:

La cantidad de talleres propuestos son diez, los mismos tendrán una frecuencia semanal con una duración aproximada de dos horas, su extensión en el tiempo es de dos meses y medio.

A lo largo de los talleres, la modalidad de trabajo utilizada para abordar las diferentes temáticas requerirán que los participantes del taller se dividan en subgrupos de manera aleatoria (por ejemplo, otorgándoles a cada uno de los participantes un número -del 1 al 3-, se deberán unir e integrar un grupo los que tienen el número 1, el 2, y así sucesivamente).

De esta manera se evitaría que las formaciones de los subgrupos se realicen de acuerdo a los conocimientos, afinidades, profesiones, etc.

Cabe destacar que los talleres se realizarán fuera del horario de trabajo, ya que al ser incluidos todos los integrantes del equipo, no serían obstaculizadas sus actividades diarias.

A lo largo del taller, la coordinación recurrirá a realizar tres supervisiones con una psicóloga especialista en grupo, con el fin de apreciar la participación de los integrantes del taller, el desarrollo de los temas abordados, las posibles modificaciones de estrategias y herramientas a utilizar, además de realizar un seguimiento que permita llevar a cabo la evaluación del mismo.

La supervisión externa se considera un factor fundamental en los diferentes momentos del trabajo en equipo, ya que posibilita la objetividad y la seriedad de la tarea, además de un correcto manejo de grupo. Cabe aclarar que el coordinador hará uso del espacio para solicitar sugerencias, evacuar sus dudas frente a las intervenciones realizadas, además de expresar los sentimientos que en él despierta la modalidad de trabajo grupal.

La primera supervisión se llevará a cabo una vez finalizado el tercer encuentro. El mismo tendrá como objetivo evaluar si las técnicas seleccionadas y el manejo que el coordinador hizo de ellas ha sido correcto y han permitido indagar a cerca de los conocimientos previos de los integrantes del grupo sobre la patología dual.

El segundo encuentro con la supervisora se realizará antes de comenzar a trabajar los talleres N° 9 y N° 10. El objetivo de esta supervisión sería analizar el manejo que el coordinador hizo del grupo tendiente a identificar los factores que obstaculizan el trabajo en equipo como así también las intervenciones con los pacientes duales.

Una vez finalizado el programa, la última supervisión tendrá como finalidad cotejar si los objetivos planteados al comienzo de la implementación del taller han sido cumplidos, como así también, evaluar el desempeño del coordinador y la relación coordinador – grupo.

### Recursos Humanos

- Psicóloga
- Psicóloga (Supervisora Externa)

### Recursos Materiales

*Para cada uno de los encuentros serán necesarios los siguientes elementos:*

- Instalaciones edilicias de la CT: sala de grupo (por su amplitud).
- Fibrones, lápices y lapiceras.
- Gomas.

- Hojas A4, cartulinas y afiches.
- Tijeras.
- Plástico.
- Cinta adhesiva.
- Revistas y diarios viejos.
- Cajas (3).
- Tizas (1).
- Folletos (15).

### Económicos

- Honorarios profesionales (coordinador): \$150 por encuentro (\$1.500 totales para la realización de todo el proyecto).
- Honorarios profesionales (supervisor): \$80 por supervisión (\$240 totales para la realización de todo el proyecto).
- La Asociación Nazareth dispone de los recursos materiales para la realización de los diferentes talleres, a excepción de la folletería (15 ejemplares) \$250

### FUNDAMENTACIÓN DEL TALLER REFLEXIVO

Taller, en el lenguaje corriente, es el lugar donde se hace, se construye o se repara algo. Desde hace algunos años la práctica ha perfeccionado el concepto de taller extendiéndolo a la educación, y la idea de ser un lugar donde varias personas trabajan cooperativamente para hacer o reparar algo, lugar donde se aprende haciendo junto con otros. Es un instrumento de trabajo grupal; Hodget (1981), citado en Beltran Guzman (s.f), manifiesta que un grupo se forma cuando existe al menos una meta en común, un sentido de pertenencia, de interdependencia y de participación para la satisfacción de necesidades de todos los integrantes del mismo. Los integrantes desarrollan conductas de mantenimiento a las que Díaz (1994) denomina de autoconservación, además las conductas de progresión provocan su transformación. Esta característica dinámica del grupo, es la que facilita que la intervención se adapte a temas específicos generando cambios positivos.

La reflexión sobre una situación que se vive y su expresión en palabras, tiene el principio clínico de enfrentarse a su problema, lo cual resulta el inicio de las soluciones de cualquier problemática que enfrentemos. Es por ello que el taller permite la reflexión, busca confrontar a los

participantes con sus ideas acerca de la problemática particular, permite a su vez, una catarsis de los sentimientos generados por tal situación, lo mismo que aprender estrategias de intervención y de cambio actitudinal y comportamental en las diferentes situaciones.

Hernández (1992) señala las fases en que puede dividirse el taller reflexivo:

- 1) *La Convocatoria*: se refiere a la invitación a participar en la actividad que se propone.
- 2) *El programa*: proporciona las actividades formales a realizar, así como también el material informativo a tratar.
- 3) *Fase de Encuadre*: en esta fase se señalan las reglas, los horarios en que se llevarán a cabo las actividades y la presentación de todos los participantes.
- 4) *Fase de Reencuadre*: se lleva a cabo regularmente para recordar las reglas y objetivo de la constitución del grupo en esta actividad.
- 5) *Fase de Construcción Inicial o Preliminar*: sus objetivos son el facilitar las interacciones de los participantes, introducir al grupo en el tema, permitir una construcción para crear confrontación, brindar a los coordinadores una visión general del grupo respecto al tema, reducir los niveles de ansiedad y crear un ambiente de cohesión. Las técnicas que pueden emplearse en esta fase son: reflexión individual, reflexión en subgrupos, discusión de casos en subgrupos, cine-foro, disco-foro y confrontación de texto, construcción de casos en subgrupos, el dibujo en subgrupos, el socio-drama, role-play, dinámicas de contenido o tarea, dinámicas recreativas e integrativas, etc.
- 6) *Fase de Recolección de Datos o Informes*: se comparten conclusiones, inquietudes, contradicciones y problemas encontrados en la fase anterior, identificar los elementos más importantes para desarrollar posteriormente en la plenaria y exponer las elaboraciones al grupo total. El material recolectado se va acumulando sin entrar a profundizar ni polemizar. La idea es crear un inventario amplio que permita seleccionar los elementos más relevantes o problemáticos para desarrollar en la plenaria.
- 7) *Fase de Plenaria*: parte esencial de los encuentros, permite el logro de una reflexión profunda por parte del grupo, buscando la integración del conocimiento generado por ellos.
- 8) *Fase de Retroalimentación*: consiste en proporcionar al grupo los resultados de las actividades realizadas a lo largo del taller, lo mismo que los logros alcanzados y las alternativas que tenemos en torno al problema abordado.

Las funciones cumplidas por el/los coordinador/es son las siguientes:

1. Debe ser un puente facilitador entre las instituciones y el grupo, lo que implica, habilidades de trabajo en equipo, conocimiento en el área comunitaria y en el área psicológica, además, tener una adecuada optimización de recursos y creatividad.
2. Debe tener un apropiado conocimiento de los contenidos temáticos, experiencia, habilidades y plasticidad en la utilización de recursos y autoconfianza.
3. Debe permitir la construcción y reflexión grupal, asumiendo una posición de escucha activa, sin ser directivo, destacando su papel como animador, es decir, como moderador y facilitador del proceso reflexivo.

### *TALLERES DE REFLEXIÓN SOBRE EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DUAL*

Antes de comenzar con el primer taller, se establecerá el encuadre de trabajo grupal (días, horarios y frecuencia de cada encuentro, cantidad de talleres, duración total de los mismos, técnicas a utilizar).

#### **Taller N° 1: *Sensibilización hacia el paciente con patología dual***

La patología dual es un tema que socialmente y en los servicios de salud se enmarca en muchas ocasiones en creencias irracionales o mitos que refuerzan una serie de tabúes, que generalmente no encuentran espacios objetivos para su esclarecimiento, reflexión y atención.

El objetivo es crear las condiciones óptimas de reflexión y confrontación para que los participantes expresen sus inquietudes, temores y prejuicios respecto a la comorbilidad psiquiátrica.

#### Técnicas Empleadas:

##### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

Dinámica: "Los Avioncitos"

- Se les entregará a cada participante del grupo tres avioncitos de papel que estarán enumerados; en el N° 1 deberá escribir una inquietud, en el N° 2 un temor y en el N° 3 un prejuicio que presenten frente a la comorbilidad psiquiátrica. (Duración 15 minutos).

- Luego de escribirlos, harán volar los avioncitos por toda la sala arrojándolos hacia otros miembros del grupo. Así, cada uno que reciba un avioncito, lo leerá y lo volverá a arrojar. De esta

manera, todos los miembros del grupo tendrán la posibilidad de conocer las opiniones de sus compañeros, reduciendo las ansiedades que la temática propone. (Duración 15 minutos).

*Fase de Plenaria: Reflexión Grupal*

- El coordinador invita a los miembros del grupo a reflexionar acerca de los prejuicios, miedos y ansiedades que presenta el grupo frente a la patología dual. (Duración 60 minutos).

*Fase de Retroalimentación:*

Dinámica: "Una frase en la pared"

-Antes de dar comienzo al taller, dejamos escrita en un papel afiche una consigna para evaluar el taller y muchos "rulitos de cinta adhesiva", donde puedan pegarse tiras o tarjetas de papel blanco.

-En el cierre del taller, proponemos a los participantes que, antes de irse, cada uno tome una tira de papel y la complete a partir de la consigna: "teniendo en cuenta todo lo sucedido en el taller, lo que has sentido, lo que has hecho y en lo que has participado "¿Qué te llevas de este taller?" (Duración 30 minutos).

Tiempo de duración total: 2 horas.

*Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Afiches (2)
- Hojas A4 (30)
- Cinta adhesiva (1)
- Lapiceras y fibrones (20)

*Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Costo total: \$150 (Honorarios Profesionales).

## **Taller Nº 2: Aproximación a las definiciones y clasificaciones de la Patología Dual**

El objetivo es que los integrantes puedan tener un acercamiento a lo que diferentes autores plantean como patología dual y sus clasificaciones.

### Técnicas Empleadas:

#### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar*

Dinámica: “Folletos Informativos” (ver folletos informativos en Anexo)

- Se les entregará a cada participante del grupo un folleto en el cual se ha realizado un resumen de manera esquemática de diferentes opiniones que existen sobre las definiciones y clasificaciones de la comorbilidad psiquiátrica. (Duración 10 minutos).

- Luego los participantes deberán dividirse en sub-grupos (de a dos) para leer el folleto (Duración 50 minutos).

#### *Fase de Plenaria: Reflexión en Sub-Grupos*

-Una vez culminado el tiempo otorgado, se deberán unir de a dos sub-grupos y reflexionar sobre la lectura realizada. Un miembro de cada grupo deberá realizar las anotaciones a cerca de las dudas y apreciaciones más importantes (que será trabajado en el próximo encuentro). (Duración 50 minutos).

#### *Fase de Retroalimentación:*

Dinámica: “Expresión de Sentimientos”

- Cada integrante deberá manifestar cómo se ha sentido a la largo del taller en relación al material entregado. (Duración 10 minutos).

Tiempo de duración total: 2 horas.

#### *Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Folletos (15)
- Hojas A4 (30)
- Lapiceras (20)

#### *Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Folletos Informativos \$250
- Honorarios Profesionales \$150
- Costo total: \$400

### **Taller N° 3:** *Creando consenso sobre la Patología Dual*

Para lograr una adecuada labor conjunta de un equipo terapéutico se requiere que los miembros puedan arribar a parámetros que permitan despejar sus dudas y actuar en una misma línea de acción.

El objetivo es que los miembros del equipo logren ampliar sus conocimientos sobre la patología dual, creando condiciones de aprendizaje grupal.

#### Técnicas empleadas:

##### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

-Un miembro del taller dará lectura al folleto, y a continuación se expondrán las dudas y las consideraciones extraídas con anterioridad. (Duración 30 minutos).

##### *Fase de Plenaria: Reflexión Grupal*

-Luego el grupo deberá reflexionar sobre lo planteado, con el fin de realizar conclusiones sobre lo expuesto (definiciones y clasificaciones). (Duración 60 minutos).

-A lo largo de esta etapa, el coordinador tomará nota de las reflexiones a las que arribó el grupo.

##### *Fase de Retroalimentación:*

-Se finalizará el taller, dando lectura de las anotaciones tomadas por el coordinador. (Duración 20 minutos).

Tiempo de duración total: 1 hora 50 minutos.

#### *Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)

- Honorarios Profesionales \$150

#### **Taller Nº 4: Dificultades para identificar a un paciente con patología dual**

A raíz de que los sujetos al ingresar a tratamiento no han pasado por un período de desintoxicación y abstinencia considerable, se dificulta realizar un diagnóstico diferencial.

El objetivo del mismo es facilitar la adquisición de información conceptual y destrezas necesarias para identificar y contextualizar las características de los pacientes que además de adicción presentan trastornos psiquiátricos.

#### Técnicas Empleadas:

##### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar*

Construcción de casos en subgrupos

-Se divide al grupo en dos subgrupos (1) y (2), con el fin de reflexionar sobre un caso particular en el cual se haya visto dificultada la elaboración del diagnóstico comórbido. (Duración 50 minutos).

##### *Fase de Plenaria:*

-Un integrante de cada subgrupo anotará los aspectos relevantes de la tarea (intervenciones realizadas, modificaciones implementadas, etc.), los integrantes de los diferentes subgrupos exponen las conclusiones a las cuales arribaron. (Duración 20 minutos).

##### *Fase de Retroalimentación:*

-Se dará lectura de las anotaciones realizadas. (Duración 30 minutos).

Tiempo de duración total: 1 hora y 30 minutos.

#### *Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Hojas A4 (10)
- Lapiceras (2)

#### *Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Honorarios Profesionales \$150

### **Taller N° 5: *Experiencias cotidianas en CT***

La labor terapéutica desarrollada en CT genera en los miembros de un equipo diferentes sentimientos que pueden obstaculizar los resultados de su accionar, la reflexión permite identificar los obstáculos, los conflictos en la práctica y la relación de estos con el encuadre institucional.

Los objetivos hacen referencia a que los participantes visualicen las experiencias y sentimientos vivenciados con los pacientes duales y elaboren herramientas para el desarrollo de habilidades en la interacción con estos asistidos.

#### Técnicas Empleadas:

##### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

##### Role Play

-Se divide a los miembros del taller en dos subgrupos (1) y (2). Al grupo (1) se les da como consigna el representar una situación cotidiana de intercambio con pacientes duales. Uno o más de uno, podrá ocupar este último rol y el resto del grupo deberá posicionarse como terapeutas o asistidos, se requiere que al menos un sujeto desempeñe cada rol. El grupo (2) será espectador del juego de roles. (Duración 30 minutos).

##### *Fase de Plenaria:*

-Una vez finalizada la teatralización, el grupo (1) expresa los sentimientos vivenciados durante la obra y el grupo (2) manifiesta las sensaciones causadas por la representación. En un segundo momento se realiza una reflexión individual sobre los sentimientos que obstaculizan las acciones terapéuticas, finalmente en forma grupal se reflexiona acerca de las habilidades de interacción con pacientes duales, las conclusiones serán escritas por dos miembros del grupo (co-coordinadores). (Duración 60 minutos)

##### *Fase de Retroalimentación:*

-Los co-coordinador hacen lectura de los aspectos relevantes a los cuales concluyeron durante el taller. (Duración 20 minutos)

Tiempo de duración total: 2 horas.

Materiales a utilizar:

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Hojas A4 (5)
- Lapiceras (2)

*Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Honorarios Profesionales \$150

### **Taller Nº 6:** *Reflexiones sobre el trabajo en equipo*

El trabajo en equipo requiere de comunicación fluida entre los integrantes, que permita que la toma de decisiones sea adecuada e involucre a las opiniones de todos sus miembros, la reflexión posibilita identificar las presiones y exigencias que existen sobre el equipo no sólo a nivel vertical (de poder) sino entre pares. Las dinámicas de trabajo en equipo posibilitan a cada integrante mirar y mirarse en las actitudes y respuesta de los pares, dimensionando los efectos que produce la propia práctica.

El objetivo es analizar, priorizar y compartir las soluciones a los problemas de comunicación y el trabajo interdisciplinario. Los temas a reflexionar son: comunicación, flexibilidad del grupo y capacidad para armonizar diferentes opiniones.

#### Técnicas Empleadas:

*Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

Dinámica: "El sistema solar"

-El coordinador hace la introducción al ejercicio anunciando que se van a realizar un trabajo de visualización del grupo. Señala con un círculo de tiza en el piso (hecho con anterioridad) un sector bajo el título de "grupo". Calculando dos o tres metros de diámetro hace otro círculo mayor para que los participantes, se pongan de pie a su alrededor.

-Inmediatamente el coordinador dice: “Nosotros como miembros de este grupo, estamos formando un círculo a su alrededor. Vamos a tratar de visualizar al grupo como un lugar, como un espacio, como un objeto que tiene características propias. El grupo requiere de sus miembros una serie de compromisos y responsabilidades. Los miembros tienen que dedicarle tiempo, trabajo, tareas específicas. Para visualizar nuestra propia relación con el grupo vamos a imaginar que el grupo, que está en el centro del círculo, es el sol y nosotros los planetas. Vamos a ubicar nuestra órbita poniéndonos de pie cerca o lejos según como nos sintamos en este momento”.

-Los miembros del grupo se ubican en los lugares que consideran y trazan un pequeño círculo (también con tiza), para dejar marcada su postura en relación al grupo.

-Sin retirarse de sus lugares, el animador irá preguntando a cada uno por qué eligió la ubicación que eligió. Los participantes dirán en voz alta los motivos que provocan que se sientan más cerca o más lejos de los objetivos y las actividades del equipo terapéutico.

-Una vez que la mayoría de los participantes expresó su situación se les pide que vuelvan a formar el círculo alrededor pero dejando su marca en el suelo. (Duración 30 minutos).

- El coordinador hace ver cómo quedó la estructura grupal bajo el diseño del sistema solar y para introducirlos en la *Fase de Plenaria*, se realiza un nuevo cuestionamiento para reflexionar en forma grupal: ¿Cuáles son los factores que dificultan nuestra comunicación como equipo? ¿Podríamos marcar los aspectos que nos hacen más rígidos frente al grupo?

Como equipo de trabajo ¿Nos es necesaria la apertura a las opiniones del otro?. (Duración 60 minutos).

#### *Fase de Retroalimentación:*

-Se les pide que en forma conjunta, elaboren un collage que de cuenta de los factores que el grupo considera que beneficiarían la comunicación del equipo de trabajo. (Duración 30 minutos).

Tiempo de duración total: 2 horas.

#### *Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Hojas A4, afiches (2)

- Tijas (2)
- Tiza (1)
- Lapiceras y fibrones
- Plasticota (1)
- Revistas y diarios

*Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Honorarios Profesionales \$150

### **Taller N° 7: Rigidez del sistema y aportes para su flexibilización**

El sistema que rige los intercambios entre asistidos, las técnicas utilizadas y la estructura de la CT se encuentran jerarquizados. La rigidez de los mismos dificulta la adaptación de los pacientes duales a este dispositivo de salud. La reflexión acerca de la operatividad o no de las conductas instrumentadas, posibilita revertir en otras situaciones las dificultades que anteriormente se presentaron.

El objetivo es reflexionar acerca de la utilidad de los espacios de la CT (Asambleas de confrontación, dinámicos, puesta en evidencia), además de los objetivos establecidos para cada fase del programa terapéutico en estos pacientes y a continuación proponer posibles alternativas para su flexibilización.

#### Técnicas Empleadas:

*Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

*Role play en subgrupos*

-Se divide al grupo en dos subgrupos (1) y (2). Al grupo (1) se le pide que representen tres situaciones bajo la siguiente consigna: representar en cada una de ellas el funcionamiento de un espacio terapéutico de la CT (asamblea de confrontación, asamblea de dinámicos y puesta en evidencia) teniendo como protagonista a un paciente dual, dos miembros del equipo y tres asistidos. (Duración 30 minutos).

Finalizada la representación, el grupo (2) deberá exponer cuáles son las dificultades y los beneficios que observaron en cada representación. (Duración 20 minutos).

*Fase de Plenaria* (Duración 60 minutos)

*Reflexión Grupal* utilizando los siguientes disparadores:

¿Consideran necesario realizar modificaciones en actividades y objetivos del programa terapéutico? ¿Cuáles y qué beneficios tendrían para los pacientes?

*Fase de Retroalimentación:*

-Se da lectura de las conclusiones grupales. (Duración 10 minutos).

Tiempo de duración total: 2 horas.

*Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Lapiceras (2)
- Hojas A4 (5)

*Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Honorarios Profesionales \$150

### **Taller Nº 8: Contemplan las posibilidades de derivación**

Nazareth no posee condiciones asistenciales (salas de contención) que permitan contener a sujetos en crisis, por lo cual se hace necesario poder establecer contactos con otras redes asistenciales, con el fin de abordar la problemática de manera integral.

Los objetivos son promover en los miembros del equipo la capacidad de identificar los límites en su accionar terapéutico frente a las posibles crisis de un paciente con cuadro psiquiátrico.

### Técnicas Empleadas:

#### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

Dinámica: “Sueño del grupo ideal” (Duración 30 minutos)

-El coordinador propone al grupo armar las características del equipo terapéutico ideal. Para esto deberán escribir en un afiche:

- 1) Lo que el grupo considere como características ideales de un equipo asistencial de patología dual.
- 2) Lo que el grupo considere sobre las características y herramientas utilizadas en esta institución para el abordaje de la comorbilidad psiquiátrica.
- 3) Enumerar los límites institucionales y grupales frente a la asistencia de pacientes duales.

#### *Fase de Plenaria*

-Reflexión grupal en relación al conocimiento de centros asistenciales que puedan facilitar las derivaciones de los pacientes duales en crisis y sobre las características de los mismos. (Duración 60 minutos).

#### *Fase de Retroalimentación:*

A modo de cierre los integrantes del grupo expresan los sentimientos vivenciados a lo largo de este taller. Utilizando como disparador la siguiente pregunta: ¿Cómo me he sentido hoy en el grupo?. (Duración 30 minutos).

Tiempo de duración total: 2 horas.

#### *Materiales a utilizar:*

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Afiches (3)
- Fibrones (6)

#### *Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Honorarios Profesionales \$150

### **Taller Nº 9: Cuidados para la Salud Mental del Equipo**

Se considera que los equipos de salud que brindan asistencia a drogadependientes se ven expuestos a diferentes factores que los hacen vulnerables a padecer el Síndrome de Burn out.

El objetivo es identificar los factores personales, institucionales y relacionales que los ponen en riesgo de experimentar los síntomas del Burn out, posibilitando desarrollar estrategias con el fin de prevenirlo.

#### Técnicas Empleadas:

##### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar*

Dinámica: "Buzón de problemas"

-El coordinador coloca tres buzones de correo en miniatura en el centro de la mesa de trabajo grupal y les pide a los participantes que depositen en el buzón (1) los factores personales que considera como generadores de estrés y frustración laboral. En el buzón (2) cada miembro deberá depositar los factores institucionales que a su entender provocan rigidez en sus acciones terapéuticas hacia pacientes duales. Y para finalizar, el buzón (3) contendrá los aspectos relacionales que cada individuo considera como factores negativos que imposibilitan las tareas en equipo, generan ansiedad y desvalorización. (Duración 20 minutos).

-Luego el coordinador hará lectura de los papeles depositados en cada buzón con el fin de dar comienzo a la *Fase de Plenaria*, reflexión grupal acerca de los aspectos evidenciados, con el fin plantar posibles estrategias preventivas del Síndrome de Burn out. (Duración 70 minutos).

*Fase de Retroalimentación:* el grupo creará un collage que de cuenta de lo trabajado en el taller. (Duración 30 minutos).

Tiempo de duración total: 2 horas.

Materiales a utilizar:

- Instalaciones edilicias (sala de grupos)
- Lapiceras (15)
- Hojas A4 (15)
- Cajas de cartón (3)

*Presupuesto:*

Existencia de materiales en la institución.

- Honorarios Profesionales \$150

### **Taller N° 10: Reflexiones Finales**

Debido a que toda actividad tiene un comienzo y un fin se considera importante poder culminar el taller por medio de una revisión de los temas reflexionados, de esta manera se ofrecerá una clara información que permitirá aunar criterios que favorezcan el abordaje integral de la patología dual, además reforzará los vínculos entre el staff, posibilitando actuar como una red de contención que los sitúe como agentes preventores del síndrome de Burn out.

#### Técnicas Empleadas:

##### *Fase de Construcción Inicial o Preliminar:*

-El coordinador hará lectura de las conclusiones, acuerdos y lineamientos a las cuales arribaron en los diferentes encuentros.

##### *Fase de Plenaria*

*Reflexión grupal* de las conclusiones y apertura a nuevos aportes y vivencias.

##### *Fase de Retroalimentación:*

Dinámica: "Una foto"

-El coordinador le propone al grupo que divididos en subgrupos armen una "fotografía" sobre lo vivenciado a lo largo del taller y le pongan un título.

-La consigna es: "Es importante que en la fotografía tengan en cuenta lo que sintió cada participante: qué se llevan, qué no les gustó y si pudieron expresarse".

-Cuando cada grupo presentan su foto, el resto pueden preguntar lo que no resulte claro de la representación.

-El grupo reflexiona sobre los títulos de las distintas fotografías y luego expresa sus sentimientos.

### *Evaluación de Resultados:*

Para realizar la evaluación del impacto producido por el proyecto se utilizará un diseño metodológico cuasi experimental pre-post sin grupo control. De ésta manera será factible hacer una valoración detallada respecto de los resultados obtenidos luego del tiempo destinado al trabajo reflexivo. Para esto se registrarán las respuestas de los miembros del equipo en base a los siguientes ejes: comunicación y apoyo entre los miembros del equipo y grado de flexibilidad y/o rigidez en el accionar terapéutico y sentimientos frente al abordaje de la patología dual, antes de la aplicación de la propuesta de intervención (Pre test), y una vez finalizada la misma (Evaluación Post- Test). El registro de datos se llevará acabo justo antes del comienzo del primer encuentro y deberá ser completado por todos los integrantes del taller. Para la evaluación Post – Test, se utilizará el mismo cuestionario.

A continuación se presenta la grilla de preguntas a utilizar para efectuar el Pre-Test y el Post-Test.

Nombre: _____	Profesión: _____
<b>Marque con un círculo la opción correcta</b>	
1- Está conforme con la manera de trabajo en equipo:	
SI	NO
NO OPINA	
2- ¿Si no lo está, manifiesta la causa que produce su inconformidad?	
SI	NO
NO OPINA	
3- ¿Comparte con el equipo sus experiencias labores y sus dificultades ante algunas situaciones cotidianas del trabajo con pacientes duales?. (En ambos caso, se solicita fundamentar la respuesta).	
SI	NO
¿Por qué?	
4- ¿Mantiene diálogo con sus compañeros sobre los sentimientos, prejuicios y temores generados en la labor cotidiana con pacientes duales?	
SI	NO
5- ¿Cuáles son para usted los beneficios de trabajar en un equipo interdisciplinario?	
a) Compartir responsabilidades y dediciones.	
b) Evaluar herramientas y estrategias de acción terapéutica.	
c) Realizar diagnósticos más precisos de los pacientes.	
d) Todos los anteriores.	
6. A) En las reuniones de equipo, ¿Puede usted manifestar libremente sus opiniones?	
SI	NO
B) Si usted tiene opiniones disímiles a las de sus compañeros, ¿Las expresa? (En caso negativo, fundamente la respuesta).	
SI	NO
C) ¿Implementa en alternativas de acción en casos en que lo considera necesario o se rige por las actividades y objetivos terapéuticos planteados por el programa? (En caso afirmativo, conteste ¿En qué casos los utiliza y cuales son?)	
SI	NO
7. Usted ¿Considera que se deban realizar modificaciones a nivel institucional para facilitar el abordaje de la patología dual. En caso afirmativo, conteste ¿En que áreas, herramientas y aspectos del programa?.	
SI	NO

## REFLEXIONES FINALES

A lo largo del recorrido terapéutico sobre las causas que llevan a una persona a la dependencia y/o abuso sistemático de sustancias tóxicas, nos encontramos con mecanismos específicos como baja tolerancia a la frustración (vulnerabilidad), niveles elevados de impulsividad, necesidad de satisfacción inmediata, falta de proyectos personales (producto del achatamiento del deseo y de determinaciones sociales actuales). Además, el presente trabajo plantea una creciente demanda de pacientes en los cuales las sustancias han acelerado el proceso de desencadenamiento de un trastorno psiquiátrico, o bien, han comenzado con el consumo para aliviar los síntomas de éstos.

Considerando que los trastornos adictivos representan una modalidad de respuesta de un sujeto frente a determinado aspecto de su personalidad o contexto, y que presenta alguna falla en su tramitación subjetiva, o bien, fuente de padecimiento que luego se ve transfigurada y agravada por el consumo de sustancias tóxicas, podríamos pensar que, el itinerario rehabilitador y sus intervenciones deberían ser realizadas en función de esta lectura, que en ocasiones se ve obstaculizada por los efectos de la adicción que enmascaran la estructura psíquica del paciente. Debido a esto, luego de la fase primaria (abstinencia y desintoxicación), aparece la sintomatología psiquiátrica, ya que la interrupción del consumo permite ver con mayor claridad la problemática de base provocando dificultades en el proceso terapéutico; por lo tanto, debería ser organizado dentro de un marco adecuado y claramente definido, delimitando etapas de tratamiento, objetivos a alcanzar en cada una de ella y estrategias de intervención que lo posibiliten. Frente a dicha situación, los terapeutas suelen encontrarse con pacientes que comienzan a hacer un uso del lenguaje que no posibilita intercambiar ideas y experiencias emocionales, sino que, como lo plantea Joyce McDougall (1989), funciona como una pantalla entre ellos y los otros, actuando de modo alexitímico, presentando dificultades para describir sus estados afectivos, como así también la incapacidad para distinguir un afecto de otro.

Debido a que la función interpretativa del analista depende de la capacidad para captar en la comunicación del analizando los elementos cargados de afecto, la autora plantea que estos pacientes se convierten en un desafío especial para los analistas, ya que el discurso que utilizan presenta una tonalidad sin matices, descolorida y que a menudo cansa generando en las personas que los rodean, inclusive en el analista, fuertes reacciones emocionales, que en ocasiones obstaculizan la tarea analítica. En ocasiones el terapeuta puede sentirse frustrado, paralizado interiormente e incapaz de actuar de manera analítica, llegando a poner en duda el

valor de la experiencia frente a dichos pacientes. Es en este tipo de relación que los terapeutas corren el riesgo de hacerse ellos mismos alexitímicos ante los citados pacientes, siendo incapaces de contener las vivencias que los asedian y de reflexionar sobre ellas, dando lugar, mediante la acción, a la salida de los afectos que se han movilizado.

Esta dificultad se evidencia en los miembros del equipo de la Comunidad Terapéutica Nazareth en el trabajo con pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica, frente a los cuales las expectativas y las exigencias de los profesionales suelen verse obstaculizadas por las posibilidades reales de los sujetos. De esta manera, se generan resistencias por parte de los terapeutas, que de no ser puestas en palabras en espacios comunes, que posibiliten derribar los prejuicios y pre conceptos sobre dicha enfermedad, evitando así desganos en la labor terapéutica (por ser considerados pacientes de difícil acceso), conflictos y malestar en el interior del equipo (desarrollando síntomas de Burn out) y derivaciones compulsivas. Estas dificultades se presentan como acting out, donde los conflictos movilizados por la relación, se dispersan mediante algún tipo de acción en lugar de ser verbalizados y elaborados con el fin de evitar determinadas representaciones o emociones dolorosas, demasiado excitantes o conflictivas. Siguiendo lo planteado por McDougall (1989) y relacionando el acting out con las características antes mencionadas, podríamos pensar en que algo que hubiera debido mantenerse dentro y ser manejado psicológicamente es puesto fuera de uno mismo de suerte que la tensión sea drenada y no quede ninguna huella del conflicto.

Desde esta perspectiva podríamos considerar que, si las tensiones que genera el abordaje de estos pacientes fuese puesta en palabras y se posibilitara la elaboración de la contratransferencia de los terapeutas, se ampliaría la mirada hacia la postura que la institución adopta frente a esta antigua problemática, requiriendo de esa manera utilizar el marco institucional como entorno favorecedor de crecimiento. Siguiendo esta línea es que Marta Békei (1991) plantea que esto sería posible en unidades de tratamiento pequeñas, abarcables y de carácter familiar; donde las estructuras grupales sean organizadas de manera clara, con normas reglamentadas y sopesadas, junto con actividades maternas y paternas equilibradas, creando en cierto modo las premisas básicas para la reactivación del modelo patógeno del conflicto en el aquí y ahora de la institución, mediante una actitud de receptividad y flexibilidad, no basada en una escucha desconfiada, sino dirigida a desarrollar un espacio potencial que dé lugar a lo que podría ser analogado con la actividad de un yo auxiliar asistente que permita la progresiva investidura y el desarrollo de las funciones yoicas deficitarias.

Cabe destacar que dicha función se vería favorecida por medio de una participación activa de los pacientes en la resolución de sus conflictos, desde una estructura que contiene y un equipo que orienta e interviene allí donde los pacientes no tienen resultados, acompañándolos en la disminución de los síntomas, favoreciendo el desarrollo de las capacidades y habilidades conservadas.

Podríamos plantear un paralelo entre lo mencionado con anterioridad y la función óptima de un equipo de trabajo, en el cual cada miembro debería funcionar como apoyo y sostén ahí donde los saberes se ven influenciados por las emociones y los afectos, impidiendo poner en juego diferentes estrategias y herramientas que posibiliten ampliar el abanico de intervenciones frente a las situaciones que nos exceden en forma individual. De esta manera, Békei (1991) considera que se reducirían los conflictos inminentes de este complejo sistema social que crea la CT, los frecuentes conflictos de equipo y los propios conflictos y miedos de los terapeutas, que a su vez intensifican el potencial conflictivo ya existente en el paciente. Además, estos peligros pueden combatirse de manera efectiva a través de una supervisión externa con un analista supervisor o en un contexto grupal (grupo Balint, grupos reflexivos, grupos de experiencias), posibilitando el reconocimiento a tiempo de las reacciones contratransferenciales que surgen, favoreciendo la realización del diagnóstico y la terapia.

El proceso de rehabilitación por medio de sus técnicas y métodos, tiene como uno de sus objetivos, que el drogadependiente, tome contacto con sus sentimientos y emociones pudiendo identificarlos a fin de comenzar con lo que De León (2004) expone como el proceso de descongelamiento de los afectos; ya que, y siguiendo lo planteado por Sifneos (s.f.) en McDougall (1989), lo que diferencia a los seres humanos de los demás animales es el uso del lenguaje y la comunicación simbólica de sus necesidades, anhelos y deseos, ya que a través de las palabras, los afectos acaban vinculándose con las representaciones mentales.

Si consideramos que los sentimientos son los rasgos más humanos de la vida psíquica y que haber perdido el contacto con ellos supone un factor deshumanizador, podríamos repensar la función de los equipos intervinientes considerando que éstos, por medio de sus palabras y acciones, son los que se ofrecen como lazos que facilitan el pensar, el decir, el sentir, en una palabra, humanizan.

## REFERENCIAS

- Abeijón Merchán, J. (1994) "El equipo terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias". Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Aresti, A. (1994). Diferencia entre el programa de Daytop y Proyecto Hombre. En Duran-Dassier, J. (1994). *Psicoterapia sin psicoterapeuta*. Madrid: Editions del'Epi. Ediciones Marova, S. L.
- Asociación de Patología Dual (2006). "Definiciones y Características". Recuperado el día 15 de junio de 2007 de <http://www.asociaciondual.es>
- Azpilicueta, L. y Domench, J. M. (Coords.) (1992). *Memoria 1991. Proyecto Hombre Navarra. Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra. En López Goñi, J. (2005) "Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Universidad de Navarra". Pamplona. Departamento de Psicología y Pedagogía. Tesis doctoral. Recuperado el día 10 de diciembre de 2008 de <http://www.Psicothema.com.ar>
- Beltrán Guzmán, F Torres Fermán, I A, Saldivar González, H, Martínez Perales, G. Vázquez Nava, F, Barrientos Gómez C. (s.f) "Taller Como Estrategia de Intervención Preventiva".
- Clarck, D. H. (1964). "Psiquiatría administrativa: Los roles en la Comunidad Terapéutica". Buenos Aires: Nueva Visión, 1973. En Comas Arnau, D. (2006). "Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional". Madrid: Grupo Gid.
- Comas Arnau, D. (2006). "Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional". Madrid: Grupo Gid.
- Coduras, P. (1990). "La Toxicomanía". Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Cázares González, Y. (2000) "Manejo efectivo de un grupo. El desarrollo de los grupos hacia la madurez y la productividad". Ed. Trillas.; pag. 101. <http://gparrott.gotadsl.co.uk/BPA/sociodrama>
- Daytop (2003). Daytop History. Recuperado el día 27 de Abril de 2008 de: <http://www.daytop.org/history.html>
- De León, G. (2004) "La Comunidad Terapéutica y las adicciones" Ed. Desclee de Brouwer - Bilbao , España.
- Díaz, L. (1994). "El Taller Psicológico, una Propuesta Metodológica". Santafé de Bogotá. Tesis, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de psicología, p. 21
- Duran-Dassier, J. (1994). *Psicoterapia sin psicoterapeuta*. Madrid: Editions del'Epi. Ediciones Marova, S. L.
- Fernández, G. (2003) "Evaluación y prevención del burn out en equipos que trabajan en drogodependencias". Revista eradicaciones N° 6.
- Ferrigno, L. (1998) "La Comunidad Terapéutica en el Tratamiento de las Adicciones". Huellas. Revista de Prevención de Drogadependencia y Sida.
- Ferrigno, M. (1999) "Construyamos una red de vida" 1º Encuentro de la red de adicciones de la pastoral de la salud. Huellas Revista de Prevención de Drogadependencia y Sida.
- Gervasio, E. y Campagna, D. (s.f)."La Comunidad Terapéutica en la rehabilitación de la drogadependencia y el alcoholismo, resumen de una experiencia." Buenos Aires: Dunken
- Gotí, E. (1990). "La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga". Buenos Aires: Nueva Visión. (2000).
- Grimson, W. (1998) "Adicciones a Drogas la Respuesta de la Comunidad Terapéutica en la Argentina". XIX Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas Cartagena de Indias – Colombia
- Hernández, M. (1992). "El taller: Una Propuesta Metodológica para la Intervención en Grupos desde la Psicología". Santafé de Bogotá. Tesis, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de psicología, p. 24
- Hoyuelos, R (s.f) "El terapeuta como parte del problema. Comunidad y drogas". En Abeijón Merchán (1994). "El equipo terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias". Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Iglesias J. y Marcos Sierra J. A. (2000). "Trastornos Duales: Tratamiento y Coordinación". Recuperado el día 07 de Mayo de 2007 de Papeles del Psicólogo: <http://www.papelesdelpsicólogo.com>
- Kooyman, M. (1996). "La Comunidad Terapéutica para Drogadependientes". Bilbao, España: Ediciones Mensajero.

- Landa, N.; Fernández Montalvo, J.; López Goñi, J.; Lorea, I. (2006). "Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: Un estudio descriptivo. International Journal of Clinical and Health Psychology". Recuperado el día 22 de Junio de 2007 de: <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- León, O. y Montero, I. (2003). "Métodos de Investigación en Psicología y Educación". España: McGrawhill.
- López Goñi, J. (2005) "Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Universidad de Navarra". Pamplona. Departamento de Psicología y Pedagogía. Tesis doctoral. Recuperado el día 10 de diciembre de 2008 de <http://www.Psicothema.com.ar>
- Machado, P. Klein, J. (2007). "Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment center." International Journal of Clinical and Health Psychology, Nº 7. Recuperado el día 3 de Junio de 2007 de: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Mansilla, J.C. (2001). Programa Cambio. Conclusiones del II Congreso Internacional de Prevención y Asistencia. Córdoba. Recuperado el día 10 de enero de 2009 de <http://www.programacambio.com>
- Martínez Aldunate, D. (2003). "Dualidades de otros mundos. Avistamientos y reflexiones sobre el protocolo clínico de manejo de pacientes con patología dual en Chile". Revista Eradicaciones Nº 6.
- Marsan, L. (1990). "La Comunidad Terapéutica y el peligro del fenómeno del culto". Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Maslach, C y Jackson, S. (1997). "Manual MB Inventario Burn out de Maslach". Madrid: Tea ediciones
- Mayer, H.(1997). "Adicciones: Un mal de la posmodernidad". Buenos Aires: Corregidor.
- Mata Cala, F; Sánchez Alcaraz, F; Cobos Luna, L; Romero Monzón, I y Peña Fuentes, M. (2005). "Valoración de resultados en pacientes derivados a comunidad terapéutica". Recuperado el día 20 de mayo de 2007 de <http://drogascadiz.es>
- Medina Bisiach, E (2006). "Comunidades Terapéuticas: Pautas de Evaluación". Buenos Aires: Gabas.
- Nuñez Garcia, J. (1994). "Solidaridad y voluntariado". Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Ottenberg, D. (1994). "¿Qué no se puede cambiar en la Comunidad Terapéutica?". Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Padrino Bonfiglio, M y Izquierdo Muñoz, R. (2003) "Itinerario Técnico Nacional: Una iniciativa para el intercambio de experiencias en el tratamiento de drogodependientes con Patología Dual". Recuperado el día 12 de mayo de 2007 de <http://www.patologiadual.com>
- Palacios Ajuria, I. (2005) "Pacientes con Patología Dual". Comunicación presentada en la 2ª Jornadas Anuales de Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Madrid. Recuperado el 25 de abril de 2007 de <http://www.madridsalud.es/adicciones>
- Picchi, M. (1995). "Un programa terapéutico para drogodependientes". Bilbao: Proyecto Hombre
- Pisano, J. (s.f). "Dinámicas de Grupo para la Comunicación". Buenos Aires: Ed Bonum.
- Pedrero Pérez y otros (2008). "Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones". Barcelona: Ed. socidrogalcohol.
- Rshaid, J. (2005). "Comunidad Terapéutica. Un desafío teórico – técnico". Buenos Aires: Dunken.
- Ruiz de Alegría, A. (1994). "El fenómeno de las drogadependencias desde el Proyecto Hombre". Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Saavedra, A. (2004) "Comorbilidad en Dependencia a Sustancias". Lima-Perú: Cedro.
- Salamanca García, L. (1994). "La crisis a lo largo del programa terapéutico - educativo Proyecto Hombre. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Seva Díaz, A. (1999) "Patología psiquiátrica concomitante en el alcoholismo. ¿Trastorno dual o plural? Ponencia en el IV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo, España. En Medina Bisiach, E (2006). Comunidades Terapéuticas: Pautas de Evaluación. Buenos Aires: Gabas.
- Soave, L. (1994). "Modelo de intervención en Proyecto Hombre". Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Talbot, R. Fernández, C (2005) "Intervención con pacientes duales en comunidad terapéutica". Fundación Girasol. Recuperado el día 5 de mayo de 2007 de <http://www.unad.org>
- Uchtenhagen, U. y Zeiglgänsberger, W. (2000). Suchtmedizin—konzepte, strategien und therapeutisches management. Munich: Urban & Fischer Verlag. En Pedrero Pérez y otros (2008). "Guía clínica de intervención psicológica en adicciones". Barcelona: Ed. socidrogalcohol.
- Urquiola, A (2007). "Patología dual en CT Haize-Gain" recuperado el día 10 de mayo de 2007 de [http://www.unad.org/documentos/PD\\_Haize-Gain.pdf](http://www.unad.org/documentos/PD_Haize-Gain.pdf).

ANEXOS

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE PATOLOGÍA DUAL: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

Es desde esta perspectiva que Torrens Melich (2008) (4) plantea dos hipótesis principales que explican la comorbilidad:

- 1- La adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares.
- 2 - La administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos. En los últimos años, se han postulado los efectos neurobiológicos del estrés crónico como el puente de unión entre los TUS (Trastorno por uso de sustancias) y las otras enfermedades mentales.

Así pues, la naturaleza de la relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular. En general, estos trastornos duales son reflejo de al menos cuatro posibilidades:

**1** Las distintas combinaciones de trastornos por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento. Esta combinación puede ocurrir por "casualidad" o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes (ej. estrés, personalidad, factores ambientales en la infancia, vulnerabilidad genéticas, alteraciones neurobiológicas)

**2** El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente. Así el consumo de drogas puede precipitar una predisposición a psicosis (por ejemplo, el consumo de cannabis como factor precipitante para un trastorno esquizofrénico) o causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente (por ejemplo, el consumo de estimulantes puede origina depresión o psicosis). Viceversa, durante la enfermedad psiquiátrica se puede desencadenar una conducta de consumo que derive en un TUS que evoluciona de forma independiente (por ejemplo, el consumo de alcohol en episodios maníacos, puede derivar en un alcoholismo independiente). En este caso también ambos trastornos deberán tratarse adecuadamente y durante tanto tiempo como se requiera.

**3** El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente. En este caso el tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica podría hacer desaparecer el TUS.

**4** Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a esquizofrenia, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (por ejemplo, psicosis en intoxicaciones por estimulantes) o abstinencia (por ejemplo, depresión en la abstinencia de estimulantes).

4- Torrens Melich M. (2008) "Patología dual: situación actual y retos de futuro". Revista Adicciones. Vol. 20 Núm. 4

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES de la PATOLOGÍA DUAL

**PATOLOGÍA DUAL:** término no reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM o del CIE-10. Sin embargo, siguiendo lo planteado por diversos autores podemos arribar a las siguientes definiciones:

- "Correspondencia en un mismo individuo de trastornos adictivos y psicopatológicos" (1)
- "Tipo específico de co-morbilidad diagnóstica, co-morbilidad de los trastornos psiquiátricos y el uso, abuso y/o dependencia a sustancias tóxicas. La dualidad define todas las variaciones posibles de dependencia y de desórdenes psiquiátricos, así como sus combinaciones". (2)
- "Comorbilidad también conocido como diagnóstico doble, diagnóstico dual, o farmacodependencia con múltiples diagnósticos, o abusadores químicos mentalmente enfermos o abusadores químicos mentalmente afectados, implica la asociación entre una adicción a una sustancia con otra, pero en el escenario de las adicciones, es la asociación entre una enfermedad adictiva y un trastorno mental no adictivo". (3)

La Patología Dual implica una serie de consecuencias entre las que encontramos:

- 1 - Mayores costos asistenciales
- 2 - Mayor severidad clínica del trastorno
- 3 - Peor pronóstico a corto, medio y largo plazo
- 4 - Importantes dificultades para la realización de un diagnóstico ajustado
- 5 - Contradicciones entre profesionales acerca de las estrategias técnicas de abordaje terapéutico.

Al identificar y detectar los posibles casos de Patología Dual, nos encontramos con los siguientes obstáculos, ya que existen pacientes con diagnóstico dual en todos los tipos y fases de programas terapéuticos psiquiátricos y de toxicomanías, pero con frecuencia el "segundo" diagnóstico permanece sin identificar.

En las unidades psiquiátricas, el abuso encubierto de sustancias suele ocasionar:

- 1 - Diagnóstico erróneo.
- 2 - Confusión de los profesionales en la medida que el paciente no responde adecuadamente a la medicación y a la psicoterapia.
- 3 - Incorrecta vinculación terapéutica.

En las unidades de toxicomanías, la existencia de trastornos psiquiátricos no identificados puede ocasionar que en el proceso para conseguir la abstinencia, se culpe al paciente de:

- 1 - Falta de cumplimiento
- 2 - Falta de motivación.

1- Iglesias J. y Marcos Sierra J. A. (2008) "Trastornos Duales: Tratamiento y Coordinación". Papeles del Psicólogo. <http://www.papelesdel psicologo.com>  
 2- Asociación de Patología Dual (2008). "Definiciones y Características". <http://www.asociaciondual.es>  
 3- Saxeiro, A. (2004) "Comorbilidad en Dependencia a Sustancias". Lima-Perú: Centro.

Para una mayor comprensión de la Patología Dual, a continuación se presenta dos esquemas. El primero alude a la clasificación que la Asociación Dual (2006) realiza sobre lo que en los ejes I y II es considerado como Patología Dual y que cuadros no formarían parte de esta clasificación. El segundo explicará en forma más detallada la relación etiológica entre un trastorno psiquiátrico y un trastorno por uso de sustancia.

	Considerado Patología Dual	No se considera Patología Dual	Ejemplos de Cuadros no duales
<b>Eje I: Eje Psicopatológico</b>	- Trastornos Neurotóticos Graves. - Trastornos psicóticos crónicos.	- Cuadros reactivos transitorios. - Cuadros inducidos por abstinencia. - Síndromes transitorios reactivos a eventos vitales estresantes.	- Psicosis tóxica por cocaína. - Abstinencia a alcohol. - Síndrome depresivo por duelos.
<b>Eje II: Eje del Consumo</b>	- Uso y abuso patológico. - Dependencia.	- Uso puntual de tóxicos. - Abuso sin efecto patológico directo sobre la estabilidad mental	- Consumo esporádico de cannabis. - Abuso de alcohol en fin de semana sin impacto sobre el cuadro mental.

Tipología diagnóstica, en la que se dan dos posibles tipos de relaciones	
Trastorno Psiquiátrico Primario	Trastorno por uso de sustancias primario
En esta relación se ofrecen tres posibilidades:	Las secuelas psiquiátricas pueden presentarse en tres contextos diferentes:
<p><b>1</b> La conducta de consumo de sustancias puede considerarse una forma de automedicación para el trastorno psiquiátrico. Consecuencia de esto es que los individuos con unos trastornos psiquiátricos determinados escogen con frecuencia y, de forma preferente, sustancias concretas que eliminan o alivian una determinada sintomatología.</p> <p><b>2</b> El consumo de sustancias puede constituir un mecanismo de afrontamiento, aunque éste pueda ser desadaptativo.</p> <p><b>3</b> Los síntomas de un trastorno psiquiátrico pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de una dependencia de sustancias.</p>	<p><b>1</b> Asociadas a las manifestaciones agudas de la intoxicación.*</p> <p><b>2</b> Asociadas a las manifestaciones agudas de la abstinencia.*</p> <p><b>3</b> Asociadas a un consumo sostenido de la sustancia.**</p> <p>*En los dos primeros contextos, aparecen síntomas psiquiátricos puntuales durante el consumo o retirada de la sustancia. Se trata de conjuntos de síntomas psiquiátricos que dan lugar al diagnóstico de un síndrome mental transitorio inducido por la relación con la sustancia. Este elemento no debería, ser entendido como constitutivo de un cuadro dual.</p> <p>**El tercer contexto alude a síndromes psiquiátricos producidos por los efectos permanentes, a nivel funcional o estructural, de la sustancia en el SNC. Este consumo prolongado puede ocasionar una alteración permanente del SNC, que da como resultado un síndrome psiquiátrico que persiste mucho tiempo después de desaparecer las manifestaciones agudas del uso de la sustancia.</p>

RELACIÓN ETIOLÓGICA ENTRE AMBOS TIPOS DE SÍNTOMAS

Entrevista: N° 1

Cargo: Directora de la Asociación Nazareth

Antigüedad en la Institución: 5 años

Debido a que 2 años atrás, se realizaron las prácticas profesionales de la Licenciatura en Psicología en la Asociación Nazareth, la entrevista no estuvo focalizada en indagar acerca de la historia de la misma y de su modalidad de funcionamiento institucional.

***¿Cuál o cuáles consideras que son las problemáticas, siempre tomando en cuenta el ámbito de lo psicológico que se puede/n observar en esta Comunidad Terapéutica?***

\_ Bueno, en realidad podría enumerarte una serie de problemas que están existiendo dentro de la institución. Pero para simplificar podríamos empezar por la sede, por que ahí hay dificultades relacionadas a los procesos de admisión, en realidad ese no es problema institucional, sino que a veces nos vemos superados por cuestiones que nos sobrepasan, ya que recibimos muchos casos de pacientes que son derivados desde la justicia, o sea, que han sido judicializados. Esto genera dificultades porque nosotros tenemos un proceso de admisión que ellos deben respetar y a veces se nos exige, no sólo desde el juzgado sino también las familias, que hagamos internaciones urgentes, excepciones, cuando en realidad esa no es nuestra función. Nos hemos planteado el hecho de flexibilizar el proceso que dura 5 entrevistas, una por semana, pero en realidad creemos que acortarlo sería no poder trabajar ciertos puntos previos a cualquier tratamiento que son indispensables, como la conciencia de enfermedad, la necesidad de cambio y la contención familiar.

Han pasado muchas situaciones de fuga de estos asistidos judicializados que fueron internados casi directamente, por eso tratamos de que no se realicen, al menos por el momento, porque así el tratamiento pierde credibilidad, y los chicos y sus familias piensan que pueden entrar y salir cuando ellos lo decidan, ponen condiciones y se pierde el objetivo.

Algo que sí está siendo más urgente, dentro de la CT, es el problema que se presenta con los pacientes duales, porque en el último tiempo, un porcentaje medio de los asistidos que ingresan a la Comunidad presentan trastornos psiquiátricos, siendo uno de los más conflictivos en el trabajo a realizar los pacientes con diagnóstico de psicosis, porque es difícil que estos se adapten al funcionamiento de la CT.

***¿Entre los criterios de admisión, la comorbilidad psiquiátrica está contemplada?***

-En realidad nosotros consideramos que la CT puede trabajar con estos asistidos, por eso no es condición de no ingreso a la tratamiento, porque en realidad la urgencia está en trabajar con ellos y no dejarlos sin posibilidades para rehabilitarse, en estos casos sí hacemos internaciones más inmediatas, porque las necesidades son otras. Generalmente vienen derivados por otras instituciones de salud, psiquiátricas.

Siguiendo con la sede, por que yo trabajo más en lo que es admisiones, te iba a plantear el hecho de que desde la institución, se había pensado en la posibilidad de incorporar al proceso de admisión un psicodiagnóstico, actividades reflexivas, para poder ir conociendo más al asistido, pero como las situaciones

de abandono del proceso son varias, por lo que te venía diciendo de la judicialización, que estamos en tratativas de cambiar el sistema de ingreso, pero eso viene determinado por las modificaciones que realizan desde la presidencia de la institución. No, en realidad quería terminar con admisiones para pasar a la Comunidad y ver cuáles eran los problemas que podía encontrar. Acá, en la comunidad son los dobles diagnósticos.

***A los pacientes que reciben derivados, con diagnóstico de patología dual, ¿se les realizan un psicodiagnóstico antes de la internación?***

-No, directamente nos comunicamos con la institución que hace la derivación o con el psiquiatra, después nuestra psiquiatra realiza entrevistas con los chicos. En la comunidad nos vamos manejando con las urgencias, y hacerlos esperar para realizar un psicodiagnóstico implicaría que en ese período, corran el riesgo de no tener contención o si mínimamente están en abstinencia que recaigan.

Con ellos los problemas se presentan porque, como te decía antes, en este último tiempo la demanda es mayor y nos cuesta adaptarnos a que ya no vienen a hacer tratamiento los adictos puros, por llamarlos de alguna manera.

***Anteriormente, mencionaste que resultaba más difícil trabajar con pacientes que además de la adicción presenten estructura psicótica, ¿por qué crees que se da esta situación?***

-Lo que pasa es que mínimamente las otras patologías, por ejemplo la depresión, son más “manejables”, o sea no requieren de tantas modificaciones a nivel de sistema. Y como dentro de la institución parte del nuestro equipo no es profesional, sino que como todas las CTs, algunos de los del staff son ex adictos, y otros son estudiantes, el manejo de estas situaciones, por ejemplo de desbordes se ve dificultado. En realidad, todo el equipo tratante tiene dificultades, en este aspecto, porque la comunidad, si bien es dinámica en su funcionamiento diario, es más bien estructurada en aspectos como el sistema, y las actividades terapéuticas.

***¿El equipo realiza estrategias diferenciadas para estos pacientes?***

-No. Hemos tratado, pero hasta el momento no pudimos aunar ciertos criterios. Un tiempo atrás planificamos destinar un tiempo de la reunión de equipo a esta problemática, para leer, estudiar juntos, y no para justificarme pero como nos movemos por la urgencia, no pudimos organizarnos.

Entrevista: N° 2

Cargo: Sub Directora de la Asociación Nazareth

Antigüedad en la Institución: 3 años

***¿Cuál o cuáles consideras que son las problemáticas, siempre tomando en cuenta el ámbito de lo psicológico que se puede/n observar en esta Comunidad Terapéutica?***

-Si. Problemas hay. Pero como las modalidades de tratamiento son internación en CT, Hospital de Día y Ambulatorio y yo estoy encargada de todos los procesos de internación, te puedo comentar las dificultades que se presentan en la Comunidad. Podríamos enumerarlos (risas). Pero creo que uno de los más significativos es el trabajo en equipo, te digo esto porque durante nuestras reuniones, se están dando dificultades con la planificación de ciertos tratamientos, porque se presentaron distintos abandonos de tratamiento o retrocesos, no adaptación a normas, a reglas en personas que más allá de su problema de adicción tienen otras características. Mirá ahora, tenemos a personas que tienen diagnóstico de psicosis. Y en realidad no venimos acostumbrados a trabajar con ellos, porque se dificulta la planificación y la estrategia de trabajo. En realidad no basta con lo que nosotros le podemos ofrecer por medio de las herramientas de la CT, creo que tenemos que empezar por modificar ciertos hábitos o costumbres, que si bien con el resto de los chicos lo hacemos, con estos asistidos es diferente. Estamos preocupados, porque muchas veces pretendemos logros que ellos no van a poder alcanzar como en el resto, pero necesitamos que todos los que operamos con ellos mantengamos la misma línea, sino estamos desorganizándolos y descalificando las decisiones que el resto del equipo toma.

***Esta dificultad en la planificación y en la elaboración de estrategias diferentes ¿a qué se lo podés atribuir?***

-No se, creo que son varios los factores que influyen. Pero creo que lo principal es que nosotros como operadores entendamos que no todos los chicos son iguales. Creo que una vez que nosotros operemos sabiendo esto, los problemas se irían solucionando. Hace falta informarse, no alcanza con ir a los congresos, por ejemplo. Esto debe ser diario, investigar sobre las patologías y sobre todo ser creativos, porque las herramientas de la CT, sirven, recuperan pero hay que modificar, adaptar, para darles una buena utilidad.

***Si querés agregar algo, no hay inconvenientes.***

-No. Me parece que como problemática esta es la que personalmente más me preocupa, porque ya en otras de nuestras casas de tratamiento, los porcentajes de estos ingresos son mayores.

Entrevista: N° 3

Cargo: Operador Socio Terapeuta (O.S.T) (de noche) de la Asociación Nazareth

Antigüedad en la Institución: 5 años

***¿Qué actividad desempeña el O.S.T, nochero, dentro de la CT?***

-Mi horario de trabajo comienza a las 19:30 hs y finaliza a las 8:30 hs del día siguiente. Las actividades son iguales a las que se realizan durante el día, sólo que en estos horarios no hay ni coloquios, ni grupos terapéuticos. Pero el sistema que rige los vínculos entre de los asistido entre sí y de estos hacia mí, son iguales que durante el resto del día.

O sea, se hacen confrontaciones y si hace falta, contenciones. La gran diferencia que existe es que durante este período de tiempo, el operador está sólo en el manejo del funcionamiento de la casa, no hay otro operador que esté presente. También se llevan adelantes actividades de valor terapéuticas.

***¿Qué clases de dificultades encontrás, si es que existen, dentro del trabajo que realizás?***

-Dificultades. No se. No se si son dificultades, pero el hecho de estar solo siempre trae alguna consecuencia, ya que los asistidos son muchos y no siempre la casa está tranquila, muchas veces pasa que alguno de los chicos está mal, se siente triste o con deseos de abandonar el tratamiento, y en esos casos el operador da charlas de contención y por ahí, el resto de los chicos, por roles manejan el sistema. También, el hecho de que al estar de noche hay muchas cosas que, por decirlo de alguna manera, yo me pierdo. Pero los lineamientos más generales e importantes se deciden en las reuniones de equipo.

Lo que pasa es que tenés un montón de situaciones para resolver y estás medio solo. También juega el miedo, porque a veces no sabés cómo van a reaccionar los chicos, frente a situaciones que pasan entre ellos o por medidas educativas.

Acá, se trabaja con el cuerpo, y a veces se hace un poco difícil, se pone el cuerpo, no es consultorio, acá se entablan vínculos basados en el amor responsable.

***Esta dificultad que mencionás sobre el trabajo con el cuerpo, ¿Por qué crees que se da?***

-Las dificultades, son personales, porque ahora no sabés cómo contener al los pibes cuando se quieren ir. Lo que pasa es que también existe el miedo a operar porque muchas veces nos contradecimos entre los que formamos parte.

***¿A qué contradicciones haces referencia?***

-Si, todos manejamos la casa en forma distinta, por nuestras personalidades, pero hay criterios en los que estamos coincidiendo. Por ejemplo, ahora el sistema se tiene que ir flexibilizando y las medidas educativas tienen que ser para chicos que estén preparados para cumplirlas, y a veces nosotros no diferenciamos a los chicos así, y a la noche, como durante el día, pueden haber estado bien y mal, cuando llega la noche, por esta dificultad para expresar lo que sienten, a la noche “explotan”, se “brotan”. Generalmente esto se da por que los chicos, al nosotros no poder diferencias a personas que son distintas, los chicos tampoco y no entienden ciertas actitudes de los compañeros.

***Cuando hacés referencia a la no diferenciación de personas que son distintas, ¿A qué condiciones de diferencia te referís?***

-A diferencias muy marcadas con respecto a sus características personales, los duales, que aparecieron hace poco dentro de la CT, o que siempre estuvieron y no sabíamos. Esa es una de las causas más importante, porque también juega el hecho de tener que explicarles al resto de la familia de que hay personas que no van a poder cumplir con todas las actividades al pie de la letra, que van a bromear, que no van a tener postura, que hablan solos.

***Con respecto a estos pacientes, ¿Se trabaja en forma diferenciada?***

-No, hay cosas como las áreas de la casa en que sí nos fijamos donde van a estar cumpliendo sus responsabilidades, para que no corran peligro, pero nada más que eso. A esto me refería cuando te decía que no nos ponemos de acuerdo entre nosotros (equipo).

***¿Cuáles considerás que son las causas de estas dificultades en el ponerse de acuerdo, en planificar estrategias?***

-No se. Será el hecho de que a veces los dividimos a los chicos por actividad, y no los vemos en su totalidad. No evaluamos, al pibe como un todo. Creo que es eso y la falta de evaluación con criterios distintos para cada caso, para que nos sea más fácil operar.

Entrevista: N° 4

Cargo: Operadora Socio Terapeuta (O.S.T) (de guardia) de la Asociación Nazareth

Antigüedad en la Institución: 2 años

***¿Qué actividad desempeña el O.S.T, de guardia, dentro de la CT?***

-Las actividades que hacemos son muchas, pero eso depende de la cantidad de asistidos que estén en tratamiento, yo estoy de guardia de 12 hs una vez a la semana, y las actividades más comunes, que hacemos todos los que trabajamos acá con los chicos, es destrabar situaciones, confrontar hechos, supervisar que las actividades se estén desempeñando, que los objetivos de áreas se estén cumpliendo, que haya un clima armónico entre los chicos y también el hecho de dar charlas y hacer contenciones. Esto sería el operar diario de un operador de guardia.

***¿La manera de operar se hace extensiva a todos los miembros de la comunidad?***

-En general sí, pero hay ocasiones en las que tenés que tener en cuenta a quién le vas a confrontar un hecho o a quién le vas a bajar una medida educativa, todo va dependiendo del sujeto y del operador que esté de guardia.

***¿Estas modificaciones dependen de las características de los sujetos, son planificadas por los miembros del equipo?***

-Planificadas no, vamos viendo sobre la marcha, lo que va pasando, a veces en las reuniones de equipo vamos viendo que se podría hacer con algunos de los chicos que tienen dualidades, o sea que más allá de la adicción presentan otra patología. Lo ideal sería que ellos tengan objetivos dentro del tratamiento que sean específicos para ellos. Pero por el momento no contamos con eso.

***¿Consideras que es posible realizar un tratamiento diferenciado para las patologías duales?***

-Sí, se puede hacer, pero para eso hace falta revisar todo el sistema, porque sabemos que hay actividades que no son de lo más adecuadas para ellos. Por ejemplo, los dinámicos, es bastante perjudicial para los psicóticos por ejemplo. Pero esto de revisar el sistema es difícil porque para eso necesitamos que todos nos pongamos de acuerdo. El problema no está en los espacios sino que si fuésemos menos rigurosos con el cumplimiento del sistema, podríamos implementar más alternativas.

***Retomando lo que antes mencionaste con respecto a la modificación de los espacios. ¿Por qué crees que sería esa, una actividad difícil?***

-Porque como te dije antes, necesitaríamos que todos acordáramos en algunos aspectos. No se, creo que primero habría que evaluar, o que todos supiéramos sobre las dificultades que ellos van a tener más allá de la adicción, no sé, vos ves que no se adaptan al sistema, que hay cosas que no se las podés exigir. Y a veces eso genera conflictos entre nosotros como equipo.

***¿Cómo creés que se pueden solucionar estos conflictos?***

-Primero, respetándonos las opiniones y después opinando con propiedad. Sabiendo de qué estamos hablando y pudiendo ponernos en el lugar del otro y entender que no son así porque quieren y transgreden a conciencia, sino que hay otras características que son de base. Hay que estudiar, los beneficios del

sistema terapéutico que les damos como herramienta para la recuperación y sabiendo las características que ellos traen de base. Y así planificar las estrategias, para poder ayudarlos.

Entrevista: N° 5

Cargo: Coloquista (terapia individual y grupal) y Operadora Socio Terapeuta (O.S.T de guardia) de la Asociación Nazareth

Antigüedad en la Institución: 1 años y 6 meses

***Me gustaría que me contaras si se realizan tratamientos diferenciados, atendiendo a las características de los asistidos.***

-Acá cada asistido tiene terapia individual y terapia grupal, pero en realidad la comunidad se maneja por medio de un sistema que permite que los chicos estén todo el tiempo realizando actividades terapéuticas. Y ese sistema de autoayuda, es igual para todos. Yo, por ejemplo, llevo la terapia de sujetos que tienen estructuras de base psicóticas y en la terapia individual, el trabajo se realiza como desde consultorio particular, pero además debemos sumarle que tenemos que trabajar paralelamente su adicción y su psicosis. O sea, en terapia se trabajan aspectos que forman parte de la recuperación de su acción. Pero resulta muy difícil porque si bien considero que es valioso el trabajo que se logra desde las herramientas que tiene la comunidad, creo que esta no se está adaptando a cierta población, porque todavía se tiene la concepción de los adictos puros, y esto está cambiando día a día, yo te nombro la psicosis porque es la patología que encuentro entre mis asistidos, y quizás porque hay otras estructuras que son más asimilables a las características de los adictos, por eso no se hace tan difícil el seguimiento de las pautas del proceso terapéutico, como en la psicosis. Vos me habías preguntado por los tratamientos diferentes de acuerdo a las características, y en realidad se hace muy difícil pero es necesario porque de lo contrario nos sentimos como si la comunidad no puede hacer nada por estos pacientes, cuando no es así. Se pueden lograr muchísimas cosas con ellos como miembros activos de la CT, pero debemos brindarles la posibilidad de desarrollar sus intereses.

***¿Cómo creés que es posible llevar a cabo estas modificaciones, hacer que la CT se adapte para esta clase de poblaciones?***

-Mi opinión es que primero debés saber, entender que son personas diferentes, no locos y para eso es importante que nosotros, todos, estudiemos, nos capacitemos y nos animemos a crear actividades y espacios nuevos, pero hemos intentado ser creativos, pero sin sustento teórico y nos volvemos a olvidar que trabajamos con personas. El estudio, las ganas y la preocupación nos deben movilizar para crear pero en esto debemos trabajar conjuntamente, sin contradicciones. Sentarnos y entender de qué se trata esto de la psicosis y cómo lo podemos trabajar.

***¿Cuáles son las modificaciones de las actividades que ofrece la casa (terapia de grupo, espacio de dinámicos, confrontaciones) que creés que serían convenientes?***

-Y.... tenemos que comenzar uniendo más la teoría con la práctica y ser creativos, porque no debemos olvidarnos de que si bien hay actividades que son importantes para lograr cambios en base a la adicción hay otras que son más bien perjudiciales. Pero tampoco se tiene que convertir la comunidad en una unidad de psiquiatría, todo cambio es posible sino perdemos de vista que la comunidad debe mantener su esencia.

Algo que no es fructífero para las psicosis es la confrontación permanente, porque producen efecto revote. Hay que marcar pero teniendo en cuenta sus capacidades y sus reacciones. Como equipo debemos fortalecer sus capacidades, y así el resto, su familia y sus compañeros de tratamiento, van a poder ubicarlo desde otro lugar y no desde la locura.

***Estos conflictos que se presentan para trabajar ciertas patologías, ¿son trabajados por todo el equipo terapéutico?***

-En las reuniones de equipo charlamos sobre los problemas que se presentan a diario para operar con esta población, sin dejar de lado la esencia de la CT, pero no establecemos criterios unívocos y modificaciones.

***¿A que atribuí esta dificultad para establecer criterios unívocos?***

-La urgencia por resolver otras cuestiones más urgentes, inmediatas. No nos damos tiempo, en la reunión de equipo, no hay tiempo suficiente, y a parte las mínimas modificaciones requieren evaluar las situaciones y los conocimientos que tenemos a cerca de las patologías de doble diagnóstico. Necesitamos adquirir o adaptar las herramientas, como decimos en la comunidad, para poder ubicarnos desde otro lugar, con mayor flexibilidad y objetivos claros a largo plazo, para hacer intervenciones saludables, y no quedarnos con las imposibilidades de los chicos sino ir desarrollando en algún grado sus funciones yoicas.

A parte de la falta de tiempo, personalmente creo que es fundamental que podamos comprendernos. Yo, a veces, siento que no se comprenden los trabajos que realizamos en las psicoterapias individuales y los logros, aunque sean mínimos que se van consiguiendo.

Bueno, tenemos que empezar bajando nuestro nivel de exigencia hacia estos pacientes, no podemos pretender que exista una real conciencia de enfermedad, sino empezar a valorar el hecho de que estén conectados, asumiendo ciertas responsabilidades, respetando sus limitaciones.





