



Universidad Empresarial Siglo 21 Río Cuarto  
Trabajo Final de Graduación  
Licenciatura en Psicología



***“Taller de Concientización sobre la  
importancia de la participación familiar en el  
tratamiento de adicciones en la Comunidad  
Terapeutica Nazareth “Casa Jesus de la  
paciencia” Río Cuarto, Cordoba”***

***Palomas, Sofia.***

## Indice

Resumen	Pág. 6
Abstract	Pág. 7

### **CAPÍTULO 1 : Introducción**

1.1 Introduccción	Pág.8
1.2 Fundamentación y justificación del proyecto	Pág.9
1.3 Antecedentes	Pág.13
1.4 Objetivos	Pág.15

### **CAPÍTULO 2: Marco Conceptual**

2.1 Terapia familiar sistematica	Pág.16
2.2 El sujeto adicto y su contexto familiar	Pág.22
2.2.1 La comunicación familiar	Pág.26
2.3 Comunidad Terapéutica	Pág.27

### **CAPÍTULO 3: Investigación diagnostica operativa**

3.1 Características de la Institución	Pág.33
3.2 Plan diagnostico	Pág.38
3.2.1 Tecnicas a utilizar	Pág.38
3.2.2 Participantes	Pág.39
3.2.3 Datos a relevar y tipo de analisis propuestos	Pág.40
3.2.3.1F.O.D.A	Pág.41
3.2.4Cuestiones eticas	Pág.43
3.2.5 Resultados diagnsticos	Pág.44

---

## **CAPÍTULO 4: Propuesta de intervención**

4.1 Plan de actividades	Pág.47
4.1.1 Primer Modulo	Pág.48
Primer encuentro	Pág.49
Segundo encuentro	Pág.50
Tercer encuentro	Pág.52
Cuarto encuentro	Pág.52
Quinto encuentro	Pág.55
Sexto encuentro	Pág.56
4.1.2 Segundo Modulo	Pág.58
Septimo encuentro	Pág.59
Octavo encuentro	Pág.59
Noveno encuentro	Pág.61
Decimo encuentro	Pág.62
Onceavo encuentro	Pág.64
Doceavo encuentro	Pág.64
4.2 Evaluación de resultados	Pág.66
4.2.1 Seguimiento	Pág.66
4.2.3 Evaluación	Pág.66
4.3 Presupuesto total del proyecto	Pág.67
4.4 Plan de avance	Pág.68
4.5 Cronograma de actividades	Pág.69

## **CAPÍTULO 5: Partes finales**

5.1 Conclusión	Pág.71
5.2 Referencias	Pág.74
5.3 Anexos	Pág.78
5.3.1 Entrevistas	Pág.78

5.3.2 DSM IV R

Pág.86

5.3.2.1 Criterios diagnosticos

Pág.86

---

## **RESUMEN**

**Título:** Taller de concientización sobre la importancia de la participación familiar en el tratamiento de las adicciones en la Comunidad Terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la Paciencia” Río Cuarto, Córdoba.

**Área:** Psicología de la Salud.

**Autora:** Palomas, Sofía

**Año:** 2009.

Este proyecto consistió en realizar un diagnóstico en la Comunidad Terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la Paciencia” de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba), en la cual se observaron diferentes problemáticas que necesitaban provocar un cambio. Con esta intención, se entrevistaron a los profesionales de la institución, mediante la cual se llegó a conocer que la problemática sobresaliente era: mejorar la participación de los familiares que toman a la comunidad como un “depósito”.

Desde este lugar se planteo como fundamental concientizar a los familiares de los pacientes que asisten a la Comunidad Terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la Paciencia” de la ciudad de Río Cuarto, sobre la importancia que tiene su participación en el tratamiento de las adicciones. Tal concientización se llevo a cabo mediante entrevistas individuales y talleres grupales.

**Palabras Claves:** Adicción – Terapia Familia Sistémica – Comunidad Terapéutica.

## **ABSTRACT**

**Title:** Workshop on raising awareness of the importance of the participation of the family in the treatment of different addictions in the therapeutic community Nazareth "Casa Jesus de la Paciencia" located in Río Cuarto, Córdoba.

**Field:** Health Psychology

**Author:** Palomas, Sofía

**Year:** 2009.

This project consisted in making a diagnosis of the different problems faced in the therapeutic community "Casa Jesus de la Paciencia" located in Río Cuarto, and coming up with their possible solution. In order to carry out this, the professionals of the institution were interviewed and it was discovered that the main problem was the lack of participation of the patients' relatives. Thus, it was of outstanding importance to increase their participation in the community which seems to be considered as a "depot".

Therefore, it has been fundamental to make the patients' relatives aware of the importance that their participation has in the addictions treatment. Such awareness was raised by means of individual interviews and group workshops.

**Key words:** Addiction - Systemic Family Therapy- Therapeutic Community.

---

## CAPITULO 1

### **Introducción**

#### **1.1 Introducción**

En las siguientes páginas de este trabajo final de graduación se presentara un taller de concientización sobre la importancia de la participación familiar en el tratamiento de adicciones, destinado a los familiares de los internos de la Comunidad Terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la Paciencia” situada en la ciudad de Rio Cuarto.

A través de estos talleres se pretende brindarles herramientas y estrategias para la concientización de los familiares.

Se explicitarán los fundamentos que justifican la elaboración de este proyecto. Se mencionan las problemáticas destacadas y las posibles intervenciones, se describen los antecedentes y los objetivos que se quieren alcanzar.

Seguidamente, se desarrollara el marco teórico conceptual; terapia familiar sistémica, droga, tratamiento, comunidad terapéutica, familia y DSM IV R (criterios diagnósticos).

Luego continuaremos con una breve reseña histórica de la Comunidad terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la Paciencia”, exponiendo la modalidad de funcionamiento de la misma. Además se expondrá una aproximación diagnóstica de la institución.



Finalmente se presentara una propuesta de intervención propiamente dicha y las conclusiones.

## **1.2 Fundamentación y Justificación del proyecto**

La adicción, farmacodependencia o drogadicción son un estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para aliviar el malestar producido por la privación de éste, es decir, el llamado síndrome de abstinencia (Organización mundial de la salud, 2005).

En la actualidad el consumo de drogas, se ha vuelto un problema cada vez más evidente y difícil de combatir por múltiples causas que lo ocasionan e intereses que lo mantienen. Por lo tanto, esto ha presentado un motivo de gran preocupación para la mayoría, ya que cada día crece más el número de consumidores.

Siguiendo los mismos autores, este aumento ha generado diferentes cambios sociales, que han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social. Esto hace necesaria que se aborde el problema de diversas formas entre ellas podemos mencionar a las Comunidades Terapéuticas ya que son uno de los lugares apto para la recuperación de personas adictas y su posterior reinserción social.

Secades Villa y Fernández Hermida (2001), expresan que los trastornos por abuso de drogas constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y, tanto su consumo como los problemas derivados del mismo, son un tema de atención y preocupación prioritario para todos.

En la ciudad de Río Cuarto desde el 5 de septiembre de 1997 funciona una Comunidad Terapéutica (C.T.) llamada Nazareth, “Casa Jesús de la Paciencia”, anteriormente llamada “viaje de vuelta”; ésta se especializa en la rehabilitación y reinserción social de sujetos drogodependientes y alcoholistas.

Nazareth, tiene lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente “actúe” su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo (retroalimentación) de la consecuencia social de sus actos. Se vive en un clima emocional muy intenso, contenido y moderado siempre por los profesionales que acompañan a los residentes.

Está conformada con límites precisos, funciones bien delimitadas, roles claros, afectos controlados. Los roles y funciones son asimilables a los existentes dentro de la familia.

El tratamiento en la C.T. no siempre es residencial, hay ciertas situaciones en las que se puede trabajar en régimen de comunidad de día, en la cual el residente pasará el día dentro de la comunidad y volverá a su casa en horarios vespertinos.

En el tratamiento se aplican diferentes técnicas, como la Consultoría Externa: Asistencia médica-psicológica-social; la Asistencia Médica: clínico y/o especializada; la Terapia de convivencia; los Grupos de reflexión; los Grupos de autoayuda para asistidos; los Grupo de autoayuda para familiares de adictos

En esta institución se mantuvo un diálogo de manera informal con Javier Cogno, (Director) y Marisol Dolso (Subdirectora de la Comunidad Terapéutica), a fines de realizar algunas aproximaciones diagnósticas, en donde se lograron detectar las siguientes problemáticas; en primer lugar, cómo mejorar la

participación de los familiares que toman a la comunidad como un “depósito”. Luego, las Patologías Duales desde diferentes ángulos: La relación entre los pacientes duales y el resto de los internos; La relación de estos pacientes con el sistema; y La necesidad de los operadores de conocer la forma adecuada para trabajar con los pacientes duales. En tercer lugar la toma de decisión en el tratamiento de menores (Comunidad Terapéutica u Hospital de día) y la forma de abordar el tratamiento de menores.

Se considera importante trabajar sobre el tema de cómo asistir a las familias de los pacientes de la Comunidad Terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la paciencia”, para poder mejorar la participación de las mismas.

En estudios realizados por Secades Villa y Fernández Hermida (2001), sobre la eficacia de los tratamientos por abuso de droga, se consideró que es muy frecuente la inclusión de múltiples medidas y de una amplia gama de áreas de funcionamiento.

Becoña (1998), señaló que, así como las familias pueden crear un contexto o ambiente que facilite el abuso de sustancias, también pueden hacer contribuciones positivas para crear condiciones ambientales que detengan el abuso de estas sustancias.

Valverde Obando y Pochet Coronad (2003), destacan que la enfermedad de la adicción está en el mismo enfermo, pero que sus efectos se proyectan expansivamente en el sistema familiar. En esta misma línea, se podría decir que no sólo el adicto sufre su enfermedad, sino que los familiares padecen también de la suya.

Los familiares juegan un papel importante en la acción, ya que al adicto hay que ayudarlo a tomar la decisión, pues por si mismo difícilmente lo logrará. Es por

---

esto que en todo proceso de rehabilitación de un adicto, los familiares son de gran ayuda; el adicto y sus familiares deben tener la posibilidad de reconocerse a sí mismos, exteriorizar todos sus sentimientos y emociones positivas y negativas sobre él, los otros y sobre las cosas en general.

Martínez Álvarez, Fuentes Martín, Ramos Vergeles y Hernández Martín (2003), reportaron que los mejores desenlaces en el tratamiento se dan cuando desde la familia se ofrece oportunidades para la independencia, pero en un contexto de afecto, apoyo y regulación.

Soria Trujado, Montalvo Reyna y Gonzáles Tolentino (2004), destacaron que el sistema familiar debe formar parte del tratamiento, ya que el adicto es sólo un síntoma que representa la señal de que la familia atraviesa por una situación que causa estrés. Para que este sistema sea funcional, es necesario que la familia tome conciencia de que también forma parte del tratamiento, ya que representa el vínculo más importante a través del cual el individuo aprende a convivir y a relacionarse con los demás; por ello es muy importante el apoyo que reciba de ella.

Rodríguez Franco, Padilla Muñoz, Cabellos y Rodríguez (2002) hallaron que el tratamiento recibido por los adictos repercute no sólo sobre el mismo enfermo sino también sobre el resto de la familia.

Delgado Delgado y Pérez Gómez (2004), consideran que las identificaciones de ciertos comportamientos que facilitan el establecimiento de un vínculo emocional esencialmente caracterizado por la dependencia afectiva constituye una contribución importante de presente estudio para el trabajo terapéutico.

Debido a esta realidad, se consideró fundamental intervenir sobre ello, habiendo sido elegida como conflictiva a abordar entre las situaciones problemas que la Comunidad Terapéutica Nazareth formuló.

El interés primordial de este proyecto consiste en aportar conocimiento y diferentes herramientas para mejorar la participación de las familias en el tratamiento de las adicciones, ya que ellos saben lo que quieren como meta pero no saben cómo lograrlo.

### **1.3 Antecedentes**

El interés por el contexto familiar en las adicciones ha ido creciendo a partir de los años 70, concediéndose cada vez mayor importancia a la familia en la génesis, persistencia y disminución de los problemas relacionados con las drogas (Becoño, Ayerbe, Espina, García & Santos, 1995).

En el tratamiento de las adicciones, el apoyo que se ofrece a las personas no debe ser sólo de índole individual, sino que se tiene que contemplar el contexto de factores o circunstancias que rodean al individuo y que, de alguna manera están influyendo en su comportamiento.

Soria Trujano, Montalvo Reyna y González Tolentino (2004) expresan que la familia proporciona al individuo valores y normas necesarias para poder relacionarse con los demás; moldea, en gran medida su comportamiento y por ello no se puede dejar de lado el análisis de este contexto.

Para Minuchin (1992), la estructura familiar es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Deben presentar límites claros, tanto al interior como al exterior del sistema, así como la mayor jerarquía compartida por los padres, alianzas y

---

centralidad positiva alternadas entre todos los miembros del sistema. No debe haber coaliciones, centralidades negativas, miembros periféricos e hijos parentales; de lo contrario se posibilita la disfuncionalidad de la estructura familiar y la aparición de un síntoma en alguno o algunos de los miembros de la familia.

Bowen (1974) establece, desde la perspectiva sistémica, que el abuso de drogas existe en un contexto de disfuncionalidad del sistema familiar, en donde cada miembro de la familia juega un papel.

Las escuelas de terapia familiar sistémica, parten del principio de que el individuo forma parte de un sistema familiar, por lo cual no debe dejarse de lado el papel de la familia en el tratamiento de cualquier síntoma (Soria Trujano, Montalvo Reyna y González Tolentino, 2004).

Por su parte, Haley, reportado por White (1979) explica la aparición de un síntoma (como podría ser la drogadicción) con la presencia de triangulaciones patógenas en la familia. Considera que cuando entran en conflicto tres personas, siendo una de generación diferente (padre-madre-hijo), establece una alianza con alguno de los padres y en contra de la tercera persona. Esta forma de relación es negada, y por ello, el sistema se vuelve patológico, siendo probable que aparezca un síntoma.

Retomando nuevamente a Soria Trujano, Montalvo Reyna y González Tolentino (2004), expresan que en el caso de la drogadicción, todo el sistema familiar debe formar parte del tratamiento, pues un síntoma, aunque se presente en un solo miembro, representa la señal de que la familia atraviesa por una situación que le causa estrés.

## 1.4 Objetivo

### Objetivo General

- Concientizar a los familiares de los pacientes que asisten a la Comunidad Terapéutica Nazareth “Casa Jesús de la Paciencia” de la ciudad de Río Cuarto, sobre la importancia que tiene su participación en el tratamiento de las adicciones.

### Objetivos Específicos

- Generar una instancia de encuentro en el cual los familiares puedan compartir sus experiencias, necesidades y preocupaciones en relación a las adicciones y/o el tratamiento.
- Aportar herramientas para fortalecer la interacción entre la comunidad y los familiares.

## **CAPITULO 2**

### **Marco Conceptual**

#### **2.1 Terapia Familiar Sistémica**

Se considera a la terapia familiar sistémica como una alternativa para abordar los problemas psicológicos de manera familiar. Esta terapia parte de la idea de que algunas interacciones familiares se correlacionan con la aparición de un síntoma —como puede ser la drogadicción— en uno de sus miembros; síntoma que funciona como mecanismo homeostático de las relaciones familiares y que pone de manifiesto que existe una disfuncionalidad, que tal vez tenga algo que ver con el crecimiento de todo el sistema.

Para que este sistema sea funcional, es necesario que la familia tome conciencia de que también forma parte del tratamiento.

Esta terapia, con base en el modelo estructural, aparece como una alternativa de tratamiento, como una herramienta que puede ayudar a modificar los patrones de interacción familiar disfuncionales. Es necesario poner énfasis en la necesidad de que participe la familia en el tratamiento.

El modelo sistémico conceptualiza el abuso de sustancias como un síntoma de disfunción familiar; es decir que se trataría de un síntoma relativamente estable que se origina porque tiene un propósito dentro del sistema familiar.

El campo de la terapia familiar ha desarrollado conceptos que facilitan una mayor comprensión de las dinámicas que se producen entre un paciente que presenta problemas de abuso de sustancias y su familia (Calvo Botella & Avilés, 2007).



La intervención terapéutica ayuda a crear conciencia de la existencia de relaciones patológicas y establecer nuevas y saludables vías de comunicación. En todos los abordajes familiares debe participar más de un miembro de la familia (Programa De Farmacodependencia de la Organización Mundial De La Salud, 1993).

En la problemática de la drogadicción están inmersos múltiples factores, como lo son la sociedad, los amigos, los medios de comunicación, etc.; sin embargo, la familia representa el vínculo más importante a través del cual el individuo aprende a convivir y a relacionarse con los demás, por ello es muy importante el apoyo que se reciba de ella.

Del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste, por lo que puede convertirse en una fuente importante de apoyo para la rehabilitación. Así, podría decirse que la intervención con la familia de la persona drogodependiente responde a una doble necesidad; por un lado, a fin de minimizar el impacto que la conducta problema tiene en la familia; y por el otro, a valorar y reconducir la influencia que el funcionamiento familiar tiene en el origen y, fundamentalmente, mantenimiento de la conducta problema (Calvo Botella & Avilés, 2007).

Generalmente se ven afectadas varias áreas importantes en la vida cotidiana del familiar, por lo que se hace necesario valorar cuáles son de interés de intervención y elaborar un plan de tratamiento.

Así mismo, no es infrecuente encontrar individuos con contactos nulos o escasos con los miembros de la familia de origen, encontrándose incluso vínculos que resultan altamente perjudiciales desde el punto de vista de la rehabilitación. Estos mismos individuos pueden contar con figuras de apoyo a los que no están

---

unidos por los clásicos lazos de consanguinidad que, sin embargo, juegan un papel importante en un proceso terapéutico (Calvo Botella, 2007).

El apoyo que se ofrece a las personas con problemas de drogadicción no debe ser solo de índole individual, sino que se tiene que contemplar el contexto de factores o circunstancias que rodean al individuo que, de alguna manera influyen, están incidiendo en su comportamiento.

Así, cabe entonces señalar la importancia del contexto familiar, dentro del cual el individuo adquiere sus primeras experiencias sociales a partir de su interacción con los demás miembros de este sistema como la escuela, la iglesia, las amistades, etc. La familia proporciona al individuo valores normas necesarias para poder relacionarse con los demás; moldea en gran medida su comportamiento y por ello no se puede dejar de lado el análisis del contexto.

Bowen (1974) establece que en la teoría de sistemas se pone atención en las relaciones sobre qué pasó, cómo pasó, cuándo y dónde pasó. Se evita la preocupación por saber por qué sucedió. Así, desde la perspectiva sistémica, el abuso de drogas existe en un contexto de disfuncionalidad del sistema familiar, en donde cada miembro de la familia juega un papel.

Para Soria Trujano, Jaime Montalvo y Reyna (2004), desde el campo de la Psicología, la Terapia Familiar Sistémica es una alternativa para abordar los problemas psicológicos de manera familiar.

Retomando lo dicho en la introducción esta terapia parte de la idea de que algunas interacciones familiares se correlacionan con la aparición de un síntoma en uno de sus miembros; síntoma que funciona como mecanismo homeostático de las relaciones familiares y que pone de manifiesto que existen una disfuncionalidad que tal vez tenga algo que ver con el crecimiento de todo sistema.

Para hacer funcional al sistema, es necesario que la familia tome conciencia de que también forma parte del tratamiento.

A partir del principio de que el individuo forma parte de un sistema familiar, por lo cual, no debe dejarse de lado el papel de la familia en el tratamiento de cualquier síntoma; Minuchin (1992), desarrolla el Modelo Estructural de Terapia Familiar, el cual intenta modificar la organización de la familia, de tal manera que cuando el terapeuta coparticipa con el grupo familiar, incida o tenga que ver, de alguna forma, con los cambios en las posiciones de este grupo, es decir, el contexto inmediato en el que actúan los miembros de la familia; esta a su vez contribuye a que se generen cambios en las percepciones de cada integrante del sistema.

Para Minuchin (1992), la estructura familiar es “el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p. 86). De acuerdo con esto, considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las cuales, al repetirse, establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema, definiendo toda una gama de conductas y facilitando una interacción recíproca entre sus integrantes.

Cabe mencionar que en este modelo se considera que la familia está formada por subsistemas, que permiten su funcionamiento. Dichos subsistemas pueden formarse con base en distintos elementos; por ejemplo, se pueden crear por generaciones, sexo, intereses o funciones.

Minuchin (1992), los clasifica de la siguiente manera:

- a) Subsistema individual: incluye el concepto de sí mismo dentro de su contexto; contiene así, los determinantes personales e históricos del individuo.

- b) Subsistema conyugal: está formado por dos adultos de diferente sexo, quienes aportan para la relación de pareja, valores y expectativas que servirán de base para la educación de los hijos.
- c) Subsistema parental: se forma por la pareja en relación con los hijos, desempeñándose la tarea de socialización de éstos.
- d) Subsistema fraterno: hace referencia a la relación que da entre hermanos, de manera que las pautas aprendidas en este subsistema se generalizan a otros sistemas, tanto en la infancia como en la edad adulta.

Minuchin (1992) destaca algunas formas de interacción en el sistema familiar que conforman su estructura: límites, jerarquías, alianzas, coaliciones, centralidad, periferia e hijos parentales.

Este autor considera que para que cada uno de los subsistemas existan y se lleven a cabo de manera satisfactoria sus funciones, es necesario que estén protegidos por barreras invisibles llamadas *límites*, los cuales define como: “el conjunto de reglas o normas que designan quiénes participan y de qué manera lo hacen en un subsistema determinado; es decir, definen los roles que tendrá cada uno de los miembros en relación con los otros. También sirven para proteger la diferenciación del sistema y subsistema familiares” (Minuchin, 1992,p. 89).

Los *límites internos* se identifican por las reglas que imperan entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los *límites externos* se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el ambiente externo a ella, como por ejemplo otras familias y grupos sociales.

Existen tres tipos de *límites*:

- a) Claros: son aquellos que pueden definirse con precisión permitiendo a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias, así como el contacto con los sistemas.

- b) Difusos: los límites difusos hacen referencia a que los miembros de la familia no saben con precisión quién debe participar, cómo y en qué momento; hay una falta de autonomía entre los miembros del sistema: se aglutinan, manifestando excesiva lealtad entre ellos, y hay invasión de subsistemas.
- c) Rígidos: son las reglas que caracterizan a los subsistemas como desligados, cuando los miembros de la familia son demasiado independientes sin mostrar lealtad ni pertenencia.

Para Minuchin, la presencia de límites difusos o rígidos indica la posibilidad de presencia de problemas psicológicos en algún o algunos de los miembros del sistema.

Los límites también se establecen hacia el exterior del sistema.

El concepto de *jerarquía* consiste en la autoridad o poder que se le reconoce a una persona dentro de la familia, lo cual le permite el cumplimiento de roles y funciones.

Las *alianzas* son la unión de dos o más miembros de la familia con el fin de apoyarse sin estar en contra de alguien.

Las *coaliciones* significan el apoyo que se establece entre dos o más miembros de la familia para estar en contra de otro.

También en la estructura familiar pueden observarse relaciones que hacen referencia a la centralidad; el miembro central es aquel en el cual gira la mayoría de las interacciones familiares, pueden ser por el reconocimiento de aspectos positivos de la persona central, o por características negativas.

El miembro *periférico* es quien interactúa lo menos posible con los demás del sistema familiar.

Se habla de que hay un hijo parental cuando en el sistema familiar a éste se le asigna el rol de alguno de los progenitores.

Para Minuchin (1992) la familia habrá de presentar límites claros, tanto al interior como al exterior del sistema, así como la mayor jerarquía compartida por los padres; alianzas y centralidad positiva alternadas entre todos los miembros del sistema. No debe haber coaliciones, centralidades negativas, miembros periféricos e hijos parentales; de lo contrario se posibilita la disfuncionalidad de la estructura familiar y la aparición de un síntoma en alguno o algunos de los miembros de la familia. De esta manera se considera que una familia requiere de una estructura para que pueda desempeñar sus tareas y posibilitar la individualidad de cada uno de sus miembros, así como inculcar en ellos un sentido de pertenencia. La familia, entendida como un sistema, no permanece estática, requiere de continuos cambios y procesos de acomodación, según las circunstancias que la rodean; en ocasiones mantendrá algunas pautas de interacción y en otras las rechazará.

## **2.2 El sujeto adicto y su contexto familiar**

La familia es un constructo social intermedio entre el individuo y la sociedad; esta es un contexto interpersonal natural en donde las personas desarrollan la idea de sí misma en el mundo.

Según Minuchin (1982), la teoría de la terapia familiar está estructurada en el hecho de que el hombre no es sólo un elemento aislado. Él es un miembro activo y reactivo del grupo social, su percepción de lo real tiene relación con los otros elementos internos y externos que están insertados en el contexto amplio. La experiencia adquirida en el proceso de vida, es una respuesta de su interrelación con su ambiente.

---

Siguiendo la misma línea Minuchin, hace referencia a las propiedades del sistema familiar que están basadas en la transformación de las estructuras del sistema, ya que siempre hay una posibilidad de cambio. Este sistema tiene una organización de apoyo, protección, límites y socialización de cada elemento, que compone el sistema general de la familia.

El sistema familiar tiene una propuesta y propiedades de auto percepción, una vez favorecido un cambio, la familia preservará el proceso del mismo, pues las experiencias son calificadas dentro de este y permanece continuo en la vida del grupo.

La familia convive con los cambios de valores, patrones éticos, económicos, políticos e ideológicos, cuya finalidad es acompañar las transformaciones de la sociedad. Muchas veces asume o rechaza la función de protección y socialización de sus miembros, quizás como una respuesta a las necesidades de la cultura.

En este sentido, la función de la familia es atender a dos objetivos distintos: uno interno, la protección psicosocial de sus miembros; y el otro externo, que es la acomodación de la cultura y trasmisión de ésta. En todas las culturas, la familia tiene la responsabilidad de dar a sus miembros el registro de su individualidad. La experiencia del hombre de identidad, tiene dos elementos básicos: uno de pertenecer a la cultura, y otro de ser apartado de ésta. En el proceso inicial de socialización, las familias direccionan los comportamientos y plantean la identidad de los niños. El sentido de pertenecer se manifiesta como una acomodación de párate de los niños del grupo familiar y con la presuposición de sus patrones transaccionales en la estructura de la familia, que son fuertes durante todos los distintos acontecimientos de la vida. El sentido de los miembros de pertenecer a la familia es una influencia en el sentido de pertenecer a una familia específica individualizada.

La dirección de separación y de individualización ocurre por medio de la participación en distintos subsistemas familiares, en diferentes contextos de familia a través de la participación en grupos extra familiares. Sin embargo cada dirección de la identidad individual es una influencia de pertenecer a distintos grupos. No obstante del ser la familia la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a una sociedad y asegurar puntos de continuidad para su cultura. Es importante subrayar que la familia cambia a medida que cambia la sociedad.

La sociedad desarrollará estructuras extra familiares para adaptarse a las nuevas formas de pensamiento y a las nuevas realidades socioeconómicas. Los cambios que se verifican en la familia siempre son un reflejo de la sociedad. La familia cambiará, pero también permanecerá, pues es la mejor unidad humana para una sociedad de cambios bruscos. Por lo tanto cuanto más flexible y adaptable sea la familia, se exige mucho más de sus miembros, y es significativa la relación de ellos con la matriz del desarrollo psicosocial.

En sentido general, la familia cambia y se adapta a los movimientos históricos. Sin duda, la familia individual también se adapta constantemente a las transformaciones sociales. Es un proceso de cambios y no podemos etiquetar la familia normal como anormal al registrar de la ausencia de problemas.

La comprensión de la dinámica y estructura con el sistema exige en primer momento, que sea la familia un sistema de transformación, y que pase por un desarrollo, que viva todas las fases del proceso, reestructurando, y por último que sea adaptable a los cambios, de forma a mantener e intensificar el crecimiento psicosocial de cada elemento que integra el sistema familiar.

Se puede llegar a la comprensión de que en las familias adictivas, hay un fallo del proceso del sistema de la familia.



Estos fallos pueden estar en los múltiples niveles de la negación en las familias adictivas. Tal negación es hecha a través del proceso de las mentiras, de los secretos y del silencio ubicado en las estructuras y dinámica de las relaciones familiares.

Vidal (1991), Establece que "la familia es un sistema abierto, una estructura organizada de individuos que tienen entre sí vínculos estrechos, estables, que están unidos por necesidades básicas de sobrevivencia, que comparten una historia y un código triangular".

Al describir una familia como un sistema se toma el supuesto que el lugar de un integrante de la misma se explica por el lugar que ocupan los otros miembros. El comportamiento de un miembro está dado por el comportamiento de los otros. De ahí que el uso indebido o el abuso de sustancias psicoactivas de un individuo debe ser conceptualizado y abordado dentro del contexto relacional en el que la persona está inmersa, es decir la familia.

Ese contexto familiar facilita el surgimiento y contribuye al mantenimiento del síntoma, en este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas, y por tanto debe ser modificado para que el sistema familiar no necesite del comportamiento sintomático para estabilizar su funcionamiento.

Stanton y Todd (2006), plantean que se puede considerar a la drogadicción como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más personas, generalmente al adicto y sus padres o sus figuras de autoridad referentes. Cuando el equilibrio del sistema conyugal se ve amenazado, el adicto se activa, concentra su atención sobre él y desvía así el conflicto encubierto entre las figuras de autoridad. De ahí sus padres dejan de lado los conflictos que tienen entre ellos para pasar a ocuparse de su hijo; eso lleva a la baja de tensión del conflicto conyugal. Es decir que el adicto esta triangulado, en un conflicto adictivo regula y se regula por la relación entre sus padres. A mayor tensión entre sus padres se

---

activa su comportamiento adictivo, hace crisis, eso lleva a que sus padres presenten atención sobre él, baja la tensión entre ellos y todo comienza otra vez.

Cirillo (1996), da cuenta que la característica que mejor califica las drogodependencias, aisladas como comportamiento sintomático aparte, es el componente de abandono afectivo, objetivable en diverso grado, experimentado por el sujeto dentro del recorrido relacional familiar. La experiencia de abandono se estructura muy tempranamente a partir de la relación de cuidado materno en la infancia, se perpetúa en las fases evolutivas sucesivas del ciclo vital familiar, sin ser reconocida o reparada y arraigada en un sistema familiar en el que la distribución de roles y tareas afectivas se realiza de manera incompleta. Las funciones paternas son bloqueadas por la relación disfuncional con la familia extensa o por la relación de estancamiento dentro de la pareja conyugal o bien con la contribución de elementos de graves dificultades estructurales del núcleo familiar, también en el plano económico y social. Lo que diferencia es la modalidad con la que el abandono, la carencia es callada u ocupada y, por tanto, los mecanismos existentes en el interior de la familia que impiden que el hijo sea consciente y elabore la realidad de su condición y de los recursos que sus vínculos le pueden ofrecer.

### **2.2.1 La comunicación familiar**

La comunicación es otro aspecto relevante que merece atención dentro de las relaciones familiares. En las familias con hijos drogadicto, la comunicación entre este y los padres es defectuosa (Brook (1983)) y ocurren con más frecuencia percepciones interpersonales erróneas (Gantman (1978)).

Ferreira (1968), habló de un estancamiento en la vida familiar y describió un estilo interaccional de las familias de adictos caracterizado por la falta de comunicación y negociación, la frustración y la hostilidad.

Kirschenbaum (1974), describe ciertos patrones interaccionales que caracterizan a las familias de adictos: Estilo autoritario de los padres, conflictos, falta de intimidad, críticas frecuentes hacia el hijo, aislamiento emocional, falta de placer en las relaciones siendo frecuentes la depresión y tensión, coalición de los padres contra los hijos y conflictos sexuales entre los padres.

Noone y Redding (1976) y Coleman (1984) hablan de que existen límites difusos en las familias de los adictos y Coleman destaca que existe un proceso circular en el que algunas características familiares pueden jugar un papel etiológico en la drogadicción y, por otro lado, ésta puede provocar alteraciones en el funcionamiento familiar.

Kaufman (1981), de acuerdo con Kirschenbaum (1974), señala que la comunicación en estas familias a menudo tiende a ser excesivamente intelectual o racional, con ausencia de expresión de sentimientos íntimos.

Al hablar de las relaciones familiares y comunicación del adicto se puede mencionar el concepto de clima de Moos. El supuesto básico de Moos mantiene que los ambientes, como las personas, tienen “personalidad” y pueden ser caracterizados y descritos en dimensiones observables. El clima social dentro del cual funciona un individuo debe tener un impacto importante en sus actitudes y sentimientos, su conducta, su salud y el bienestar general así como su desarrollo social, personal e intelectual.

### **2.3 Comunidad Terapéutica**

---

Para poder hablar de Comunidad Terapéutica hay que tener en claro su concepto.

Gotti, (2000), Expresa que “la Comunidad Terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de drogadictos”.

Tiene lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente “actúe” su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo de la consecuencia social de sus actos. Esta situación es tolerada voluntariamente por el residente quien se ve inmediatamente contenido en un clima de alta tensión afectiva.

En la comunidad existen varias modalidades de tratamiento, esto significa que el tratamiento en la Comunidad Terapéutica no es necesariamente residencial, sino también puede ser comunidad de día (hospital de día); el residente pasara el día en la comunidad y volverá a su casa en horarios vespertinos.

Para que este tratamiento sea posible deberá tener una contención familiar suficiente, con vínculos sólidos y relativamente sanos, que mantiene alguna actividad laboral o escolar estable. La familia deberá participar activamente del tratamiento.

En todo el tratamiento se da en un medio altamente estructurado similar a la organización familiar; con límites precisos, funciones bien delimitadas, roles claros, afectos controlados.

Los operadores o staff, asumen roles parentales en tanto los residentes funcionan como hijos y como hermanos entre sí.

Cuando el residente entra a la familia deberá crecer y madurar. Todo esto es para ayudarlo a transitar en pocos meses el largo camino que lo llevara a la madurez. Se le asigna un hermano mayor que le servirá de inductor y consejero. El resto depende de él: el ganarse un lugar en la nueva familia.

El clima en el que viven es de presión artificialmente provocado, todos los gestos, movimientos, actitudes son controlados las 24 horas. No se les permite ni la mas mínima fantasía que lo exima de sus responsabilidades actuales para consigo mismo y para los que lo rodean.

Esta presión hace que se actué la patología frente a sus pares, es fundamental que se situé continuamente en tratamiento. Esta le hará actuar sus aspectos positivos y negativos, siendo sobre estos últimos sobre los que se trabajará.

De esta forma sus pares le servirán de espejo en consecuencia social de sus actos, generando una retroalimentación continua, inevitable y permanente.

Esta situación es tolerada voluntariamente, el residente puede irse cuando lo desee. El debe ser quien elige quedarse y tolerara el feed back de sus pares desde una elección libre de cambio de vida.

Todo esto genera un clima de tensión afectiva muy intenso. Van de a poco sacando afuera sus sentimientos durante mucho tiempo negados, y esto provoca que los afectos dentro de la familia sean de un alto tenor emocional.

Esta es una modalidad de tratamiento para el abuso de drogas que tiene una amplia aceptación; generada hace más de 40 años desde un ámbito no profesional. Su valor social es contundente e indiscutido.

El uso de la comunidad como método asume que un individuo va a querer cambiar y aprender más a través de su afiliación con otros que están embarcados en la misma lucha: de ahí que la percepción de comunidad sea fundamental entre los participantes, el staff, los profesionales, los voluntarios.

O sea, la comunidad no es un lugar donde están los adictos guardados y adonde van profesionales a hacer terapia; la comunidad no es un lugar donde los adictos pasan el día alejados de las tentaciones de la calle, esperando entre grupo y grupo.

Todas las actividades de comunidad terapéutica están diseñadas para producir cambios terapéuticos y educacionales en los participantes y todos los participantes son mediadores de esos cambios terapéuticos y educacionales.

Desde lo teórico, la comunidad terapéutica comparte una concepción original y propia sobre, el abuso de drogas, el residente, la vida sana y la recuperación.

Sobre el abuso de drogas, la comunidad entiende como un problema de toda la persona, donde la adicción es un componente, no la esencia.

Con respecto a los efectos, para la comunidad una vez instalado el abuso, este va a impactar en algunas o todas sus áreas de funcionamiento tanto que podemos encontrar distorsiones en lo afectivo, en lo cognitivo, en la conducta, en el carácter, problemas médicos y psicológicos; los valores están confundidos, no existen o son antisociales. Frecuentemente hay déficit en las habilidades necesarias para desenvolverse en un trabajo.

Con respecto a las causas, el abuso de sustancias es visto como un comportamiento con múltiples determinantes, donde la dependencia psicológica

---

es secundaria a la amplia gama de circunstancias que influyen y que toman control sobre los comportamientos de sujetos y que hacen, invariablemente, los problemas y situaciones que son asociadas con el placer se transforman en señales para recurrir a las drogas. Por ello se considera el abuso de drogas como un problema de toda la persona.

Con respecto al residente, hay dos grandes grupos posibles de personas que piden ayuda en una comunidad terapéutica. El primero está integrado por personas que nunca han tenido un estilo de vida satisfactorio, convencional; los valores de la cultura general faltan o no son tomados en cuenta; provienen de un ambiente donde el abuso de drogas es más una respuesta social que un problema personal. Para este grupo la experiencia en la comunidad puede ser llamada “habilitación” o sea la posibilidad de pertenencia a una sociedad organizada y el desarrollo de un estilo de vida productiva y convencional, por primera vez en su vida.

Para el segundo grupo el abuso de drogas es un problema psicopatológico, de personalidad o de malestar existencial. Para ellos el término es “rehabilitación”, porque se habla de una vuelta a un estilo de vida previo, conocido pero dejado de lado temporalmente.

Sin embargo, a pesar de las diferencias de procedencia, una vez instalado el consumo y la adicción los dos grupos presentan similitudes: problemas de socialización, en sus aptitudes cognitivas y emocionales, y problemas psicológicos que ponen en evidencia inmadurez, baja autoestima, trastornos de carácter y de la conducta y características antisociales.

En la comunidad terapéutica no se debate sobre si todas las disfunciones son causa o consecuencia del consumo: para la comunidad hay que cambiarlas para lograr una recuperación estable. Por lo tanto, los residentes siguen

básicamente el mismo régimen general: las diferencias individuales son reconocidas en planes específicos de tratamiento que modifican pasos pero no el curso general de la experiencia en la comunidad.

Retomando el punto sobre qué es un estilo de vida sana, el objetivo general de la comunidad es que sus residentes lleguen a llevar un estilo de vida sana. Para lograrlo, el residente es orientado específicamente a través de la autoayuda/ayuda mutua (self-help) a asumir responsabilidades personales.

Se enfatiza el presente (aquí y ahora) como opuestos a lo histórico (antes y cuando); los comportamientos pasados son explorados solamente para ilustrar patrones de conducta disfuncional, actitudes negativas y aspectos a cambiar ahora, en el presente. La sobriedad es un requisito para llevar una vida sana, pero la vida sana es requerida para mantener la sobriedad.

La concepción de vida sana enfatiza valores explícitos que guían cómo el individuo se relaciona consigo mismo, con sus pares, con sus seres queridos, con la sociedad más amplia. Estos valores incluyen, honestidad, solidaridad, una ética de trabajo, de aprender a aprender, de independencia económica, de preocupación por los pares, el amor responsable, la responsabilidad, la responsabilidad familiar, el compromiso comunitario y hasta de buen ciudadano.

Por último los objetivos de recuperación en la comunidad terapéutica y la detoxificación, la interrupción del consumo más que un objetivo es casi un prerrequisito. El objetivo primario individual es el cambio de patrones de comportamiento negativos, de pensamientos y de sentimientos que predisponen al uso de drogas; el objetivo primario social es desarrollar un estilo de vida sana, sin uso de drogas. La recuperación estable es la integración exitosa entre ambos objetivos.



## **CAPITULO 3**

### **Investigación Diagnóstica Operativa**

#### **3.1 Características de la Institución**

El 5 de septiembre de 1997 se realiza la inauguración oficial de la Institución con el nombre de “Viaje de Vuelta” (no se encuentran explicaciones certeras de por qué cambió el nombre); esta recibía el apoyo del obispado, no así de los vecinos y el Intendente de la localidad de Las Higueras, ubicación en que se encuentra la misma; el terreno fue donado por el señor Di Cola, Florindo de la ciudad de Río Cuarto.

La dirección está a cargo de Javier Cogno, Subdirectora de la Sede Vanesa Davicino, Subdirectora de la Comunidad Marisol Dolso, Profesor de educación física, profesor de teatro, entre otros.

Nazareth es una Asociación Civil sin fines de lucro. Forma parte de un grupo de “Casas”, las cuales están ubicadas en todo el país; está encargada de la rehabilitación de sujetos drogodependientes 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 marginal, además de la regeneración de los lazos familiares y sociales en cuanto a la cooperación, compromiso, vida comunitaria y responsabilidad.

Esta organización cuenta con un centro de admisiones, ubicado en calle Buenos Aires 1293 en la ciudad de Río Cuarto. Las admisiones tienen como finalidad diagnosticar a los sujetos demandantes de tratamiento. El proceso de admisión tiene una duración aproximada de un mes, realizándose un encuentro

---

por semana. En este periodo el equipo determinará la modalidad de tratamiento que el sujeto deberá seguir, ya sea hospital de día o internación.

En las diferentes modalidades de tratamiento las técnicas que se utilizan son: Consultoría Externa: Asistencia médica-psicológica-social; Asistencia Médica: clínico y/o especializada; Terapia de convivencia; Grupos de reflexión; Grupos de autoayuda para asistidos; Grupo de autoayuda para familiares de adictos.

El organizador social básico al cual apunta es el tiempo y el espacio, ya que para cada actividad hay un tiempo y un lugar previamente establecidos, además de las condiciones para realizarlo. Las actividades diarias que se realizan, como la Asamblea de Pull-Up, los grupos de confrontación, los de convivencia, los de encuentro y otros grupos-talleres constituyen el eje a través del cual se asienta todo el programa.

La familia de los residentes son incluidos en el programa con una actitud activa y modificando actitudes permanentes a través de distintas técnicas dirigidas a cambiar el marco relacional y vincular para posibilitar otra realidad diferente.

El sistema vigente en la Comunidad terapéutica como continente que pretende sacar al paciente del estado de rigidez y de defensa, y conseguir que pueda dar plasticidad a sus conductas, pueda pensar, sentir, desarrollar tareas y ver los resultados de la misma. De esta manera, el asistido va ser preparado para la externación, haciéndose efectiva su reinserción social.

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

Se lleva a cabo un grupo de autoayuda destinado a familiares de sujetos con problemas de adicción, teniendo como objetivo informar y contener a los sujetos que demanden asistencia, debido que uno de los requisitos es que todo demandante realice el correspondiente proceso de admisión, teniendo el mismo una duración aproximada de un mes, con encuentros semanales.

La finalidad del mismo consiste en poder tener contacto previo con el futuro asistido, para de esta forma poder determinar la modalidad de tratamiento más saludable para el demandante de asistencia.

La institución ofrece a la población tres modalidades de intervención; dos de ellas tienen lugar en la sede institucional. Estas son Tratamiento Ambulatorio y Hospital de Día. La determinación se realiza según el grado de dependencia, condiciones psico-físicas-sociales y predisposición del paciente. Esta modalidad es otorgada a personas con un escaso compromiso con el consumo de droga y alcohol, además de presentar grandes posibilidades de apoyo familiar.

De esta manera, el tratamiento se llevará a cabo en la casa de admisiones, a la cual deberá concurrir por las mañana tres veces por semana. Allí se realizarán diferentes actividades con fines terapéuticos (asamblea de pull-up, confrontaciones, grupos terapéuticos y terapia individual). 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 misma se considera que cada miembro es protagonista de su propia recuperación. Cabe destacar que esta modalidad es válida solo para sujetos de sexo masculino, y la misma no tiene una duración cronológica preestablecida, sino que depende de la adaptación del sujeto a la sociedad.

La comunidad trabaja con la existencia de diferentes fases (“A”, “B”, “C”) por las que debe atravesar el asistido; las mismas poseen duración y objetivos

---

específicos. El logro de los mismos determina el paso a la siguiente fase del tratamiento, las cuales implican la residencia en la CT u Hospital de día.

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, modificación de conductas y 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, educación para la salud y tratamiento de enfermedades específicas y proyección comunitaria.

La fase "C", cuenta con una duración de dos meses, teniendo como objetivos: el desprendimiento (manejar las dos etapas, interdependencia e independencia), la negociación con la familia, la presentación de la red, 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, que no es 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 en que, entre los asistidos se den enseñanzas.

Reconocimiento: Verbalización de agradecimiento o reconocimiento 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 por la vía reglada de los asistidos al operador.

Coloquio (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 con 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 Fase “A” de R.S (Reinserción Social) son, la 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; de la Fase “B” de R.S son, todos los anteriores y el cumplimiento de los objetivos secundarios: estabilidad en el compromiso, autocontrol del dinero, ampliación del proyecto de vida, actividades complementarias. Y por ultimo, los de la Fase “C” de R.S son, 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.

El marco de referencia utilizado por la Institución es la teoría cognitivo-conductual, así como la existencia de un equipo multidisciplinario en el que se incluyen médicos, psicólogos, psicopedagogos y operadores socio-terapéuticos (O.S.T).

### **3.2 Plan Diagnóstico**

#### **3.2.1 Técnicas a utilizar**

El instrumento que se utilizará para el diagnóstico será entrevistas semi-dirigidas. Esta técnica permitirá acceder a la información de manera directa y flexible.

Mediante este proceso de interacción cara a cara, se puede observar directamente el desempeño social de la persona, subrayando la importancia de

este recurso para recabar información de los componentes verbales, como así también de los no verbales (León y Montero, 2003).

Por lo anteriormente mencionado se espera que por medio de la utilización de dicho instrumento se pueda recolectar información sobre la incitativa y la participación de las familias en el tratamiento terapéutico de los adictos.

A continuación se expone el lineamiento de las preguntas realizadas a los diferentes miembros del equipo terapéutico, que fueron utilizadas para la recolección de la información necesaria para verificar el diagnóstico.

*Lineamiento de las entrevistas realizadas:*

- ¿Cuáles son las funciones desempeñadas dentro de la institución?
- ¿Tienen algún contacto con los familiares? ¿Cómo es ese contacto?
- ¿Tiene algún espacio especial para ellos?
- ¿Los familiares participan del tratamiento?
- ¿Realizan algo especial para que participen?
- ¿Consideran importante que las familias participen del mismo?
- ¿Piensan que la Comunidad podría tener un espacio especial para toda la familia?

### 3.2.2 Participantes

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

Miembros de la Dirección Institucional: Sub-directora de la sede Davicino Vanesa, Sub-directora y coordinadora del grupo de padres Dolso Marisol, Eugenia Ribas y Candelaria Farah Operadoras Socio-terapeutas: Se considera de

importancia la realización de estas entrevistas debido a que pueden brindar información relevante sobre el trabajo que la Institución realiza con los familiares.

Coloquistas, psicólogas encargadas de psicoterapias individuales, grupales y operadoras Eugenia Ribas y Candelaria Farah: Se cree importante la realización de estas entrevistas debido a que sus aportes son significativos por el hecho de trabajar en contacto directo con los pacientes y familiares de los internos, ya que coordinan grupos de fases, realizan los coloquios y reuniones familiares.

Miembros de la Dirección Institucional: Sub-directora de la Sede: Se considera de importancia la realización de estas entrevistas debido a que pueden brindarnos información relevante sobre el trabajo que la Institución realiza con los familiares de los residentes del programa.

Sub-directora de la Comunidad Terapéutica y Coordinadora de los grupos de padres Dolso Marisol: Esta entrevista es substancial debido a que es quién posee mayor contacto con los familiares de los internos.

### 3.2.3 Datos a revelar y tipo de análisis propuesto

Para el alcance de los resultados se llevó a cabo un análisis cualitativo de la información recolectada a través de la herramienta utilizada (entrevistas semi-dirigidas).

La Comunidad Terapéutica Nazareth el único lugar que realiza internaciones para el tratamiento de las adicciones en la ciudad de Rio Cuarto, en la localidad de Las higueras.

Tanto los directivos de la institución como los demás entrevistados concuerdan que los familiares de los internos no participan en el tratamiento.



Esto surge en todas las entrevistas y en mi práctica profesional también lo pude notar, que los familiares toman a la comunidad como un depósito y no participan del tratamiento.

Se les consulto el contacto que ellos poseen con los familiares y comentaron que el mayor contacto es el telefónico o cada 20 días en las visitas.

Así mismo le preguntamos si el día de las visitas es la única actividad que realizan con los familiares, pero no la otra actividad que realizan son los grupos de padres.

Cuando se les consulto sobre la participación de los familiares, los entrevistados comentaron que los familiares participan poco del tratamiento. Uno de los entrevistados explico que la mayor participación se da en los padres con hijos internados adolescentes y los de hospital de día.

Todos consideran importante la participación de los familiares en tratamiento ya que son un pilar del mismo.

Al finalizar la entrevista se les preguntó si pensaban que era importante incorporar no solamente a los padres sino al resto de la familia y la respuesta fue positiva, ya que cada miembro de la familia puede aportar algo importante para el tratamiento.

### 3.2.3.1 F.O.D.A

A continuación se presentará el análisis FODA, el cual permite reflejar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas a nivel Institucional.

Factores Aspectos	Factores internos de la Institución	Factores externos de la Institución
	Fortalezas	Oportunidades
<p><b>Aspectos positivos para la Organización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena disposición del personal para hacer participar a los familiares.</li> <li>• La institución busca realizar más actividades que involucren a los familiares. Por ejemplo: Una vez a al mes realiza una sesión familiar de psicoterapia.</li> <li>• El staff considera importante concientizar a los familiares de su participación en el tratamiento.</li> <li>• Disponen de espacio para realizar el proyecto.</li> <li>• Se realiza trabajo interdisciplinario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con herramientas para llevar a cabo una actividad donde participen todos los miembros de la familia.</li> <li>• Actualmente es la única institución que trabaja con los adictos en internación en la ciudad de Rio Cuarto y sus alrededores.</li> <li>• Brindan la oportunidad a estudiantes de realizar sus practicas (psicología (UESiglo21)y psicopedagogía(UNRC)).</li> <li>• A partir de este presente proyecto las familias serán tomadas como herramientas terapéuticas con potencial positivo para el cambio. Se busca forjar un terreno fértil que permita generalizar</li> </ul>

		conductas saludables de concientización en diversos ámbitos.
	<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>Aspectos negativos para la Organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad con respecto a la disponibilidad de tiempo.</li> <li>• Carecen de planificación de actividades que involucren a todos los miembros de la familia.</li> <li>• La demanda no está cubierta por entrevistas de re vincular a los pacientes internos con sus familiares. Con la esperanza que puedan ser “devueltos”.</li> <li>• Necesidades de desarrollar abordajes complementarios a las familias en proceso de salud enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No logren involucrarse en el tratamiento.</li> </ul>

3.2.4 Cuestiones éticas

El ingreso a la Institución Nazareht se vio facilitado debido a que en el año 2007, se realizó en la misma la Práctica Profesional de la Licenciatura en Psicología. De igual modo se solicitó permiso al Director de la misma, el señor Cogno Javier, para la aplicación de las técnicas realizadas al equipo terapéutico de la Asociación.

En todas las entrevistas se mantendrá el Secreto profesional, el cual obliga al psicólogo a mantener ocultas todas aquellas circunstancias, situaciones y confidencias que reciba en el ejercicio de su profesión.

### 3.2.5 Resultados del Diagnóstico

De la información obtenida mediante las entrevistas semidirigidas realizadas a los profesionales de la Comunidad Terapéutica se comprobó la importancia de la participación de los familiares dentro del tratamiento.

Al respecto, los profesionales comentan, que si bien la institución ha realizado y realiza diferentes actividades para involucrar de manera más participativa a los familiares, reconocen que es de suma importancia brindar una asistencia más directa hacia esta problemática.

Es de gran importancia la creación de un espacio de escucha, contención e información para las mismas, a fin de disminuir la idea de que la comunidad es un depósito.

Para concluir, se considera relevante abordar esta conflictiva de manera conjunta con todos los profesionales que trabajan dentro de la comunidad, ya que de cada uno de ellos se pueden obtener diferentes aportes, y así poder llegar a los resultados deseados.

Esto se considera posible ya que todos los profesionales estarían dispuestos a colaborar.

---

## **CAPITULO 4**

### **Propuesta de intervención**

El presente proyecto propone como intervención talleres de concientización, cuyo objetivo principal será promover que los familiares de la Comunidad Terapéutica Nazareth participen de manera activa en el tratamiento de las adicciones.

A lo largo de estos talleres se llevaran a cabo diversas actividades que posibiliten:

- Brindar información acerca del tratamiento a seguir por el interno.
- Reflexionar y analizar acerca de la información recibida y sobre la importancia de su participación del tratamiento.
- Producir un incremento en la participación en el tratamiento.

Los principales ejes temáticos a desarrollar son:

- Tratamiento.
- Interacción familia-tratamiento.
- Interacción familia-paciente.

#### 4.1 Plan de actividades

Metas:

- Favorecer la participación de los familiares, de manera tal que se manifieste un aumento de su participación comprometida dentro del tratamiento de los internos de la Comunidad Terapéutica Nazareth de la ciudad de Río Cuarto, provincia de Córdoba, en el plazo del tratamiento, mediante dos encuentros por mes.

Actividades:

- Implementar un espacio en donde los familiares puedan tomar conciencia de la importancia de su participación en el tratamiento.
- Brindar un espacio de reflexión sobre la participación comprometida de los familiares en el tratamiento.
- Construir un grupo multifamiliar para poder apoyar a los internos en el tratamiento.

Objetivos:

- Concientizar a los familiares de los internos de la Comunidad Terapéutica Nazareth de su importancia en el tratamiento.

El programa ha sido diseñado para su aplicación en grupos multifamiliares. El mismo se llevará a cabo durante un periodo de tiempo aproximado de 6 meses en función de los objetivos alcanzados, con una cantidad total de doce encuentros, los cuales se llevarán a cabo con una frecuencia de dos veces por mes, con una duración de dos horas, aproximadamente. Este programa se divide en dos módulos.

---

### **4.1.1 Primer Modulo**

#### **Objetivos Específicos:**

- Establecer un vínculo terapéutico.
- Establecer un vínculo grupal que permita la contención a través del diálogo entre los profesionales y las familias.

#### **Especificaciones:**

- El objetivo de este primer modulo consiste en instaurar el vínculo familiares-comunidad ausente hasta ese momento, con el fin de prevenir que se tome a la comunidad como un “depósito”. Se procura, además de contener, concientizar sobre su participación.



---

### **Primer Mes:**

➤ *Objetivos:*

- Establecer vínculos familia-terapeuta.
- Favorecer el incremento de la participación de los familiares en el tratamiento.

➤ *Actividades:*

- Semana 1: Se brindara un espacio para que el coordinador y los familiares se presenten a sí mismos, para ello se utilizara la técnica del ovillo. Luego se propondrá una charla participativa, con el fin de recabar la mayor información posible de la historia, inquietudes, expectativas que poseen los familiares. Finalmente el coordinador entregara a los familiares un pequeño papel en donde tendrán que expresar sus inquietudes y expectativas que posean para luego ser trabajadas en el transcurso de los encuentros.

➤ *Técnica:*

*Técnica del Ovillo: el objetivo es la presentación. Los participantes se disponen en círculo. Se toma un ovillo de lana y se lo arroja hacia un miembro del grupo al azar que se presenta a si mismo, cuando concluye, lo arroja a otro miembro reteniendo la punta del ovillo y así, hasta llegar al último.*

*Se construye una red que une a todos los miembros. Luego, se inicia el proceso inverso siguiendo el camino que trazo el ovillo. Cuando cada participante recibe nuevamente la madeja, expresa sus expectativas*

*mientras ovilla la lana que le han entregado. De esta forma, concluye la presentación cuando la red que desarmada y el ovillo reconstruido.*

- Semana 2: En este encuentro él coordinador leerá los papeles escritos en el encuentro anterior para dar comienzo a la siguiente actividad. En la cual se propondrá la técnica torbellino de ideas, con el objetivo de exponer de manera participativa y grupal lo expresado por escrito. Al finalizar el encuentro se pondrán en claro los diferentes puntos tratados durante el transcurso de la misma.

➤ *Técnica:*

*Torbellino de ideas: Los participantes exponen sus ideas sobre un tema o problema con el fin de producir ideas originales o soluciones nuevas. (López Bonelli, A. R.)*

➤ *Duración:*

- 2 horas cada semana.

➤ *Recursos:*

Humanos: 1 profesional psicólogo que lleve a cabo dichos encuentros.

Materiales:

- 1 salón (con capacidad para 30 personas aproximadamente).
- 30 sillas.
- Hojas y lapicera.

➤ *Presupuesto:*

---

<b>Recursos</b>	<b>Importe</b>
1 Salón	Propio de la Comunidad
30 Sillas	Propio de la Comunidad
Hojas y lapicera	\$6
Honorarios	\$120
Total	\$126

---

## **Segundo Mes:**

### ➤ *Objetivos:*

- Establecer vínculo grupal.
- Posibilitar un proceso identificatorio con los miembros del grupo, permitiendo una mayor involucración en el tratamiento.

### ➤ *Actividades:*

- Semana 1: En esta sesión se propondrá un Grupo de intercambio, el tema será “los mitos sobre las adicciones”; para así poder comenzar a trabajar en la sesión siguiente más en profundidad los miedos y fantasías del futuro con el paciente.
- Semana 2: Se le propondrá al grupo realizar un Grupo reflexión, con el objetivo de que pueda expresar sus miedos y fantasías.  
A medida que los integrantes del grupo vayan expresando sus miedos y fantasías se van a ir anotando en un pizarrón para que al finalizar la sesión se puedan tener bien en claro.  
Para finalizar el coordinador expondrá diferentes herramientas para comenzar a resolver dichos miedos y fantasías.

### ➤ *Técnica:*

*Grupo Reflexión: Los grupos de reflexión reconocen su antecedente en los grupos operativos y se comenzaron a implementar con la idea de permitir la elaboración de las ansiedades que crea el trabajo con pacientes psiquiátricos y la elaboración de los distintos conflictos que pudieran surgir en el equipo asistencial.*

*Se trabaja con relativa independencia de las características de la personalidad de los miembros de dicho grupo, y estas no son interpretadas.*

*Además del abordaje de problemáticas institucionales, de la consideración de la estructura de roles de un grupo que realiza una determinada tarea, los grupos de reflexión permiten el entrenamiento e investigación de la grupalidad en sí misma.*

*Son también útiles para grupos de personas que viven una cierta problemática común y tienen que afrontar diferentes recursos personales para encararla. Sin embargo al no tener específicamente objetivos terapéuticos, y por lo tanto no considerarse sus integrantes pacientes, el deslizamiento hacia las interpretaciones personalizadas puede resultar persecutorio o confusiónante para los que participan en ellos. Pero si la coordinación es eficaz, se pueden producir efectos terapéuticos debido a ese plus grupal mencionado anteriormente, a las modificaciones de ciertos estereotipos, al intercambio de información cuando se abren las posibilidades de recibirla. (Dra. Lucila Edelman, Dra. Diana Kordon).*

➤ *Duración:*

- 2 horas cada semana.

➤ *Recursos:*

Humanos: 1 profesional psicólogo que lleve a cabo dichos encuentros.

Materiales:

- 1 salón (donde entren 30 personas aproximadamente).
- 30 sillas.
- Hojas y lapicera.
- 1 pizarrón.
- 1 fibrón.

➤ *Presupuesto:*

<b>Recursos</b>	<b>Importe</b>
1 Salón	Propio de la Comunidad
30 Sillas	Propio de la Comunidad
1 pizarrón	Propio de la Comunidad
1 fibron	\$4
Hojas y lapicera	\$0
Honorarios	\$120
Total	\$124

---

### **Tercer Mes:**

➤ *Objetivos:*

- Realizar una síntesis de los temas tratados en los encuentros anteriores.
- Valorar la eficacia del proyecto; y eliminar todo tipo de inquietudes que puedan haber surgido en los primeros encuentros.

➤ *Actividades:*

- Semana 1: Al comienzo de este encuentro se les pedirá a los integrantes del grupo que se dispongan en grupos reducidos de 6 personas para así poder trabajar con una técnica que se denomina “Panel integrado o técnica del portavoz”. Una vez que están en grupos el coordinador hará un resumen sobre los temas tratados en los encuentros anteriores, a partir de esto los grupos empezaran un debate. Luego el coordinador deberá pasar por cada grupo designándole a cada integrante una letra, para así después ir haciendo algunas rotaciones en los grupos.

Transcurrido el tiempo propuesto por el coordinador se comenzara una exposición de ideas de los diferentes grupos.

Al finalizar el coordinador realizara un cierre con las conclusiones alcanzadas.

➤ *Técnica:*

*Panel integrado o técnica del portavoz: En pequeños grupos se dialoga sobre un tema; luego representantes de cada pequeño grupo integra un nuevo grupo y debaten para elaborara conclusiones generales. Se utiliza para promover la participación activa de todos los miembros y extraer, en un tiempo breve, conclusiones generales.*

- Semana 2: En este encuentro la técnica que se utilizará es el Torbellino de ideas. El objetivo es discutir las inquietudes que hayan surgido durante las sesiones anteriores. Estas se expondrán y se irán trabajando de a una para poder aclarar todas aquellas inquietudes que posean los familiares y los internos.

Así el final de este encuentro se espera que los familiares y internos tengan claros los conflictos familiares existentes, que hayan podido aclarar las inquietudes y que la relación con el coordinador sea positiva.

➤ *Técnica:*

*Torbellino de ideas: Los participantes exponen sus ideas sobre un tema o problema con el fin de producir ideas originales o soluciones nuevas.  
(López Bonelli, A. R.)*

➤ *Duración:*

- 2 horas cada semana.

➤ *Recursos:*

Humanos: 1 profesional psicólogo que lleve a cabo dichos encuentros.

Materiales:

- 1 salón (donde entren 30 personas aproximadamente).
- 30 sillas.
- Hojas y lapicera.
- 1 pizarrón.
- 1 fibrón.



➤ *Presupuesto:*

<b>Recursos</b>	<b>Importe</b>
1 Salón	Propio de la Comunidad
30 Sillas	Propio de la Comunidad
Hojas y lapicera	\$0
1 pizarrón	Propio de la Comunidad
1 fibrón	\$4
Honorarios	\$120
Total	\$124

#### **4.1.2 Segundo Modulo:**

##### Objetivo:

- Desarrollar actividades psicoeducativas que permitan a los familiares reflexionar sobre su participación en el tratamiento.

##### Metas:

- Fortalecer el vínculo familia-comunidad, de manera tal que el 50% de los familiares que forman parte del tratamiento no abandone esta participación.

##### Objetivos Específicos:

- Fortalecer el papel de la familia en el tratamiento.
- Posibilitar la construcción de proyectos futuros de la familia con los pacientes.

##### Especificaciones:

El objetivo del segundo modulo consiste en fortalecer el vinculo familia – comunidad previamente instaurado en el modulo anterior, con el fin de prevenir que se tome a la comunidad como un “deposito”.

Se proyecta además de informar sobre la importancia de su participación en el tratamiento, favorecer la importancia de la función familiar y posibilitar la construcción de proyectos futuros.

---

### **Cuarto Mes:**

➤ *Objetivos:*

- Lograr mayor conocimiento de los propios pensamientos y reflexiones.
- Conocer la vida en comunidad.

➤ *Actividades:*

- Semana 1: El coordinador propondrá una charla abierta, la misma va a permitir que los integrantes compartan y reflexionen sobre su problemática en común, como lo son en este caso las adicciones.

Para esto se utilizara la técnica el “Juego de palabras” que consiste en ordenar palabras en forma coherente para formar una frase. Estas frases servirán como punta pie para la reflexión y debate.

Luego el coordinador realizara una síntesis y dará comienzo a un debate y reflexión final. Para así en la próxima sesión poder realizar un paseo por la comunidad.

Se les dará a los familiares como tarea para la próxima sesión traer revistas y diarios de su hogar.

- Semana 2: En esta sesión se propondrá un paseo teórico y práctico de la comunidad, para el cual se utilizara la técnica del collage. En donde los familiares ilustraran como se imaginan la comunidad, la vida en comunidad, las actividades que se realizan en la misma.

➤ *Duración:*

- 2 horas cada semana.

➤ *Recursos:*

Humanos: 1 profesional psicólogo que lleve a cabo dichos encuentros.

Materiales:

- 1 salón (donde entren 30 personas aproximadamente).
- 30 sillas.
- Hojas y lapicera.
- Revistas.
- Platicola.
- Afiches.

➤ *Presupuesto:*

<b>Recursos</b>	<b>Importe</b>
1 Salón	Propio de la Comunidad
30 Sillas	Propio de la Comunidad
Hojas y lapicera	\$0
Revistas	Traídas por las familias
Platicola	\$10
Afiches	\$6
Honorarios	\$120
Total	\$136

---

**Quinto mes:**

➤ *Objetivos:*

- Analizar las diferentes actitudes y reacciones de las familias frente a determinadas situaciones.
- Contener y escuchar a los familiares de manera grupal.

➤ *Actividades:*

- Semana 1: Se llevara a cabo la técnica “Escenificación”. La cual consiste en representar actitudes o comportamientos de personas ante diferentes situaciones de vida, como por ejemplo: un almuerzo o una cena en donde se reúne toda la familia, un día del fin de semana por la noche, puesta de límites por parte de los padres, entre otras.  
Luego se debatirán las diferentes representaciones. Para así poder visualizar los diferentes síntomas.

➤ *Técnica:*

*Escenificación: lograr que los miembros de la familia interactúen para discutir algunos de los problemas que consideran disfuncionales y tratar de que se pongan de acuerdo. Es la técnica por la cual el coordinador pide a la familia que dance en su presencia. Tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de interacciones tolerables. Al acudir a los encuentros, la familia se ha concentrado mucho en su problema, por lo tanto su experiencia de la realidad se ha estrechado a causa de una excesiva concentración del enfoque descuidando otros aspectos significativos de sus interacciones. La tarea del coordinador es llegar a*

*obtener información que los familiares no consideran pertinente y más aun obtener información de la que ellos disponen.*

*La escenificación también permite al coordinador tomar distancia de la familia que pretende absorberlo. Les pide una interacción sobre un tema cualquiera que interese o preocupe a la familia y el observa desde afuera. Se pueden destacar tres movimientos:*

- 1. Observa las interacciones espontaneas de la familia y decide los campos disfuncionales que desea iluminar.*
  - 2. Organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional delante de él.*
  - 3. Propone modalidades diferentes de interacción.*
- Semana 2: El coordinador expondrá de manera sintética toda aquella información que los familiares no consideraron pertinentes y más aun obtener información de la que ellos disponen. Con el fin de poder trabajar de manera más profunda el síntoma.  
Luego de lo expresado por el terapeuta se propondrá una charla abierta para poder contener y escuchar activamente a los familiares. Para poder lograr una mejor comprensión de la situación de cada uno y de la familia en general.

➤ *Duración:*

- 2 horas cada semana.

➤ *Recursos:*

Humanos: 1 profesional psicólogo que lleve a cabo dichos encuentros.

Materiales:

- 1 salón (donde entren 30 personas aproximadamente).
- 30 sillas.
- Hojas y lapicera.

➤ *Presupuesto:*

<b>Recursos</b>	<b>Importe</b>
1 Salón	Propio de la Comunidad
30 Sillas	Propio de la Comunidad
Hojas y lapicera	\$0
Honorarios	\$120
Total	\$120

---

## **Sexto Mes:**

### ➤ *Objetivo:*

- Hacer sobresalir elementos para el análisis de cualquier tema basándose en las conflictivas que los aqueja.
- Ayudar a disminuir miedos, angustias, etc. Los cuales surgen a partir de la situación familiar que viven.

### ➤ *Actividades:*

- Semana 1: En este encuentro se realizara una actividad con la técnica del “Rol playing”, la cual permite representar algunas situaciones de la vida real sobre la conflictiva actual de cada familiar para luego analizarla con todo el grupo.

### ➤ *Técnica*

*Role playing:* será entonces representar una situación con el objeto de que se torne real, visible, vivida, de modo que se comprenda mejor por parte de quién o quiénes deben intervenir en ella en la vida real.

- Semana 2: En este encuentro se aplicara la técnica de Grupo reflexión, con el fin de disminuir miedos, angustias que tienen los familiares y los internos de la situación por la que están pasando.

El coordinador tendrá que lograr que al final del encuentro los familiares y los internos dispongan de herramientas suficientes para poder resolver las situaciones de angustias, miedos que se le vayan presentando en el transcurso del tratamiento.



➤ *Duración:*

- 2 horas cada semana.

➤ *Recursos:*

Humanos: 1 profesional psicólogo que lleve a cabo dichos encuentros.

Materiales:

- 1 salón (donde entren 30 personas aproximadamente).
- 30 sillas.
- Hojas y lapicera.

➤ *Presupuesto:*

<b>Recursos</b>	<b>Importe</b>
1 Salón	Propio de la Comunidad
30 Sillas	Propio de la Comunidad
Hojas y lapicera	\$0
Honorarios	\$120
Total	\$120

---

## 4.2 Evaluación de resultados

### 4.2.1 Seguimiento

Para poder conocer si el proyecto está cumpliendo sus objetivos, se realizara un seguimiento a los familiares con entrevistas abiertas.

Se trabajar con el resto de los profesionales de la comunidad, con el fin de intercambiar información sobre los pacientes y de los familiares, ya que también se seguirían realizando las entrevistas familiares que hasta el momento se vienen realizando.

### 4.2.2 Evaluación

Al concluir los encuentros será necesario realizar una evaluación de resultados a los fines de analizar e interpretar la repercusión del proyecto.

Dicho análisis se lograra a través de los seis meses que dura el proyecto, mediante entrevista abierta que se les realizara a los familiares y a los internos al finalizar de cada mes. Las mismas, serán de carácter anónimo y confidencia a fin de garantizar validez en las respuestas.

Las respuestas serán analizadas según una perspectiva de carácter cualitativo.

Luego se podrá hacer una evaluación valorativa en relación a los objetivos propuestos y la posibilidad de incorporar cambios y sugerencias para una futura y más efectiva intervención en la institución.

### 4.3 Presupuesto Total del programa

<u>Actividades</u>	<u>Importe</u>
• 6 actividades del Primer Modulo	• \$ 374
• 6 actividades del Segundo Modulo	• \$ 376
Total	• \$ 750

#### 4.4 Plan de Avance

El presente proyecto contiene un total de 12 encuentros cuya duración se prevé entre dos y dos ½ horas.

La frecuencia de los encuentros serán quincenales, los días sábados.

La duración total de los talleres de concientización será de aproximadamente 6 meses.

Se plantea que participen los familiares y los internos de manera conjunta para así poder tener una visión más amplia de la situación familiar e individual de ellos mismos.

#### 4.5 Cronograma de actividades

<u>Módulos</u>	<u>Meses</u>	<u>Encuentros</u>	<u>Objetivos</u>
<b><u>Primer módulo</u></b>	Primer mes	Encuentro 1 y encuentro 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer vínculos familia-terapeuta.</li> <li>• Favorecer el incremento de la participación de los familiares en el tratamiento.</li> </ul>
	Segundo mes	Encuentro 1 y encuentro 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer vínculo grupal.</li> <li>• Posibilitar un proceso identificador con los miembros del grupo, permitiendo una mayor involucración en el tratamiento.</li> </ul>
	Tercer mes	Encuentro 1 y encuentro 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una síntesis de los temas tratados en los encuentros anteriores.</li> <li>• Valorar la eficacia del proyecto; y eliminar todo tipo de inquietudes que puedan haber surgido en los primeros encuentros.</li> </ul>
<b><u>Segundo módulo</u></b>	Cuarto mes	Encuentro 1 y encuentro 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr mayor conocimiento de los propios pensamientos y reflexiones.</li> <li>• Conocer la vida en comunidad.</li> </ul>
	Quinto mes	Encuentro 1 y encuentro 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar las diferentes actitudes y reacciones de las familias frente a determinadas</li> </ul>

			<p>situaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contener y escuchar a los familiares de manera grupal.</li> </ul>
	Sexto mes	Encuentro 1 y encuentro 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer sobresalir elementos para el análisis de cualquier tema basándose en las conflictivas que los aquejan.</li> <li>• Ayudar a disminuir miedos, angustias, etc. Los cuales surgen a partir de la situación familiar que viven.</li> </ul>

## **CAPITULO 5**

### **Partes finales**

#### **5.1 Conclusión**

El siguiente proyecto se ha realizado como respuesta a la necesidad de concientizar a los familiares de la comunidad terapéutica Nazareth de la ciudad de Rio Cuarto. La intención de este trabajo es brindar herramientas y estrategias para que los familiares cobren conciencia de la importancia que tiene su participación en el tratamiento.

Es necesario que los familiares reflexionen sobre su participación en el tratamiento y en el futuro con los adictos, ya que la patología no es fácilmente superable por involucrar estructuras del sujeto que operan en la relación familia-miembro adicto.

El acompañamiento necesario para la familia con un miembro en tratamiento implica acercar planteamientos teóricos y las herramientas de la práctica clínica a la familia. Este acercamiento es necesario para que los familiares, puedan apropiarse de las herramientas y las estrategias brindadas.

Se espera que con la implantación de talleres, los familiares adquieran herramientas para poder sentirse capacitados y orientados a cómo actuar, que hacer, en la situación de vulnerabilidad y riesgo que viven los internos.

Se planteó un taller que consiste en dos módulos de una duración de dos horas, dos veces por mes. Lo que se pretendió con esto es lograr los siguientes objetivos:

- Establecer vínculos familia-terapeuta.
- Fortalecer la participación de los familiares en el tratamiento.
- Establecer vínculo grupal.
- Posibilitar un proceso identificatorio con los miembros del grupo, permitiendo una mayor involucración en el tratamiento.
- Lograr mayor sabiduría de los propios pensamientos y reflexiones.
- Conocer la vida en comunidad.
- Analizar las diferentes actitudes y reacciones de las familias frente a determinadas situaciones.
- Contener y escuchar a los familiares de manera grupal.
- Hacer sobresalir elementos para el análisis de cualquier tema basándose en las conflictivas que los aqueja.
- Ayudar a disminuir miedos, angustias, etc. Los cuales surgen a partir de la situación familiar que viven.

Para lograr dichos objetivos se trabajo con diferentes técnicas como por ejemplo, torbellino de ideas, ovillo, grupo de intercambio, grupo de reflexión, panel integrador o portavoz, charla abierta, collage, escenificación y role palying.

En la institución participan varios psicólogos, por lo que sería muy importante la presencia de un especialista en familia, ya que sería valorable su aporte en la misma; por lo que se pretende que los familiares puedan aplicar las estrategias, herramientas, lograr una mayor comunicación entre los familiares, que tomen conciencia de que lo que les está pasando es a todos y no a uno de los miembros de la familia.

También lo que se pretende es lograr afianzar los vínculos entre la familia y la comunidad, la familia y el psicólogo, con el fin de comprenderlos mejor y afianzar de manera significativa estos diferentes vínculos.



Una vez implementado este proyecto, se espera que él mismo comience a ser parte necesaria de la comunidad, así como son los Grupos de Padres. Así con el transcurso del tiempo se podrán mejorar y afianzar los contenidos teniendo en cuenta los resultados que arroje la primera aplicación.

Por otra parte sería importante comenzar a pensar en realizar proyectos en donde se involucre cada vez más a las familias en acciones de prevención de las adicciones y se potencien las redes sociales y barriales en conjunto con las instituciones de salud para tener posibilidad de prevenir adicciones, estimular las actividades recreativas y deportivas.

## 5.2 Referencias

- Becoña-Iglesias, (1998). BASES TEORICAS QUE SUSTENTAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCION DE DROGAS. Plan Nacional sobre drogas. Recuperado de Rodríguez Kuri S.E., Pérez Islas V. & Córdova Alcaraz A.J. (2007). FACTORES FAMILIARES Y DE PARES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, enero-junio, año/vol. 9, número 001. pp. 159-186.
- Begoña P., Ayerbe A., Espina A., Garcia E., y Santos A.(1995). PERCEPCION DEL CLIMA FAMILIAR EN TOXICAMANOS. Universidad del País Vasco.
- Bowen M. (1974). A FAMILY SYSTEMS APPROACH TO ALCOHOLISM. Addictions, 21(2), pp. 2-11. Recuperado de Soria Trujado R., Montalvo Reyna J. & González Toletino M. (2004). ANALISIS SISTEMICO DE FAMILIAS CON HIJOS AOLEScentes DROGADICTOS. Psicología y Ciencias Sociales, año/vol. 6, número 002. pp. 3-12.
- Calvo Botella H., (2007). REDES DE APOYO PARA LA INTEGRACION SOCIAL: LA FAMILIA. Salud y Droga, vol 7, número 001, pp.45-56.
- Calvo Botella H. & Avilés A. (2007).INTERVENIR CON FAMILIAS. Trabajo elaborado gratuitamente por PATIM como colaboración con ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día).
- Cirillo S. (1996). LA FAMILIA DEL TOXICODEPENDIENTE. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Delgado Delgado & Pérez Gómez (2004). LA CODEPENDENCIA EN FAMILIARES DE CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Psicothema número 4, vol. 16, pp. 623-638.
- De León O. & Montero I. (2003). METODOS DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA Y EDUCACIÓN. España: McGrawhill.

- DSM IV. Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales.  
<http://psygnos.net/biblioteca/DSM/Dsmsustancias.htm>
- Edelman L., Kordon D. A MANERA DE INTRODUCCION A LA TEORIA Y PRACTICA DE LOS GRUPOS.
- Goti, E. (2000) 3ra Edición. LA COMUNIDAD TERAPEUTICA. UN DESAFIO A LA DROGA. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- J. A. Arias, R. Fernández Labriola, E. Kalina & C.D. Pierini. LA FAMILIA DEL ADICTO Y OTROS TEMAS. Colección Villa Guadalupe. Nueva Visión.
- Kaufman, E. (1985). INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY ADAPTED FOR AMBULATORY COCAINE ABUSERS. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 11:171-91. Recuperado de Calvo Botella H., 2007. REDES DE APOYO PARA LA INTEGRACION SOCIAL: LA FAMILIA. Salud y Droga, año/vol 7, número 001, pp.45-56.
- López Bonelli A. R. LA ORIENTACION VOCACIONAL COMO PROCESO. TEORIA, TECNICA Y PRACTICA.
- Martínez Álvarez J.A., Fuentes Martín A., Ramos Vergeles M. & Hernández Martín A. (2003). CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA: IMPORTANCIA DE AFECTO Y LA SUPERVISION PARENTAL. Psicothema número 2, vol. 15, pp. 161-166.
- Massum, E. (1991). Prevención del uso indebido de drogas. México: Trillas. Recuperado de Soria Trujado R., Montalvo Reyna J., González Toletino M. (2004). ANALISIS SISTEMICO DE FAMILIAS CON HIJOS ADOLESCENTES DROGADICTOS. Psicología y Ciencias Sociales, año/vol. 6, número 002. pp. 3-12.
- Minuchin, S. (1992). *FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR*. México: Gedisa. Recuperado de Soria Trujado R., Montalvo Reyna J., González Toletino M. (2004). ANALISIS SISTEMICO DE FAMILIAS CON HIJOS ADOLESCENTES DROGADICTOS. Psicología y Ciencias Sociales, año/vol. 6, número 002. pp. 3-12.

- Minuchin, S. & Fishman, Ch. (1990) *TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR*. México: Paidós. Recuperado de Soria Trujado R., Montalvo Reyna J. & González Toletino M. (2004). ANALISIS SISTEMICO DE FAMILIAS CON HIJOS AOLEScentes DROGADICTOS. *Psicología y Ciencias Sociales*, año/vol. 6, número 002. pp. 3-12.
- Minuchin S., (1982). *FAMILIAS FUNCIONAMIENTO Y TRATAMIENTO*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreno J., (1972). *PSICODRAMA*. Cap. 1. Edición Hormé.
- Muñoz Rivas M.J. & Graña López J.L.,(2001). FACTORES FAMILIOARES DE RIESGO Y DE PROTECCION PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES. *Psicothema* número 1, vol. 13, pp. 87-94.
- PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA, 1993. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. EVALUACION DE LAS NORMAS DE ATENCION EN EL TRATAMIENTO DE DROGAS. DOCUMENTO DE SINTESIS SEMINARIO SOBRE NORMAS DE ATENCION EN EL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA.
- Rodríguez Franco, Padilla Muñoz, Caballero & Rodríguez (2002). ANSIEDAD EN HIJOS DE PADRES ALCHOLICOS EN TRATAMIENTO. *Psicothema* número 1, vol. 14, pp. 9-18.
- Secades Villa & Fernández Herminia (2001). TRASTORNOS PSICOLOGICOS EFICACES PARA LA DROGADICCION: NICOTINA, ALCOHOL, COCAINA Y HEROÍNA. *Psicothema* número 3, vol.13, pp. 365-380.
- Salorio, P., Ruiz, M.E., Torres, A, Sanchos, F. & Navarro, L., (1999). PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR EN GRUPO EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION. Aplicación de una programa.
- Soria Trujado R., Montalvo Reyna J. & González Toletino M. (2004). ANALISIS SISTEMICO DE FAMILIAS CON HIJOS AOLEScentes DROGADICTOS. *Psicología y Ciencias Sociales*, año/vol. 6, número 002. pp. 3-12.

- Valverde Obando L.A. & Pochet Coronado J.F. (2003) DROGADICCION: HIJOS DE LA NEGACION. Revista de Ciencias Sociales, año/vol. I, número 099. pp.45-55.
- Vidal R. (1991). CONFLICTO PSIQUICO Y ESTRUCTURA FAMILIAR. Ciencia.

## 5.3 ANEXO

### 5.3.1 Entrevistas

*Dolso Marisol:*

- *¿Qué funciones cumplís dentro de la comunidad?*

Hace poquito yo empecé como Sub-directora y además de la sub-dirección formo parte del gabinete de donde es lo que es la asistencia que da cuneta de grupo de padres, grupos terapéuticos de manera de las fases, se hacen grupos de Fase A, Fase B, en este caso estoy haciendo grupos de Fase A que son pocos digamos son 5 o 6.

Otra actividad es los grupos de padres como te dije, los coloquios que son las terapias individuales y ahora estoy manejando un espacio dinámico.

Como sub-dirección aparte de ver cada caso en particular y trabajar con el equipo los casos, también un es responsable por el funcionamiento de la casa, pero lo más importante es el tema de la asistencia.

- *¿Tiene algún contacto con los familiares de los asistidos?*

Con las familias, si, con las familias el contacto que tenemos es necesario que vengan hacer los grupos de padres, es obligatorio si no lo hacen en esta institución lo pueden hacer en otra que le queda más cerca de los padres. Es la condición para que puedan venir a las visitas y ver a sus familiares.

Ahora se planeo que en los coloquios individuales de terapia, una vez al mes sea una sesión familiar, si empezar a trabajar con las familias desde que ingresan porque si no ocurría que llegaban al séptimo, octavo mes, no se ha trabajado con la familia a manera intensa que a lo mejor se puede trabajar en los grupos de padres, pero este grupo tiene actividades muy particulares de ellos que por ahí no están relacionadas con el hijo entonces la idea es trabajar desde el comienzo porque si no llegaba esa etapa en donde comienza la reinserción y nadie se hace

cargo. Entonces es importante trabajar con ellos y hacerlos activos del tratamiento.

- *Esto que me comentas sería el espacio especial que poseen los familiares dentro del tratamiento.*

Si exacto, una vez al mes en vez de hacer un coloquio una terapia individual con el psicólogo, se realiza una entrevista familiar. Obviamente con un objetivo que se plantean y se trabaja sobre eso.

- *¿Los familiares participan?*

Los familiares, en general hay de todo sí, pero la mayoría no. Si no se les dice que es por obligación que tiene que venir, no hay mucha participación a no ser que sean menores de edad que obviamente el vínculo es otro.

Pero en general se le dicen que tiene que venir, al igual que se los cita para hacer las entrevistas, para hacer estos encuentros que se llaman terapéuticos porque obviamente no hay una iniciativa. Es uno el que tiene que estar promocionando eso.

- *Consideras importante que las familias participen en el tratamiento.*

Si, es sumamente importante la participación. Porque, en general cuando se viene a internar a alguien es la idea del que está enfermo es el que se interna y que ellos son los sanos, los familiares son los sanos y que solamente digamos haciendo tratamiento el paciente el que viene a internarse es como que el resto está todo solucionado. Por ahí nada que ver es el núcleo familiar está enfermo y por ahí el hecho de que ellos tomen esa conciencia de enfermedad obviamente implica tiempo bastante largo.

Pero es sumamente importante porque acá están de paso si cuando estén afuera van a ser las familias las que los sostengan o no, sin el tratamiento; entonces si es importantísimo que participen.

Es una actividad en forma conjunta si, la familia por una parte hace su trabajo, nosotros por otra y obviamente el asistido por otra.

- *Y piensas que a parte del grupo de padres realizar un grupo multifamiliar.*

Bárbaro, si es una idea que teníamos porque en un principio acá en la comunidad pero muchos años se realizaban un grupo de hermanos y después se dejó de hacer por una cuestión de espacio físico, de personal se terminó por ese tema nada más pero la idea es implementarlo.

*Farah Candelaria:*

- *¿Qué funciones cumplís dentro de la comunidad?*

Yo estoy como operadora haciendo guardias de 12 horas y una vez por mes hago una de 24 horas, también estoy en la parte de terapia haciendo coloquios individuales que son las psicoterapias individuales y un grupo terapéutico ahora tengo un solo grupo y tengo 6 coloquios.

- *¿Tiene algún contacto con los familiares de los asistidos?*

Si, en la parte de terapia individual en los casos que vos vas llevando digamos los coloquios tenes yo lo que hago ahora me he estructurado un encuentro más allá de que hablas por teléfono todas las semanas y le vas dando más o menos alguna especie de parte de cómo va, yo tengo encuentros una vez por mes con los familiares en donde por ahí se trabajan algunas cosas con ellos también, si bien los encuentros son a demanda de los asistidos pero viste tenes que estar pinchándolos, a parte justamente para darle un poco de participación a las familias si ellos se lo toman al tratamiento es de mi hijo suponte y yo vengo a las visitas y nada más.

- *Ellos participan de los espacios que me contaste anteriormente.*

En principio tiene que ser muy cuidadoso. Los espacios que se ofrecen son los grupos de padres que se encargan Marisol y Vanesa, y después los encuentros familiares que son los espacios.

Pero es difícil viste hacerle caer la ficha de que ellos también son parte, entonces tenes que ir como muy despacito, contándole cómo va el tratamiento de él hasta ir generando y abriendo más espacios con la familia. Cuando vos entras a



cuestionar alguna cosas o a problematizar algunas cosas probablemente medio como no les gusta.

- *¿Realizas algo especial para que ellos participen?*

No, básicamente esto de los encuentros yo siempre, al menos cuando hago las internaciones siempre les digo que vaya llamando que es importante que hablen por teléfono todas las semanas para ver cómo van en el tratamiento, pero no es ir trabajando en estos encuentros en base a la situación del asistido por ahí cuando ya están en fase b, cuando ya están más avanzados en el tratamiento, cuando ya empiezan a tener las salidas a su casa ahí podes trabajar más con la familia ahí los incluís de otra forma porque ahí son ellos los que también tienen que tener pautas, tienen que mandarte ellos un informe de cómo vieron al asistido y como vos ya estas pensando que el asistido ya se está por ir tenes que empezar a trabajar más fuerte. En la primer parte del tratamiento es más complicado es mas el trabajo con el asistido vos lo incluís de alguna forma pero muy lento en la primer parte.

- *Consideras importante que las familias participen en el tratamiento.*

Sí, yo la considero fundamental sobre todo porque después los asistidos cuando salen se van a vivir a su casa, no van a vivir solos salvo situaciones que uno considere entonces vuelven a ese ambiente y vos tenes que tratar que mas allá de las cosas que ellos han logrado acá se los pueda sostener porque si no te tiran todo abajo, te boicotean todo entonces sí, sí. Si bien los cambios no van a la par yo siempre les digo a los asistidos los cambios que vos vas haciendo no van al mismo ritmo que los de afuera si se tratan sino no tiene sentido.

- *Y pensas que a parte del grupo de padres realizar un grupo multifamiliar.*

Uno como siempre busca el vínculo mas potable, más sano algunas veces no son los padres vos no los dejás afuera pero tratás de reforzar por ahí los vínculos que pueden ser más sanos. Después afuera harán algún tipo terapia familiar y demás pero viste que es complicado modificar toda una dinámica familiar, si vos moves por ahí el rol que tenía esta persona en la familia se mueven todos los otros y por eso también son tan resistentes; por eso yo lo que hago es buscar el vinculo

mas potable que haya, Como que le voy poniendo fichas a eso sin dejar afuera a los otros pero hay cosas afuera que vos sabes que no van a cambiar al menos no ya y el asistido necesita tener algo para agarrarse cuando salga.

*Riba Eugenia:*

- *¿Qué funciones cumplís dentro de la comunidad?*

Hago como operadora una guardia de 12 horas, después tengo 8 asistidos en coloquios terapia individual, un grupo de reinserción social y reunión de equipo.

- *¿Tiene algún contacto con los familiares de los asistidos?*

Si los contactos son, con los de hospital de día porque dos de los asistidos de hospital de día con internación de fin de semana son de Río Cuarto, entonces con los de hospital de día el contacto es dos o tres veces por semana por teléfono y cuando los vienen a buscar siempre a lo mejor alguna charla o algo que te consultan. O sea en hospital de día si se lleva más frecuentemente un contacto porque vamos ajustando algunas cosas acá y viendo si la familia también, y la familia, o sea cuando se da un hospital de día es porque hay una familia que sostiene esa modalidad entonces la familia de por si es más participativa en el tratamiento. Vienen los sábados al grupo de padres y lo encuentros son una vez al mes pero con estas familias se están haciendo hasta tres veces por mes porque tienen otra demanda, ellos participan desde otro lugar.

En cambio en internación, hay casos de familias que se las han citado y han venido a l mejor en ocho meses una vez. En donde después para una reinserción es como hay negativa de parte de la familia de volver hacerse cargo, en donde se deposita acá y se espera que después de acá se quede viviendo, entonces es una cuestión con estos casos en que no supuestamente se hace cargo y que hay que recordarles que han firmado un contrato.

- *En estos casos realizan algo especial, para que ellos participen.*

No, no. Se lo llama por teléfono se los cita y si no viene se continua con el tratamiento y no hay nada más, ninguna otra estrategia.

- *Consideras importante que las familias participen en el tratamiento.*

Si, se ve en estos casos que cuando hay apoyo de la familia, los temas familiares se abordan grupalmente y se cumplen un poco con esto de cambiar la forma de funcionar del adicto cambia el poder hablar las cosas y se cumple a nivel familiar. Cuando la familia no participa el tratamiento no llega a manifestarse a nivel familiar y queda solamente a nivel de los compañeros como no alcanzan a dimensionar que vendría a ser esto de hablar de las cosas, los vínculos entre los compañeros nunca son los mismos que los vínculos familiares, entonces el monto de emoción que tiene uno y otro son distintos los de hospital de día se dan cuenta de lo que genera poder hablar de la situación.

En cambio a los de internación y que las familias no vienen les queda en teoría, porque tendrían que hablar de cosas no la pueden llevar a la práctica, entonces el tratamiento queda en lo que es el sistema y eso pero el cambio interno no se llega a dar. Como que el mecanismo adictivo o la forma de procesar del adicto son como que queda.

- *Y piensas que a parte del grupo de padres realizar un grupo multifamiliar.*

Si, sería importante que haya grupo de apoyo o red social a parte, a lo mejor si tenés mucha carencia en el núcleo familiar podés hacer hincapié en la red social, en eso no hay espacio acá, o sea tenés el espacio de grupos de padres si podés trabajar individualmente con algún punto de apoyo pero no desde un lugar que brinde programa terapéutico para grupos de apoyos o grupos de padres que sea importante ellos podrían ir haciendo una reinserción social desde antes. Eso estaría bueno.

*Davicino Vanesa:*

- *¿Qué funciones cumplís dentro de la comunidad?*

La función que llevo a cabo en la institución es la coordinación de los procesos de admisión y de los dispositivos de hospital de día y tratamiento ambulatorio, estando a cargo de la subdirección institucional.

- *¿Tiene algún contacto con los familiares de los asistidos? Esto que me comentas sería el espacio especial que poseen los familiares dentro del tratamiento.*

En las diferentes modalidades que brinda la institución, las familias son incorporadas. Por lo cual los miembros de los diferentes dispositivos nos mantenemos permanentemente en contacto con los familiares; ya sea desde los llamados telefónicos con el fin de brindar información sobre el estado anímico de los chicos hasta quien dirige el grupo destinado a padres y/o los seminarios destinados a dar a conocer las normas y pautas por medio de las cuales se rigen las diferentes interacciones entre asistidos-familiares-equipo los días de visita. Estos serían los espacios destinados a los padres, los grupos terapéuticos y los seminarios, de frecuencia quincenal, de acuerdo a las demandas y las necesidades observables el equipo determina si se lleva a cabo seminario o grupo terapéutico. En el caso de que se lleve adelante el seminario, este suele tener la característica de ser extensivo a la totalidad de los familiares que tienen autorización para asistir a las visitas.

- *¿Los familiares participan?*

La participación de las familias y de los integrantes que componen una misma familia, es muy variable. Aparecen dudas, ansiedades, temores, expectativas que al ser abordadas favorecen el trabajo conjunto. Además, nos encontramos con cambios significativos a medida que pueden sentirse más afianzados en el acompañamiento necesario. Estos espacios destinados a las familias tienen como objetivo la toma de conciencia y la necesidad de cambio, ya que consideramos fundamental que las familias "aprendan" a reconocer situaciones de riesgo y poder poner en práctica estrategias y herramientas que beneficien la comunicación y acompañamiento necesario para mantener la sobriedad.

- *Consideras importante que las familias participen en el tratamiento. Y piensas que a parte del grupo de padres realizar un grupo multifamiliar.*

En ocasiones, te encuentras con dificultades propias de la clase de familias que llegan a consulta en las que las disfuncionalidades son visibles y a veces necesitamos adecuarnos e incorporar espacios, para poder optimizar la atención. La incorporación de grupos terapéuticos multifamiliares serían útiles a los fines de extender las posibilidades de contención que estos pacientes necesitan.

## 2.5 DSM IV R

### 2.5.1 Criterios Diagnóstico

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) una necesidad de cantidades marcadamente creciente de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuosos de controlar o interrumpir el curso de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o

exacerbados por el consumo de sustancia (p.ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una ulcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumple los puntos 1 y 2).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

o Remisión total temprana.

o Remisión parcial temprana.

o Remisión total sostenida.

o Remisión parcial sostenida.

2En terapéutica con agonistas.

1En entorno controlado.

4Leve/ moderado/grave.

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o mas) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancias
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

- C. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- D. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nerviosa central que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- E. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### Criterios para la abstinencia de sustancias

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo o prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo a un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.