

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

“EL TRATAMIENTO DE LAS FARMACODEPENDENCIAS EN UNA
COMUNIDAD TERAPEUTICA: LA LABOR DEL PSICOLOGO EN EL ÁREA DE
REHABILITACION Y CURA”.

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

HECTOR GONZALEZ IBARRA

ASESORES:

LIC. EDY AVILA RAMOS.

MTRA. GEORGINA EUGENIA BAZAN RIVERON.

LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
RESUMEN	3
<u>INTRODUCCIÓN</u>	4
<u>CAPITULO 1</u>	
HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.	10
1.1. Concepto de Comunidad.	16
1.2. La terapia institucional como necesidad.	19
1.3. Primeras aproximaciones a las Comunidades Terapéuticas.	23
1.4. El trabajo de Rehabilitación en la Fundación Ama la Vida (FAV) I.A.P. Comunidad Terapéutica para Farmacodependientes.	26
1.4.1. Contextos de la Comunidad Terapéutica Farmacodependientes y de la Comunidad Terapéutica.	26
1.4.2. La Comunidad terapéutica Farmacodependientes.	30
1.4.3. La Comunidad Terapéutica y las demás organizaciones comunitarias.	33
<u>CAPITULO 2</u>	
ORÍGENES DE LA FUNDACIÓN AMA LA VIDA I.A.P. (INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA)	36
2.1. Misión y Objetivos Institucionales.	37
2.2. Estado Actual.	39
2.3. Quehacer Institucional.	41
2.4. Estructura Organizacional.	42
2.5. El operador dentro de la Comunidad Terapéutica Farmacodependientes (CTF)	44
2.6. Descripción de actividades por área.	47
2.6.1 Recepción.	48

2.6.2. Rehabilitación y Cura.	52
2.6.3. Reinserción Social y Profesional.	53

CAPITULO 3

El Psicólogo en el área de Rehabilitación y Cura.	56
3.1. Fases del Proceso.	58
3.2. Programa de Tratamiento.	61

<u>CONCLUSIONES.</u>	69
-----------------------------	-----------

<u>BIBLIOGRAFÍA.</u>	83
-----------------------------	-----------

RESUMEN

En nuestro país el fenómeno de la farmacodependencia es considerado un problema de salud pública. Sin embargo las autoridades no han podido poner freno a esta situación (ni al tratamiento de las personas consumidoras de sustancias, ni al tráfico de las mismas) lo que complejiza: primero el entendimiento de lo que el fenómeno plantea y luego la intervención que debe realizarse.

Ante este panorama han surgido un sinnúmero de organizaciones dedicadas a trabajar con el fenómeno de la farmacodependencia del lado de las personas que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva. Muchas de ellas de corte médico que ponderan el tratamiento en los efectos bioquímicos que las sustancias tienen a nivel neuronal, en otros se utiliza la desintoxicación, igualmente de corte médico, argumentando que el efecto tóxico de las sustancias en el cuerpo, es el causante del consumo recurrente. También existen organizaciones que ponen en práctica tratamientos que proponen la intervención desde la organización de actividades cotidianas guiadas por un terapeuta especializado. Tal es el caso de la Comunidad Terapéutica para Farmacodependientes: Fundación Ama la Vida Institución de Asistencia Privada (I.A.P.)

Esta forma de aproximarse a la problemática propone una serie de estrategias de intervención, formas de entendimiento y planteamientos organizativos interesantes para revisar y considerar en la práctica profesional de los psicólogos. Surge entonces la inquietud por mostrar una cara diferente de un problema social bastante desdeñado en el ámbito académico, así como una aproximación a un tratamiento poco experimentado y que ofrece mucho al repertorio técnico y profesional de todo psicólogo, pues su responsabilidad en una Comunidad Terapéutica; consiste en coordinar al equipo que lleva a cabo el tratamiento, supervisar casos clínicos, organizar actividades coherentes entre sí, para formar parte de un programa terapéutico, actualizar expedientes, evaluar los procesos, sistematizar la información, la investigación y la implementación de estrategias de intervención comunitaria.

Bajo esa lógica, al trabajar en comunidad con toxicómanos, se logra comprender que los conocimientos cotidianos contribuyen en gran medida al trabajo diario, que las intervenciones terapéuticas no son siempre en un diván o en consulta, que se deben explotar las capacidades de cada paciente al servicio del grupo al que pertenece, que las personas viven procesos diferentes y que esos procesos no son de la institución, que las instituciones, si no son capaces de generar una visión autocrítica o tienen supervisión muy cercana, se convierten exactamente lo contrario para lo que fueron creadas.

INTRODUCCIÓN.

En el desarrollo de las diversas culturas han existido situaciones, fenómenos, personajes, enfermedades que han preocupado a la población y que se han intentado por diferentes medios solucionar. Para las enfermedades estaban los actos de hechicería, las sangrías, y otros métodos; algunos atroces y otros irrisorios. Para las personas con defectos físicos estaba el encierro, el circo, el castigo corporal. Para los problemas como la delincuencia, la ebriedad, el adulterio, y otros, el castigo corporal era el método por antonomasia utilizado. En su desarrollo las sociedades implementaron nuevas formas de control de estos fenómenos, que todavía representaban un problema para la paz social. Se inventaron las cárceles, los asilos, las clínicas médicas y también se desarrollaron disciplinas a las cuales se les encomendaba una función con respecto de éstos. Para los médicos las enfermedades del cuerpo, para los juristas, los desórdenes sociales (riñas, robos asesinatos, etc.) Para los psiquiatras, la locura. El cuerpo dejó de ser el instrumento de flagelo. Así como surgían nuevas enfermedades, nuevas ramas de la medicina surgieron con ellas, del mismo modo podemos hablar de los problemas sociales para los cuales la respuesta dejó de ser el encarcelamiento, pero en su equivalente estuvo el encierro en asilos donde grupos especializados proporcionaban el control deseado por la sociedad.

Los grandes movimientos sociales como las revoluciones pusieron en crisis además de la organización política de los países, también las concepciones de desviación, de enfermedad y otros conceptos que fueron desplazados y que generaron nuevas disciplinas que se encargaron de su estudio.

Con el advenimiento del psicoanálisis el concepto de enfermedad fue opuesto diametralmente al del discurso médico, pero continuaba el problema dentro del cuerpo de la gente. Las bastas teorías psicológicas emergentes contribuyeron al desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento de problemas que de alguna u otra forma no hallaban solución. Con el tiempo, el estudio y la contribución de otras

disciplinas, la mirada acerca de los problemas sociales, dejaron de ser asunto exclusivo, se entrelazaron diferentes disciplinas que dieron una nueva mirada y formas de solución a los problemas de índole social.

En nuestros días la psicología además de valerse con sus recursos para prevenir e intervenir, (por mencionar sólo algunos aspectos en los cuales tiene lugar la psicología) cuenta con el apoyo de otras disciplinas como la sociología, la antropología, la pedagogía, etc. Las oportunidades para investigar los fenómenos que inquietan a la humanidad han sido aprovechadas por las diferentes disciplinas, en lo tocante a la psicología, ésta ha desarrollado sus propias técnicas de intervención en problemas como la depresión, el abuso sexual, la violencia, el alcoholismo y la drogadicción entre otras, mismas que se han diseminado por todo el mundo.

En México, la psicología clínica ha tenido un gran desarrollo en atención a situaciones como las antes citadas. Por su parte la psicología social ha dado un gran aporte para dar soluciones de gran espectro a problemas que se consideraban del ámbito clínico. Así, problemas como el alcoholismo y la drogadicción exigieron del esfuerzo conjunto para intentar dar solución efectiva.

Lamentablemente en México el estado no ha dado suficiente impulso a la investigación en estas áreas a pesar de estar considerados como un problema de salud pública. En su lugar han proliferado acercamientos explicativos sobre la génesis y los efectos perversos del fármaco en el cuerpo de la gente, sin que esto represente formas eficaces de tratamiento de dichos problemas, desde luego la farmacología ha hecho grandes contribuciones, pero se ha signado como la depositaria del saber absoluto en la materia. De nuevo el problema se encuentra dentro del cuerpo de la gente y en este caso es la ingesta de un fármaco, de una droga.

Así como para la psiquiatría tradicional de mediados del siglo XX surgieron como contestataria la antipsiquiatría, las terapias institucionales, la socioterapia, la laborterapia y las comunidades terapéuticas, para las posiciones médicas hegemónicas han surgido alternativas de tratamiento como los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) nacidos en Estados Unidos, los grupos de autoayuda con cimientos (todos) en grupos de A.A. de los que se desprenden los grupos Drogadictos Anónimos (D.A), Narcóticos Anónimos(N.A) y otros tantos. Infortunadamente estos grupos no son en su mayoría manejados por profesionales, sino por consumidores rehabilitados o por lo menos abstinentes de consumir alcohol o drogas.

Al país han llegado infinidad de formas e investigaciones importadas para el tratamiento de estos problemas en las que la labor del psicólogo es inmanente, por sus capacidades de observación, manejo de situaciones críticas, su sentido de sistematización, etc. Y se ha visto obligado a perfeccionar las técnicas utilizadas en la terapia tanto individual como grupal. Aun así el tratamiento de estas situaciones se ve estrechamente ligada a la hegemonía médica con respecto de las investigaciones en farmacología, de las cuales se desprenden los tratamientos de desintoxicación, los conceptos de tolerancia, abstinencia, sobredosis, etc. que refuerzan la postura causal en la investigación, teorización y tratamiento del fenómeno, que en su mayoría es llamado una *enfermedad*. Visto de este modo el fenómeno pierde su valor social y a pesar de que las estadísticas reportadas por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) son alarmantes, pues cuando en el 98 la edad promedio en el inicio de consumo de drogas era de los 16 a los 18 años y preferentemente con marihuana, en el 2000 descendió dramáticamente, pues el rango de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína en cualquiera de sus modalidades (inhalada, inyectada, chupada, fumada, etc.) fue de los 12 a los 14 años de edad. Nótese aquí, el desplazamiento de la marihuana como principal droga consumida al menos en los inicios de su experimentación, es decir que en dos años la cocaína ganó de forma impresionante el terreno a otras drogas

como la marihuana, el PVC o activo entre otras, aun en los llamados niños de la calle a los que se les asocia con el consumo de Thinner, PVC o activo actualmente la cocaína y las metanfetaminas o mejor conocidas como “tachas” son asociadas a los fenómenos juveniles como los “raven” mientras que la marihuana se considera del consumo preferencial de generaciones anteriores a los 80's, el Thinner, PVC o activo se considera como una droga de grupos paupérrimos lo que quiere decir que el campo de los costos de producción, las formas de distribución y consumo de Drogas la oferta y la demanda, así como el aumento de cárteles; se mueve más rápido que cualquier forma explicativa y más aun resolutiva del fenómeno, al cual se inscriben cada vez más número de infantes, adolescentes y adultos; Mujeres y hombres. A pesar de ello y de que el fenómeno es considerado como una situación que nos atañe a todos, en México no existen métodos que signifiquen un cambio esencial del fenómeno, las comunidades se están acostumbrando cada vez más a ese personaje que circunda las calles “*totalmente pasado*” en el barrio, la vecindad, es totalmente permitido el tráfico y consumo de drogas y en colusión con las autoridades. Las campañas prohibitivas de portación, las que enfatizan el efecto nocivo en el cuerpo y las que ponen énfasis en el carácter culposo del consumo (como desintegración familiar, violencia, asesinatos, suicidios, etc.) han representado sólo una forma de reacomodo de la sociedad ante el crecimiento y complejidad desmesurada del fenómeno. Es decir que por un lado se convoca a toda la población a unir esfuerzos en contra de la venta y el consumo de drogas, a denunciar y a apoyar a las personas que estén inmersas en la problemática y por otro existen los súper especialistas a los que se les da la consigna de dar contención a un problema en su carácter “biopsicosocial”. Visto así el consumo de drogas o la dependencia de sustancias, es un isomorfismo en el cual se evidencia la dependencia de la sociedad ante los oligarcas de la ciencia farmacológica, juristas y otros profesionales y no profesionales dedicados a atender este tipo de problemática. No se contempla plenamente por parte del estado (insisto aun cuando el problema es considerado de salud pública) la posibilidad de realizar un trabajo comunitario que resulte en un cambio de las

representaciones que se tiene de droga, de dependencia, de adicto y de tratamiento. En su lugar las Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P) han tomado en cargo el fenómeno, algunas han sacado de éste grandes sumas de dinero, otras han reforzado en las personas el consumo como modo de vida y otras han intentado aproximarse de manera seria, ética y profesional al sufrimiento de las personas que padecen el problema de la drogadicción muy de cerca o en carne propia. Y que entre los profesionales a cargo en equipos transdisciplinarios están Psicólogos, Antropólogos, Trabajadores sociales, Enfermeras, Sociólogos, etc. Que juntos unen sus capacidades y conocimientos al servicio de personas necesitadas de auxilio profesional. En ese sentido el objetivo de general del presente trabajo es mostrar la forma de trabajar las farmacodependencias en una Comunidad Terapéutica y el papel que desempeña el Psicólogo en el área de Rehabilitación y Cura en la Fundación Ama la Vida I.A.P. Comunidad Terapéutica para Farmacodependientes. (C.T.F.)

Al respecto del modelo de tratamiento de las farmacodependencias de Comunidades Terapéuticas que se implementa en México, o al menos en el D.F. y del cual se hará mención en los capítulos posteriores, resulta de la adecuación de mismo modelo que comenzó a implementarse en Inglaterra y Francia después de la Segunda Guerra Mundial y que una vez madurado se extendió a Italia y otros países europeos. Se trata pues, de una exposición de lo que representa el trabajo con Farmacodependientes en una Comunidad Terapéutica. En el primer capítulo se esboza de manera breve la evolución de las Comunidades Terapéuticas, que antes de ser nombradas como tales reciben nombres diversos y sus aproximaciones al fenómeno resultan de la teorización de la interacción diaria con las personas, es así que las metodologías se fueron modificando hasta llegar a consolidarse como un método eficaz en el tratamiento de situaciones de sufrimiento. Importante es mencionar que estas aproximaciones tienen como cuna el psicoanálisis y las investigaciones hechas respecto al manejo de grupos.

El segundo capítulo hace referencia a los orígenes de la institución en cuestión, su misión y objetivos institucionales, su estructura organizativa, las funciones del

operador dentro de la institución y la descripción de las actividades que lleva a cabo cada una de las áreas de trabajo que comprenden a la Comunidad Terapéutica. El capítulo tercero recoge las funciones del psicólogo en el área de Rehabilitación y Cura.

Para finalizar el trabajo como 4 capítulo se expone las conclusiones a las que me ha llevado la experiencia vivida en este tipo de metodología y en esta institución en particular.

CAPITULO 1

Historia de las Comunidades Terapéuticas.

La historia de la psiquiatría está trazada por una serie de reformulaciones de la imagen que el hombre ha creado de sí mismo. Son reflejo de los ideales de conformidad y desviación, de salud-enfermedad y por supuesto y sin faltar ante todo de objetividad y subjetividad. Es necesario tener presente que la historia de las prácticas psiquiátricas es la historia de los modos, organizados colectivamente, del rechazo del alienado (considerado como poseído, perverso y monstruoso) El desarrollo de los modelos médicos, intenta reconocer y hacer reintegrativa las terapias psiquiátricas (sin dejar por eso de ser el loco en los momentos de gran crisis y fractura cultural, el prototipo ideológico de una libertad salvaje) Fenómeno, éste el que se observa en donde el peso de las estructuras y hasta de las instituciones engendra un agudo sentimiento de opresión. Dicho de otro modo la antipsiquiatría –si es menester llamarla así-- es la contestataria de un sistema asistencial completamente inadecuado que se correlaciona con criterios débiles acerca de lo que se entiende por trastorno mental¹.

De vital importancia es tener claro el concepto de institución –quizás valga decir antes y después— del surgimiento de las terapias institucionales, que fueron los cimientos de lo que más tarde se llamaría antipsiquiatría.

Foucault² define magistralmente a la institución-prisión; refiere que a través de todo el cuerpo social se han definido los procedimientos para repartir a los individuos, fijarlos y distribuirlos espacialmente, clasificarlos y obtener de ellos el máximo de tiempo y fuerzas, educar su cuerpo, codificar su comportamiento, mantenerlos en una sensibilidad sin lagunas y formar en torno de ellos todo un saber que se acumula y centraliza. De tal forma los equipos de trabajo se

¹ Basaglia, F. (1973) La mayoría marginada. Barcelona, Siglo XXI, p. 43

² Foucault M. (1977) Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión. México, Siglo XXI, p.233

empeñan en volver a los individuos dóciles y útiles, mediante una intervención precisa sobre su cuerpo. Al respecto Franco Basaglia³ comenta que quien entra a un manicomio, aunque ésta sea una institución hospitalaria, no es considerado como un enfermo, sino como un interno, que va a expiar alguna culpa, de la que no conoce ni las causas, ni la condena. En dichas instituciones también hay médicos, batas blancas, enfermos y enfermeras, como si se tratara de un hospital, aunque en realidad, funciona como un instituto de vigilancia donde la ideología médica –cimentada en el carácter hegemónico del paradigma positivista-- constituye una coartada para legitimar la violencia que ningún órgano puede controlar, ya que el mandato confiado al psiquiatra es total, en el sentido que el representa concretamente, la ciencia, la moral, y los valores de un grupo social del cual es su legítimo representante⁴.

A lo largo de los siglos, locos, criminales, prostitutas, ladrones, alcohólicos y extravagantes de todo tipo ha convivido en el mismo lugar donde las distintas facetas de anormalidad resultaban niveladas por un elemento en común --salirse de la norma, de los cánones— debido a la necesidad de aislar al anormal del contexto social. A todos éstos les hacía falta una institución que definiera y marcara los límites entre razón y locura, y en la cual se pudiera encerrar a quien rompiera con el orden público en cuanto a criterios de peligrosidad o escándalo. Al manicomio –una vez separado de la cárcel— aunque continuando con la misma función de tutela y defensa de la norma, se le adjudicó la capacidad de normalizar con sólo circunscribir al enfermo en los muros que marcaban diferencia y distanciamiento. Una vez ahí el asilo se convertía explícitamente en naturalismo, en la expresión máxima de la semiología y la nosografía en la razón clasificadora, sin faltar la ahistoricidad que da lugar a un cúmulo de historias sobre los enfermos mentales. Este lugar de “refugio” contradictoriamente era un lugar de placeres infinitos, regresivos, confucionistas, autoeróticos y penados

³ Basaglia, F. Op. Cit.

⁴ Whiteley, J. S. (1997) Origen de la Comunidad Terapéutica: Problemas y perspectivas. México, FONCA-CONACULTA

fuera de él, mientras que dentro, eran totalmente permisibles e incluso mantenidos toda vez que justificaban el status quo de los protagonistas (los locos y los guardianes de los locos) Pero además esta diferencia garantiza la existencia de una verdadera diferencia que conserva una distancia total entre ambos personajes, de tal modo que los segundos reeditan con todo rigor el estado de “enfermedad mental” fenómeno al cual se le conoce como facilitación demencial como una forma de protección de situaciones que no están dispuestos a soportar, ni mucho menos a comprender⁵

La terapia institucional, por su parte corresponde a esta ruptura dentro de la práctica psiquiátrica, de la teoría, de la asistencia Médico-psicológica, marcando una evolución en las técnicas y los cambios sociales, en la concepción de patología mental y en los consiguientes modos de atención. Dicha ruptura (como se decía anteriormente) está signada por transformaciones de los asilos en lugares especializados y sobre todo en las transformaciones mismas que se dieron en la relación establecida entre asistentes y asistidos; así como las transformaciones del marco de atenciones en instrumento⁶. Esto es, que la institución se convierte en el espacio, el lugar y el medio de una restauración de la comunicación y el intercambio. Todo esto reflejo de las modificaciones de desviación de salud / enfermedad, de objetividad y subjetividad⁷. En ese sentido por institución se deben entender, los acontecimientos de una experiencia que otorgan a ésta, dimensiones duraderas. En relación con tales dimensiones, otras experiencias adquirirán sentido y formarán una serie pensable o una historia. También entenderemos por instituciones, los acontecimientos que le confieren a

⁵ Basaglia, F. Op. Cit.

⁶ Lo que antes funcionaba como una estructura de encierro en el asilo, en la terapia institucional comenzó a utilizarse como medio de reparación del daño psíquico de las personas sometidas a un tratamiento institucional. Esto es, que las instalaciones tuvieron un fuerte influjo en los procesos terapéuticos determinando incluso el acogimiento que daba a las personas y el tiempo de estancia.

⁷ Chazaud, J. (1980) Introducción a la Terapia Institucional. Buenos Aires, Paidós, p. 13.

los individuos un sentido, no a título de supervivencia o de residuo, sino como integrante de una continuidad como exigencia de un porvenir⁸.

Daumezon y Koechlin⁹ acuñan el término “terapia institucional”, entendiendo a la institución como el conjunto de las formas o estructuras sociales funcionales y móviles, y cuya estabilidad garantiza relaciones humanas. De este modo hay cabida para la empresa sociopsicoterapéutica, que tiende a la reintegración de los excluidos al marco general del contrato social. Dicho de otra forma, se considera la Terapia Institucional como un sistema ocupado en modular el espacio y el tiempo de la estancia en el sentido de una transitividad interrelacional e interreaccional.

La Terapia Institucional parece tener sus orígenes en una convergencia de un conjunto de situaciones traumáticas que vinieron a romper con los marcos y prácticas establecidas. Posterior a la 2ª Guerra Mundial, Bion, Main y otros, para responder de forma masiva a las necesidades de tratamiento de las neurosis de guerra, utilizaron técnicas de grupo de las que se desprende el movimiento socioterapéutico utilizado en Francia tras momentos de desastre. Además los campos de exterminio Nazi, revelaron crudamente los límites psicotizantes de ciertos tipos de institución abierta o implícitamente totalitarios. Los psiquiatras en ejercicio durante la guerra observaron los cambios inesperados de la “patología mental” como reflejo de los acontecimientos de las organizaciones o desorganizaciones sociales. De este modo se evidenció cómo “cierta evolución de la cronicidad” representaba en rigor una nueva enfermedad como producto social¹⁰.

En ese sentido Bion, mayor del ejército británico, médico y terapeuta, trabajaba en el Hollymore Hospital en Birmingham, y tenía la tarea de recuperar a los soldados neurotizados y traumatizados por la guerra para hacerlos volver a las filas

⁸ Merleau-Ponty, M. (1970) La institución en la historia personal y pública. Madrid, Biblioteca Nueva, p. 7.

⁹ Daumezon, G. (1972) “Psicoterapia Institucional”, en Bernard, P. Manual del enfermero en psiquiatría. Barcelona, Toray-Masson.

¹⁰ Bion, W. (1974) Experiencias en grupos. Buenos Aires, Paidós,

en contra de los alemanes. Las características de estos soldados eran de desinterés en la recuperación personal, y de su cuerpo, que no seguían ninguna norma de vida cotidiana y que no podían ser catalogados en ninguna de las categorías de enfermedad existentes. De modo tal que comenzó por manifestar su posición, misma que no sería de terapeuta hasta que ellos no le dieran la oportunidad de hacerlo. Su finalidad era que los soldados asumieran el rol de pacientes, para que él pudiera asumir su rol de terapeuta. Fue así como intentó trabajar una modalidad de grupo que a su vez era experimental, dado que no se tenían los conocimientos al respecto, ni contaba con un equipo que juzgara la labor y tomara otras estrategias que convirtieran al hospital y lo orientaran hacia otro objetivo. Concretó al grupo y atendió a la dimensión grupal, no escindiéndolo en otros más pequeños o por más sensibles o por una posición menos neurótica. A pesar de las intenciones de Bion el experimento fracasó, quizás porque la disciplina militar no era lo más adecuado para construir el escenario del trabajo grupal.

Las circunstancias bélicas eran el contexto del trabajo de Bion donde nace su propuesta, pero la encomienda era la de convencer a los soldados a echarse encima las ametralladoras, sabiendo que sólo sobrevivirían uno entre diez. Además, convencerlos de pasar meses en las trincheras bajo la lluvia, el lodo, la sangre de los que morían, los gases y el llanto, lo que hacía de las trincheras “la nave de los locos” o un lager Nazi. Residía aquí la labor de reinsertar a los soldados al contexto que les había provocado su “locura”.

Los principios de Bion fueron retomados por Main, quien llegó al mismo hospital, tras la expulsión del primero. Main se introdujo en el análisis global de la situación, considerando al hospital como un conjunto de subsistemas integrados recíprocamente y al mismo tiempo parte de un sistema más elevado. Bion tuvo efectos positivos al nivel de reparto o en los estratos inferiores, sin embargo daba muchas molestias a niveles superiores. Main tomó en cuenta el contexto militar en el cual estaba inmerso el hospital¹¹

¹¹ Milanese, E. (1999) El tratamiento de las farmacodependencias: una propuesta de comunidad. México, Cejuv,

Este enlace entre los trabajos de Bion y Main, modificó el paradigma de las relaciones asistentes-asistidos¹² en la terapia, en donde se tenían como objetivo de la acción, las interconexiones entre los sistemas que componían las instituciones donde laboraron. Estos principios fueron aplicados a partir de 1945 y transformaron el trabajo de rehabilitación psicológica.

Como se puede ver nacía una cultura de diferencia, la que reside en el hecho de que Bion nunca pudo vivir la experiencia del grupo del lado de la desesperación y del sufrimiento, de la posición sujeta y forzosamente dependiente, sino más bien del lado de la fuerza y del poder que no deja en los otros más que la defensa de la delincuencia.

Es así, que se evidenciaba cómo algunas formas patológicas no tenían que ver con la medicina organicista o clásica, sino con formas de organización de grupos y de instituciones (en este caso dentro de un hospital en el cual la estructura jerárquica resulta antiterapéutica) en las que el manejo del grupo es una premisa indispensable para el manejo de las alteraciones psicológicas. Pues hasta ese momento no se había utilizado una estrategia de acercamiento a un grupo en la cual se discutiera directamente con los pacientes sobre diversos puntos, dando a todos los miembros del grupo la posibilidad de asumir una posición ante una situación a discutir, los ejércitos trataban de obtener los mismos resultados por medio de la creación de lazos afectivos, el uso masivo del alcohol y drogas, y si esto no era suficiente se utilizaba el fusilamiento y el terror relacionado con éste. Estos avances en la clínica grupal tuvieron un fuerte impacto de parte de los gestaltistas como Kurt Lewin con el trabajo de y con grupos.

Hay dos aspectos más que vale resaltar y que marcan de manera crucial el trabajo con grupos: el primero es que la guerra franco-prusiana de 1870 y la Primera Guerra Mundial modificaron de manera dramática el escenario de las batallas introduciendo armas diferentes y más poderosas, y la segunda es que se introdujeron también los asaltos y las matanzas en masa. Este fenómeno

¹² Se modifica el paradigma de la relación sujeto-objeto donde el asistido deja de ser receptor pasivo de los saberes y poderes que la comunidad científica deposita en el especialista

que nos pone a la vista de forma peculiar la guerra, se vincula con el nacimiento de las comunidades como forma de organización social. Parece que el nacimiento de las comunidades –al margen de la terapéuticidad a la que trato de hacer alusión— está relacionado con el fenómeno de las ciudades, entendidas como formas organizadas de aglomeración de masas, de personas y de convivencia de diversidades. También su nacimiento se puede atribuir a la resistencia contra el cambio de una organización de tipo oligárquico a una de tipo democrático y de una organización de pequeñas dimensiones a una de dimensiones mayúsculas y complejas: etnias diferentes, grupos sociales, niveles de poder diferentes, de riqueza, de cultura, de competencia productiva, etc. Entonces la comunidad se sitúa como una forma de mediación entre lo individual y lo social y viceversa. Se puede pensar que cada vez que existe alguna forma de conflicto entre dimensiones individuales y sociales que no pueden ser resueltas por una relación directa entre las formas de lo social y lo individual, o por medio de sus recursos, existirá la tendencia de producir formas de organización social que tendrán como finalidad la creación de un espacio de mediación de conflictos, no necesariamente de resolución de éstos.¹³

1.1. Concepto de Comunidad.

Es necesario aclarar el concepto de comunidad al que se está haciendo referencia, veremos que el mismo concepto cambia entre disciplinas. Por ejemplo el sociólogo alemán Tonnies (1996) refiere que por un lado las relaciones humanas en las comunidades, se basan en la solidaridad, en el consenso, en la condisión de los objetivos, de una voluntad común, de actitudes y de comportamientos, de propiedades y de bienes. Se podría pensar que estos elementos o características presentadas pertenecen a grupos

¹³ Efrem Milanese, (1997) Per una storia delle comunità terapeutiche-comunità di vita: sviluppo, organizzazione, processi operativi, valutazione. Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione. Corso di perfezionamento “Dipendenze Patologiche” Settembre. pag 27.

primarios en el sentido de bondad, no destructivo, etc. A esto se le agrega otra característica no explícita: la de naturalidad. Es como si este tipo de organización fuera (por así decirlo) instintual, es decir que fuera transmitido con el nacimiento en una especie de código genético y además de esto lo instintual fuera intrínsecamente bueno. Y por el otro tenemos que las comunidades se organizan por el individualismo, por intercambios contractuales, de mercados, de servicios, de intereses individuales y privados. Es entonces una organización basada en lo racional (no en el acuerdo natural) en la relación de intereses individuales (no grupales) privados (no comunes) Se trata de dos tipologías diferentes en apariencia contrapuestas, sin embargo en las comunidades se dan elementos de solidaridad, igual que de individualismo. Estos dos modelos explicativos no son contrapuestos, han sido contrapuestos para su estudio, aun así la concepción tiene implicaciones directas teóricas y prácticas para el trabajo en y de comunidad.

Desde otro enfoque, el de la antropología, a las comunidades se les considera como formas primarias de organización tendientes a surgir fuera del ámbito ciudadano. Esta concepción se relaciona más con la marginalidad de los grupos étnicos, tribus, hordas, etc. con su folklore y básicamente con un bagaje cultural muy peculiar, en las que la organización se basa en la calidad de identificación con el líder de la comunidad. En tal sentido la labor de la antropología es meramente descriptiva; describe la relación de los elementos de diversas culturas con procesos sociales en macro.

Franco¹⁴ (1992) define a las comunidades como una población que tiene raíces en el mismo lugar con una vida cotidiana interdependiente y que desarrolla muchas actividades que responden a necesidades económicas y sociales comunes. Sin embargo esta definición puede incluir otros tipos de asociaciones como a las burocracias, o los grupos de voluntarios, centros de producción etc.

¹⁴ Franco Pellatier .V .M (1996) Grupo domestico y reproducción social: Parentesco, economía e ideología en una comunidad otomí del Valle del Mezquital. Colección Miguel Otón de Mendizábal. CIESAS. p, 12.

En un sentido más preciso de lo que quiero dar a entender por comunidad, una cita de Ammerio puede ayudar:

“En términos generales, la idea de comunidad, es la de una entidad social global, en la cual los lazos entre los miembros son estrechos, el sentido de pertenencia es fuerte y enraizado en tradiciones profundas, también gracias a este aspecto ésta se presenta como algo supraindividual que se impone al individuo por medio de la fuerza de su trascendencia de orden sea ético o político. De hecho la comunidad (...) en esta tradición es depositaria de un bien común que no solamente trasciende el individual sino que es garantía y tutela de todos.”¹⁵

Se trata entonces de una situación de convivencia en donde convivir es una de las dimensiones que gobiernan en la comunidad de la que hablo; así, el cómo se realice el gobierno de una comunidad hará mantener la relación entre lo patológico y lo terapéutico, orientado hacia la prevalencia de la salud y el bienestar.

Convivencia según Koning¹⁶, significa mantener un nivel profundo de conocimiento entre las personas. Sin embargo la profundidad del conocimiento recíproco entre las personas es uno de los resultados que la comunidad tiene que favorecer, no necesariamente una de sus premisas. La dimensión no es un hecho numérico en tanto que una necesidad de los grupos es que sus miembros se puedan ver (es por eso que las reuniones en una comunidad terapéutica son hechas en círculo, pues esto reconstruye este aspecto fundante, el de verse todos a la cara manteniendo todos un contacto directo.) Por ejemplo, la basilea del siglo II después de Cristo (considerada entonces ya como comunidad) estaba conformada por miles de personas y su organización interna favorecía el proceso de reconocimiento de todos entre todos.

Otro elemento que caracteriza a las comunidades de las que hablo, es la estabilidad de las relaciones entre sus miembros. Dicho de mejor forma se

¹⁵ Ammerio, P. (1996) La evolución del concepto de comunidad en la cultura occidental. Bologna, Mulino, p. 19-40.

¹⁶ Koning, R. (1995) Sociología. Buenos Aires, Paidós.

caracteriza por que el gobierno es estable y garantiza la estabilidad de las relaciones entre sus miembros, lo que desemboca en la generación de un alto sentido de pertenencia. Así, una comunidad terapéutica con los elementos mencionados: convivencia, relación cara o proximidad y pertenencia toma sentido a partir de la vida cotidiana y en ese sentido puede ser considerada dentro las organizaciones sociales, como la forma más cercana a una organización “natural” (evidentemente no lo es) y es por eso que entran en juego todas las formas de representación posibles de este escenario, lo que desde mi punto de vista enriquece la experiencia¹⁷.

1.2. La Terapia Institucional como necesidad.

Ya ha sido enunciado que la terapia institucional está en ruptura con el asilo, en el contexto de una evolución social que ella refleja.

No olvidemos que las instituciones son mortales y que antes de morir albergan en sí mucho tiempo a la muerte para sobrevivir. Pero también gérmenes de vida que serán desarrollados por su descendencia en la que ya no se reconocerán. Así pues vemos que los promotores del asilo (sin dudar de sus buenas intenciones) encallaron en la ambigüedad de sus formas de asistencia o de protección (segregación) social; en la que el refugio lleva la misma dirección que el proceso “regresivo de la enfermedad” (huida o pérdida de la realidad)¹⁸

El mayor vicio del asilo consiste en su carácter totalitario cerrado en sí mismo y autoreproductivo en donde se juega a menudo la alineación, regido por un paternalismo idealizado (buen enfermo / buen asilo)

La terapia institucional no rechaza la idea de adaptación o readaptación, denuncia la alta tendencia a volverse asilaria; por tal motivo al individuo se le podrá considerar como readaptado, cuando pueda romper con la institución, en la que a lo sumo, haya aprendido o reaprendido a vivir su vida y no la de la

¹⁷ Manoukian, F. O. (1997) La comunita come organizzazione riabilitativa: Lavorare tra i dilemmi. In Atti del Convegno Interventi di Comunità, Università Del Sacro Coure, Milano. P. 49

¹⁸ Freud, S. (1968) De la técnica psicoanalítica. Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva.

institución; recordemos que se trata de la antítesis de un sistema totalitario y alienante que se encarga del control de los pensamientos y los cuerpos de los individuos. Contrario a esto el asilo y el hospital psiquiátrico se ven reforzados por una objetivación estrechamente médica de la percepción de la “alteración mental” en donde el proceso de alineación genera para el individuo y para las posibilidades de actuar como tal, la sublevación y/o la evasión que en el totalitarismo de la institución es pretexto para una concepción segregativa de la “locura” y en la que el cuerpo asistencial tiene como respuesta la disimulación. Así, surgen máximas populares como: “*A los locos no hay que contrariarlos*”. En éste, donde conviven asistentes y asistidos, impera la carencia de iniciativa e interés y en su lugar se instalan docilidad y apatía. De modo tal que el paciente en esa lógica debe doblegarse contra su integridad y sufre ceremonias de admisión (despojo) contaminación física, ubicación (aislamiento), etc.

Cierto es que el aislamiento es útil cuando existen periodos de angustia elevados, pudiendo en éste contenerla y evitar objetivamente un peligro para ellos mismos, pero no deja de ser una experiencia sumamente evocadora. De manera tal que dicho totalitarismo trae consigo disconformidades hacia los reglamentos de la institución y oposición hacia los mismos, a estos actos se le ve y trata las más de las veces como síntomas¹⁹.

Sivadon en 1952²⁰ menciona que en el caso de los sujetos cuyas funciones adaptativas se han alterado, se imponen condiciones de vida propicias al anquilosamiento de su sociabilidad o a la exasperación de su agresividad estérilmente. En el caso de los enfermos que poseen una estructura de personalidad frágil, se acuerda un modo de existencia que parece expresamente preparado para oponerse a todo esfuerzo de personalización y se les mantiene en una situación de dependencia e irresponsabilidad. Se les arrebató todo atributo elemental de personalidad: ropa, función social, objetos personales, en mujeres hasta su apellido de casadas. Nada es más generador de protesta y oposiciones y de ideas de evasión que las medidas administrativas y las inútiles

¹⁹ Chazaud, J. 1980. Op. Cit.

²⁰ Anales Médico-Psicológicos. T II, No-3 1952.

compulsiones que con mucha frecuencia acompañan a la admisión de un enfermo y al tratamiento ulterior.

A su vez hablaba de la desaparición del asilo a favor de la multiplicidad de pequeñas comunidades terapéuticas con objetivos y encomiendas precisas. Ya desde entonces adecuaba el equipamiento del hospital para hacerlo rendir al máximo y ponía en práctica la política contractual propia de las comunidades terapéuticas modernas.

Concluye Sivadon insistiendo en buscar la personalización del sujeto, su participación en un grado de responsabilidad tan alto como sea posible dentro de un grupo, favoreciendo el aprendizaje y apego al trabajo y colaboración directa de una tarea común.

Por su parte Racamier en 1997 escribe sobre la sociopatología hospitalaria en la que observa a los pacientes en hospitales psiquiátricos sometidos a una carencia total afectiva y social. Narra un ambiente desértico en el cual las condiciones orientan hacia la despersonalización y cristalización de la psicosis, misma que en condiciones tales se perfecciona

La terapia institucional propone un número mínimo de hipótesis. Una vez dadas ciertas posibilidades de expresión y acción se pueden deslindar “los restos sanos” de cada persona y desarrollarlos gracias a la dinámica de la asociación y sus efectos socioculturales. Lo que se considera como evoluciones deficitarias y cronicidad, se conciben aquí como el resultado de una carencia de relación que confirma el rechazo psicótico de lo real. A este rechazo hay que concebirlo antes que como enfermedad, como una alteración de la comunicación. En ese sentido Laing²¹ hablaba de darle sentido a las ocurrencias del lenguaje esquizofrénico a partir de un recurso que llamó “inteligibilidad” y que no correspondía a los modelos de comunicación que se estudiaban entre los pacientes esquizofrénicos y sus familias, donde se trataba de entender lo que el paciente quería decir a la

²¹ Laing, R. D. (1970) Cordura, locura y familia. Madrid, Alianza Editorial. P. 22

familia y que algunos equipos norteamericanos se empeñaban en encontrar alguna explicación. A esto se le conocía como praxis²².

Otro concepto que sirvió para entender las perturbaciones en la comunicación fue el de doble vínculo (*double bind*) trabajado por Bateson²³. Se refiere a una comunicación efectivamente perturbada detectable en casos de familias patogénicas en los que un miembro de ésta se halla sometido a dos vínculos contrapuestos o a dos mensajes contradictorios: por ejemplo “*si no haces lo que te pido, te castigo*” y otro de carácter más sutil: “*el castigo es insignificante, no dudes de mi cariño*” Estas acciones de la familia doble vínculo se elevan de forma insostenible, es el momento en que la psiquiatría tradicional etiqueta al chivo expiatorio familiar como esquizofrénico para después inaugurar su larga carrera como enfermo mental.

Por otra parte y continuando con la labor de la terapia institucional, si se considera la restauración de un determinado marco espacio/temporal lo bastante claro y permanente como para hacer las veces de hito, se puede analizar el tipo de realización o de fracaso de las actividades que se llevan a cabo dentro de aquel²⁴

Queda entendido que al situar a cada paciente en una red de transacciones, cooperación, decisiones y comunicaciones, la institución le confiere un potencial terapéutico comunitario con el que se asiste al cooperar con el grupo de que se es partícipe. Hay en ello adición de energías y condiciones de (re) aprendizaje de la sociabilidad, de la confrontación y de la iniciativa.

²² Concepto que Laing extrajo de la filosofía sartirana para proponer su recurso de la inteligibilidad después de participar en un trabajo que se tituló Razón y Violencia: Una década de pensamiento Sartriano. Buenos Aires, Paidós 1969

²³ Bateson, G. (1961) Teoría e investigación de la esquizofrenia. Revista de psiquiatría. Vol.1, Pp. 251-264

²⁴ Daumazon, G.; en Bernard, P. (1972), Op. Cit.

1.3. Primeras aproximaciones a las comunidades terapéuticas.

La utilización de la red de relaciones en la terapia institucional supone otro modo de intercambio personal. La persona asistida desempeña en estos intercambios un papel activo de individuo. En las que el fin por alcanzar consistirá en multiplicar las actividades y lugares de intercambio y sobre todo organizarlos para terminar al fin de cuentas en un dominio terapéutico de la institución y de la actividad de sus miembros. No es posible separar de estas actividades el marco de vida dentro del cual se desenvuelven los individuos y que puede ser muy útil a la terapia institucional. Las condiciones de vida de un paciente tiene gran importancia y se les debe adecuar con la preocupación de una carga terapéutica permanente por parte del medio: organización de comidas, de cuidados corporales, atravesados por horarios que jalonen un tiempo terapéutico pleno. El marco arquitectónico y el mobiliario revisten de manera particularmente importante la labor porque favorecen como tal las relaciones en todos los momentos del día²⁵

Es evidente que la apertura de la institución hacia el medio constituye un elemento esencial de la terapia. El recibimiento de visitas, los permisos y la vinculación tras la salida por medio de las redes poseen un valor terapéutico. A esto se le llama también socioterapia. La organización de las mencionadas actividades está a cargo ya sea de los grupos de pacientes a quienes conciernen por ejemplo el trabajo, las actividades deportivas, etc., o bien de las reuniones de pacientes. En todos los casos las decisiones se toman en el curso de las discusiones entre el equipo asistencial y pacientes, con miras a integrarlas en el programa general de tratamiento.

En otro momento el propio Daumezon menciona que aun cuando el hospital era mucho más abierto, las acciones que provocaban interés y eran útiles habían llegado a su caducidad, pues la terapia institucional en muchos lugares había sufrido la perversión de la administración, lo cual no la da por perdida, sino que

²⁵ Bernard, P. (1977) Manual del A.T.S. psiquiátrico. Barcelona, Toray-Masson

plantea nuevas contradicciones que la tornarán más viva. Vale recordar que el tratamiento institucional posee un valor terapéutico sobre muchos otros aspectos que eran considerados como crónicos o agudos y que desembocaban en recaídas cíclicas y fatales.

Cada problemática que enfrenten las instituciones, deberá conducir a superar todo tipo de achaque hospitalocentrista. Entonces habrá que continuar la terapia en la comunidad por la comunidad. Generar centros comunitarios (que propongan diversas modalidades de tratamiento: residencial, diurno, parcial, de fin de semana, etc.) que serán lugares apropiados para continuar la empresa.

Main²⁶ definía la comunidad terapéutica como un ensayo para utilizar al hospital no como una organización conducida por médicos que quieren realizarse lo mejor posible según un punto de vista técnico, sino como una comunidad que tiene como finalidad inmediata la plena participación a la vida cotidiana de todos sus miembros, mientras que el objetivo final es la reintegración del individuo en la vida social²⁷.

Esta definición de comunidad terapéutica plantea:

1. La necesidad vital de un tejido de relaciones que tengan como regla de base la reciprocidad entre las personas. Terapeutas y pacientes están recíprocamente relacionados por objetivos comunes con los cuales tiene que cumplir para que el sistema funcione.
2. La visión (sistémica) del conjunto. Que se traduce en la práctica por la construcción de una forma organizativa que permita que todos los sistemas sean involucrados en el conocimiento del fenómeno y en la búsqueda de soluciones.

²⁶ Main, T.F. (1994) La Comunità Terapéutica ed Saggi Psicoanalitici. Pensiero Científico Roma. p. 132.

²⁷ Goffman, E. (1973) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu.

3. Este deriva del primero en donde todos los sistemas participan en una cultura de investigación que Main creó y promovió para curarse a sí mismos con el fin de capacitarse para lograr sus objetivos terapéuticos. Esto quiere decir que se tiene como objeto de estudio el material inconsciente haciéndolo surgir en la vida cotidiana, dándole sentido, favoreciendo la reinserción social de las personas y el bienestar de todos los elementos del sistema: individuos, grupos, subsistemas, etc.
4. Identificar en el grupo, el sujeto y el instrumento principal del trabajo terapéutico en integrar estrategias y técnicas de manejo de grupo que favorezcan no solamente a la elaboración de los contenidos psíquicos de las relaciones objetales, sino también la producción de formas de organización de la comunidad. Considerar la vida cotidiana como el escenario central en el cual se dan las relaciones que favorecen por un lado la experiencia de la regresión y por otro la producción del material de elaboración y de análisis en grupos terapéuticos.
5. Identificar la participación en la vida cotidiana como uno de los indicadores de desarrollo del proceso de cura, teniendo claro que la reinserción en la sociedad es el elemento que permitía evaluar a todo el proceso y al mismo tiempo el objetivo de todo el trabajo.
6. Que el grupo terapéutico sólo es tal si se superan las barreras o las escisiones entre el cuerpo asistencial y la población pacientes o personas en tratamiento o en otros términos la escisión entre actividad (por parte de los terapeutas) y pasividad (por parte de los pacientes) entre autonomía y dependencia. Esto significa que se hayan eliminado las diferencias que obturan los procesos.

En una comunidad terapéutica, se reconoce la capacidad y necesidad de las personas en tratamiento de vivir una vida cotidiana y que la “enfermedad” (por

así nombrarla) no siempre es invalidante. Las enfermeras gestionan la vida cotidiana, pero los pacientes están organizados en grupos pequeños que eligen a un representante, mismo que participa en las reuniones con el cuerpo asistencial.

Al darle la gestión a una enfermera y no a un médico especialista, el primero se vio obligado a incluir entre sus competencias; habilidades y actitudes que lo ponían en condición de ayudar a la comunidad y a todos sus miembros a desarrollar las actividades y mantener un papel de autoridad y acompañamiento.

Una Comunidad Terapéutica, es entonces una organización en la cual todos son recursos, organizados en grupos definidos por las actividades que todos realizan siguiendo una pauta en común, lo que conserva su identidad, no se confunden ni se difuminan.

1.4. El trabajo de rehabilitación en la Fundación Ama la Vida (FAV)²⁸ I.A.P. Comunidad Terapéutica Farmacodependientes.

1.4.1. Contextos de la Comunidad Terapéutica Farmacodependientes y de la Comunidad Terapéutica.

Las Comunidades Terapéuticas Farmacodependientes, Terapéutica, Real y Real Local, constituyen entidades / sistemas²⁹ relacionados entre sí. Estas relaciones se hacen explícitas de la siguiente manera:

²⁸ Fundación “Ama la Vida I.A.P. Institución de Asistencia Privada especializada en el tratamiento a personas Farmacodependientes y sus familiares.

²⁹ Un sistema toma su identidad a partir de los elementos que lo constituyen; las relaciones entre éstos, y el todo que vienen a constituir relacionándose entre sí y con el contexto (es decir, entre las relaciones compatibles con el sistema y las que no lo son o no se pueden considerar tales); la capacidad de producir relaciones orientadas a un fin significantes y sin trabas. Por ello los vínculos que se establecen implican. Por un lado su conformación misma y por el otro el contexto en el cual su conformación se hace explícita. Es decir que un sistema humano por ejemplo, se preocupa, o debería hacerlo, de sí mismo y de los demás sistemas, en la medida en la cual su

La CTF (Comunidad terapéutica Farmacodependientes) constituye una modalidad específica de organización y trabajo que toma su significado de la CT (Comunidad Terapéutica) de la cual es una expresión particular y parcial. La CTF se constituye a través de una cierta selección de rasgos de la persona que, en este mismo proceso, se transforma en paciente. Esta selección se hace en función de competencias reales o supuestas, que algunas personas (profesionales o no profesionales) consideran poseer en un momento dado. Las discusiones que se escuchan (y en las cuales participamos las personas dedicadas a trabajar con el fenómeno) a saber si la farmacodependencia es un malestar social, psicológico, físico, ético/moral, económico, etc., revelan los procesos y los conflictos ligados a la autoatribución de competencias y por ende de poder que realizan personas en nombre propio y de su grupo de pertenencia. Médicos, Sociólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Juristas, Sacerdotes o figuras carismáticas de diferentes tipos, Economistas, Políticos, etc. La CTF se sitúa en consecuencia en este proceso y en este conflicto en el que está en juego la parcelación de la persona. Esto constituye para ella una de sus ambigüedades fundamentales, de la cual tiene que mitigar sus efectos mediante una intensa y constante labor de integración, conexión y coordinación con otras organizaciones parciales de tratamiento de situaciones malestar (Por ejemplo las organizaciones que asumen el tratamiento de personas con Handicap psíquico (CTP) o con problemas de aprendizaje (CTA))

Esta manera de plantear la definición de la CTF, permite hacer explícito como éste se articula a partir de dos procesos de base que aquí se detallan en la medida en la cual constituyen también algunos de los procesos de base del tratamiento. Hablamos de los procesos de **proyección** e **identificación**.

En la situación presente, ambos procesos, se dan a partir de relaciones y/u objetos parciales (por ejemplo, la parte o modalidad de relación dependiente y pasiva del otro) La declinación de estas dos modalidades defensivas que

existencia está garantizada por la permeabilidad de sus fronteras. Esta permeabilidad es tal, sólo cuando las fronteras de los demás sistemas son también permeables. Una función esencial de un sistema es la de garantizar la permeabilidad de sus fronteras.

favorecen al mismo tiempo las modalidades relacionales fundamentales sin las cuales no existiría comunicación con el otro, dan vida a un espacio de relaciones que caracteriza el espacio relacional en una CTF. Este espacio nos permite reconocer el significado de las relaciones que se dan en el interior del dispositivo terapéutico. Estas serían: 1) de identificación (ID); 2) de proyección (PR); 3) de identificación proyectiva (IDPR); 4) de proyección identificatoria (PRID)

Como se puede ver es la declinación de las modalidades relacionales/defensivas de base, lo que define el espacio terapéutico. Esto puede ir de un lado a otro. Por lo general no se puede dar proyección sin identificación y viceversa, lo cual no dice que las defensas constituyen también al sistema. Por esta razón terapia o tratamiento pueden ser el conjunto de estrategias que tienen por finalidad la reelaboración del sistema de defensas de una persona a un grupo (familia, pandilla, farmacodependientes, etc.)

Por lo que toca a la proyección y a la identificación el tratar de negar una o la otra conduce a modalidades defensivas de tipo destructivo (es decir en la que el otro está presente pero con signo negativo) En la identificación proyectiva el individuo ve en el otro algo que en realidad le pertenece, con la finalidad de no reconocerlo, sino de destruirlo y anularlo. De esta manera procede una modalidad como si destruyendo en el otro lo que destruiría en sí mismo. En este *hacer como sí...* la parte que está en el individuo está completamente negada. Aparece la que el individuo piensa que se encuentra en el otro. En el proceso de proyección identificatoria (PRID) el individuo percibe en sí mismo algo que en realidad le pertenece al otro. Anulando y negando este objeto o relación parcial en sí mismo el individuo "piensa" que lo ha negado y anulado en el otro. Si en el primer caso es identidad lo que se niega, en el segundo caso es la alteridad. Los dos paradigmas que mejor representan estas modalidades defensivas extremas son el de chivo emisario (IDPR) por un lado y la de salvador (PRID) por el otro. Salvador y víctima (chivo emisario) pueden coincidir en la misma persona. Los rituales religiosos basados en el sacrificio y la víctima emisaria esquematizan

esta relación de mejor manera (el paradigma del salvador es el complemento del paradigma de la víctima emisaria y su perfeccionamiento)³⁰

A partir de estas reflexiones podemos decir que la CTF constituye un espacio de identificaciones y proyecciones que pueden tornarse en proyecciones identificatorias e identificaciones proyectivas, y que es a través de ese proceso que se constituye el espacio psíquico de una CTF. De manera tal la labor terapéutica tiene como objetivo hacer explícito el sentido de las relaciones que se dan (en particular el sentido parcial de éstas) con la advertencia de que ese sentido conserva una fuerza que lo empuja hacia una relación total o hacia la realización de una IDPR o de una PRID.

Entonces al Hablar de conexión, coordinación, integración se habla de procesos terapéuticos, del mantenimiento de este espacio entre posiciones totalizantes; espacio que favorece en medidas y modalidades diferentes la presencia de la alteridad.

Ahora bien, la CT es una organización de la CRL que en su momento será capaz de emplear sus recursos con fines de reorganización de sus procesos de transformación y organización Psicosocial, para construir situaciones o procesos de “cura” para los individuos y grupos miembros de la CRL misma³¹.

Este planteamiento tiene implicaciones particularmente significativas desde el punto de vista teórico y metodológico.

Desde el punto de vista teórico no es pensable una CTF fuera de los demás recursos de una CT y ésta, fuera de una CRL. Es decir que es impensable poder implantar una experiencia terapéutica sin tener en cuenta la situación real que caracteriza una comunidad dada en un tiempo dado. Esto pone una reflexión

³⁰ Milanese, E. (2001) Grupos: Seminario, México D. F.

³¹ La CT de FAV se ocupa de operar en la red social para promover procesos indispensables que dan forma a una organización de la CRL como CT. Esto significa que mediante el constante diálogo con las organizaciones parciales de “cura” intenta no coludir en la formación de procesos de dependencia, sino al interactuar con diversas agencias educativas, deportivas, artísticas, etc. Intenta generar procesos de complejización en oposición a la tendencia de la excesiva simplificación. Lo cual no quiere decir que desde el punto de vista táctico no se adopten procesos de simplificación.

importante sobre la aplicación de los modelos importados de otra CRL u otro CR o sobre el imaginar la rehabilitación como alejamiento de su propia CRL³². Esto tiene implicaciones sobre lo que será considerado como éxito en el proceso terapéutico³³.

Es impensable un programa de rehabilitación que se aboque sólo al problema de las dependencias a sustancias sin tomar en cuenta a sí mismo las relaciones de la persona y del contexto familiar en la CRL y le CR.

Estas reflexiones a las que me limito por el momento, permiten producir una representación gráfica de la ubicación de la CT de FAV primero en el contexto de los sistemas terapéuticos después en el contexto de sistemas de mayor complejidad y en tercer lugar en la CRL y en CR. De esta manera se delimita el contexto operativo de prevención primaria, rehabilitación y reinserción.

1.4.2. La Comunidad Terapéutica Farmacodependientes,

La CTF por sí misma es una organización caracterizada por un mínimo de complejización y un máximo de simplificación, como se ve en el diagrama 1



Diagrama 1: CTF Comunidad Terapéutica Farmacodependientes.

Esta representación es didáctica sin embargo en la realidad no existe. La CTF en efecto existe como un sistema de relaciones interiores/exteriores y no como

³² No se trata de una aposición ideológica de rechazo a experiencias culturalmente distintas. Se intenta subrayar la necesidad de realizar procesos de apropiación por parte de la CRL que no favorezcan posiciones dependientes, sino de elaboración y participación activamente autónoma.

³³ No se puede llamar éxito al hecho de que una persona esté desarraigada de su CRL o su CR. Esto nos permite guardarnos de algunas aporías en las que nos metemos y metemos a la gente que nos sigue. Una de ellas es la de fijarse un modelo o perfil teórico y considerar éxito todo lo que se reproduce de la manera más fiel posible. Otra es creer que la cura está dada cuando el programa de tratamiento terminó. Esto es fundamental para no crear ilusiones ni en los

un sistema de relaciones interiores exclusivamente. Pensemos en los subsistemas que constituyen el interior de una CTF o de cualquier organización de tratamiento: tenemos por un lado al cuerpo asistencial (divididos en subsistemas) y por otro a los usuarios (también divididos en subsistemas) Insisto en el que el fin de esta representación es didáctico. Intentaré construir un primer eslabón para la reflexión sobre las conexiones y las interconexiones entre organizaciones.

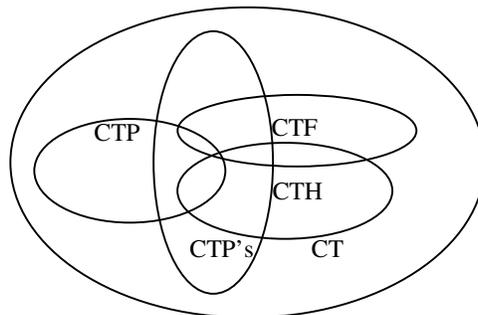


Diagrama 2: CTF Comunidad Terapéutica Farmacodependientes; CTP's Comunidad Terapéutica para Personas en situación de malestar Psíquico; CTP: Comunidad terapéutica para personas con Handicap psicofísico; CTH: Comunidad terapéutica para personas con padecimiento físico; CT Comunidad Terapéutica.

Se trata en el diagrama 2 de una organización de mayor nivel de complejidad que la precedente: en esta representación que evidencia los subsistemas de la CT, es posible ver como la CTF se configura y define. Este proceso se realiza no sólo a través de las relaciones que se dan a su interior (como decía) sino también a partir de las relaciones que se dan en el exterior. En este último contexto, la CTF toma su sentido en las conexiones con las demás agencias de asistencia.

Cada una de ellas lleva a cabo una parcelación de la persona por medio de procesos de identificación y proyección. Sin embargo cada una de ellas por medio de los vínculos y de las conexiones con todas las demás, reconstruyen cierta totalidad. Así, el vínculo manifiesta su potencialidad. Se puede decir que el

terapeutas, ni en los pacientes. Se debe entender que somos partícipes de la complejidad y muchas veces comparsas, no somos la complejidad.

síntoma adquiere valor de objeto parcial/identificadorio por parte de la agencia de rehabilitación y por parte del paciente. El síntoma adquiere valor a sí mismo, por medio de la estructura rehabilitadora, transformándose en elemento de complejización en el contexto de las relaciones y de las conexiones con otras organizaciones. La CT se convierte así en un sistema de significación de síntomas y, más allá de éstos, de las situaciones de “sufrimiento” que éstas tratan de revelar.

La CT se hace cargo de las necesidades físicas y psicológicas conexas con el síntoma, es decir, que en principio acoge a la persona parcelizada con su tendencia a la simplificación. Este es su primer paso. En un segundo momento, la CT desarrolla un proceso (igualmente llamado programa de tratamiento) que permite revelar las conexiones entre estos síntomas y los demás, y establecer un control sobre estas conexiones rebasando de esta manera posiciones exclusivamente pasivas.

Se entiende de este modo que el síntoma siempre está orientado hacia la “primer interrupción del equilibrio”, mientras que el proceso de significación tiende a no repetirla, sino darle sentido. Darle sentido quiere decir, en este caso, mantenerla en el interior del espacio psíquico constituido por los procesos de identificación y proyección, evitando posiciones totalizantes como pueden ser las de IDPR y PRID.

En el gráfico se observan también tres elementos importantes. El primero es que la CRL no coincide con la sumatoria de las CT's parciales, sino que tiene un ámbito de extensión mayor. El segundo que, en la medida en que se pasa de comunidad parcial a una de dimensión más compleja, los límites que las definen tienden a ser marcados. El tercer elemento, que también tiene implicaciones operativas muy relevantes, puede ser ilustrado en diagrama 3. Lo que el gráfico ilustra es que una misma CT parcial en este caso la CTF y la CTH rebasan los confines de la CT de esa CRL, participando con sus estrategias y actividades en otras CT's de otras CRL's. Esto añade complejidad a todo el sistema.

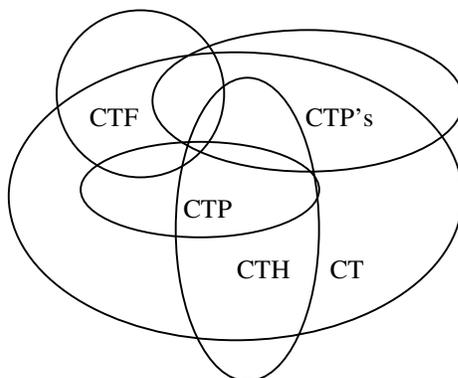


Diagrama 3: CTF: Comunidad Terapéutica Farmacodependientes; CTP's: Comunidad Terapéutica para Personas con malestar Psíquico; CTP: Comunidad Terapéutica para Personas con Handicap Psicofísico; CTH: Comunidad Terapéutica para personas con padecimiento Físico; CT: Comunidad Terapéutica.

Desde el punto de vista operativo, esto significa que la CT, por medio de sus organizaciones parciales (en este ejemplo, por medio de la CTF y de la CTH, pero en realidad por medio de todas las organizaciones parciales que la componen³⁴) se abre sobre otras realidades comunitarias. Esta apertura hacia el exterior, es lo que permite la conexión del síntoma con otras “realidades” y la introducción de la alteridad no sintomática en el síntoma. Esto conduce a la comprensión de los vínculos y de las posibilidades que caracterizan a los procesos de conexiones entre la CT y las demás organizaciones comunitarias.

1.4.3. La Comunidad Terapéutica y las demás organizaciones comunitarias.

Se trata de una organización con más complejidad que las precedentes. Como se ve en el diagrama 4, la dimensión de la CRL no coincide con la sumatoria de sus organizaciones parciales, sino que por el contrario, se extiende más allá de ésta; en segundo lugar, se observa que en la medida en la que las organizaciones aumentan de complejidad, los límites que las distinguen de las otras se hacen menos marcados.

³⁴ Incluso no sólo a través de ellas como partes, sino como uniones de ellas, subsistemas, etc.

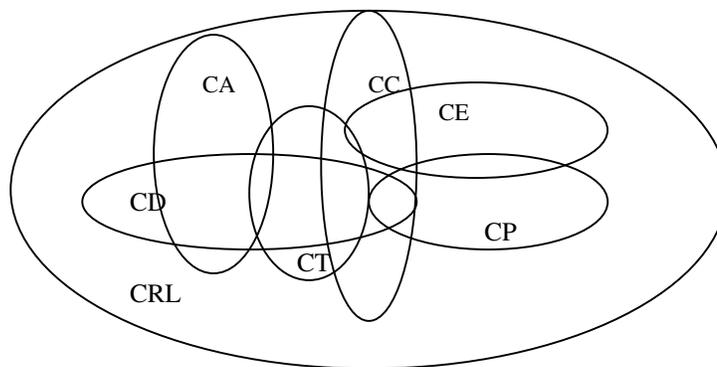


Diagrama 4: CT: Comunidad Terapéutica; CD: Comunidad deportiva; CA: Comunidad Artística; CC: Comunidad religiosa; CP: Comunidad Política; CE: Comunidad Educativa; CRL: Comunidad real Local.

Desde la conceptualización vale preguntarse que tanto pueden ser llamadas comunidades los organizamos educativos, artísticos, etc. El hecho de que se utilicen estos términos no significa que necesariamente, esas organizaciones funcionen como comunidades. Sin embargo, en el contexto de este escrito conservo el termino “comunidad”, así como lo he hecho hasta el momento, dando por entendido que se trata de un recurso por medio del cual se afirma que todas las organizaciones que llamamos comunitarias funcionan como una comunidad o tienen el mismo funcionamiento.

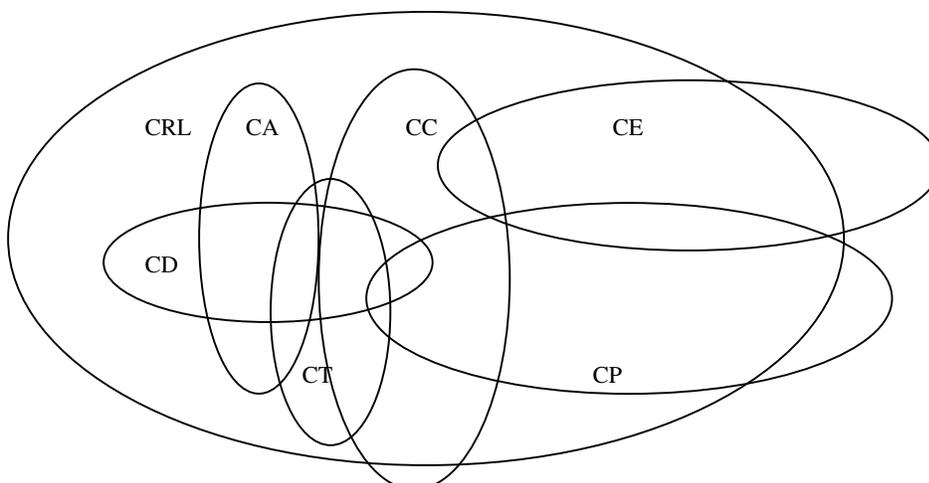


Diagrama 5: CT: Comunidad Terapéutica; CD: Comunidad Deportiva; CA: Comunidad Artística; CC: Comunidad Religiosa; CE: Comunidad educativa; CP: Comunidad Política; CRL: Comunidad Real Local.

En este diagrama 5 se repropone la reflexión del diagrama 3, aplicada ahora a la relación entre la CRL y sus organizaciones comunitarias. Observamos que no se contienen en el interior de los límites de la CRL, por el contrario, los rebasan para participar en la vida asociada de otras comunidades realidades locales. Es este aspecto lo que garantiza la permeabilidad de los sistemas sociales y la comunicación organizada y estructural entre ellos. Esto significa que la definición de la identidad de cualquier tipo de comunidad, no se hace únicamente a partir de las características que la describen desde el punto de vista espacio/temporal, físico, sino además por sus rasgos organizativos, entre los cuales se deben encontrar igualmente las relaciones que sostiene con los otros elementos u organizaciones del contexto. El diagrama 5 no concluye el proceso de complejización, constituye únicamente una etapa. Este proceso se completa por la integración de entre comunidades reales locales y, al mismo tiempo, transitoriamente una nueva CE que rebasa las fronteras de las CRL's individuales. Este ejemplo puede ser repetido infinitamente, permitiendo tener una pálida idea de lo que sucede en la vida real.

Es oportuno tener presente que un mismo individuo puede pertenecer a diferentes comunidades parciales de una misma CRL; organizaciones comunitarias que rebasan los límites de una CRL y que no siempre todas organizaciones comunitarias parciales de diferentes dimensiones son congruentes y coherentes entre sí. El aprendizaje en la gestión, constituye un objetivo prioritario de toda acción de prevención, cura, rehabilitación y de reinserción social y profesional.

CAPITULO 2

Orígenes de la Fundación Ama la Vida I.A.P. (Institución de Asistencia Privada.)¹

El 11 de Noviembre de 1991 nace la Fundación Ama la Vida (FAV) paralelamente al Centro Contra las Adicciones CENCA (proyecto que desarrolló la delegación Iztacalco) Nace como una preocupación de un grupo de personas por el incremento de chicos callejeros y consumidores de sustancias. Se logra establecer como Institución de Asistencia Privada en la calle de Humboldt en el centro de la ciudad de México. Sin embargo el proyecto estaba destinado a desaparecer debido al déficit económico en el que la fundación se encontraba, pues sólo había presupuesto para sostenerla seis meses, de manera tal que la administración cambió y junto con ella el modelo de atención que se llevaba a cabo.² La nueva administración puso en práctica un modelo holístico (bioenergética, masajes, biodanza, etc.) destinado a atender a niñas callejeras en procesos de reintegración social (las niñas eran parte de la población atendida por Casa Alianza) Es en el mes de Diciembre de 1993 cuando se tienen los recursos para adquirir una casa en la colonia Tacubaya (cede actual de la Fundación Ama la Vida) Continuando el trabajo de la misma forma. Se crea un diplomado sobre adicciones avalado por la UAM Xochimilco y la Secretaria de Salud a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC.

Para 1997 la Fundación Ama la Vida modifica una vez más el modelo de atención y adopta el ***Modelo Comunitario de Prevención Primaria Reducción del Daño, Rehabilitación y Reinserción Social Y profesional de la Farmacodependencia y Situaciones Críticas Asociadas.*** El cambio de

¹ La información se recabó mediante entrevistas con la fundadora Mónica Cantú de Ainslie Presidente del Patronato de la Fundación Ama la Vida I.A.P.

² Minnesota: Llamado modelo doble de atención a farmacodependencias; consiste en grupos de autoayuda y juntas en donde el individuo sube a una "tribuna" y comparte sus experiencias con el "público" al estilo A.A.

modelo implicó la reestructuración del equipo de trabajo, lo que obligó a la FAV a cerrar sus puertas y capacitar a las personas que serían parte del nuevo proyecto de Comunidad Terapéutica. Los años siguientes, 1998 y 1999, fueron un periodo de acomodo del equipo asistencial, y es hasta el 1 de Junio de 1999 que se consolida el Equipo Operativo de la FAV ya como Comunidad Terapéutica Farmacodependientes (CTF) y se ponen en marcha las áreas de atención: Recepción, Rehabilitación y Cura (correspondientes a la CTF o unidad de residencia) y Comunidad Real Local (CRL encargada de intervenir en la colonia o barrio)

Laboran en esta institución 10 personas que conforman el Equipo Operativo distribuidos en las tres áreas. Tres personas conforman el Equipo Administrativo. Además de prestadores de servicio social y voluntarios de diversas escuelas e instituciones.

2.1 Misión y Objetivos Institucionales³.

La finalidad de la FAV es brindar atención integral, profesional y permanente a las personas dependientes de sustancias psicoactivas y a sus familias (tanto de la Cd. De México, su zona conurbada y diferentes puntos de la República) en el plano de la prevención primaria, reducción del daño y tratamiento de la farmacodependencia, en dos ámbitos de intervención: Una unidad de residencia que recibe el nombre Comunidad terapéutica Farmacodependientes (CTF) y la Comunidad Real Local (CRL) que interviene directamente en el barrio de Tacubaya.

El objetivo primordial de la institución es: Desarrollar en la comunidad de Tacubaya y en el área metropolitana de la Ciudad de México, un programa integral para la prevención y el tratamiento de las farmacodependencia en el contexto de la vida cotidiana de las personas con problemas de dependencia a sustancias psicoactivas y sus familias.

³ Fundación Ama la Vida I.A.P. (2000) "Reporte Técnico" México D.F.

Los Objetivos específicos son: Continuar con el funcionamiento de la Comunidad terapéutica para el tratamiento de la Farmacodependientes en su unidad de tratamiento residencial.

La creación de procesos terapéuticos en espacios informales aprovechando los recursos educativos y culturales de la comunidad de Tacubaya para establecer un programa de Clínica Comunitaria.

Formar promotores comunitarios que tengan una función de operadores naturales en la comunidad con competencia de saber intervenir en situaciones críticas.

Formalizar procesos rituales de cura en el contexto de la vida comunitaria.

Crear una coordinación de instituciones que programen proyectos preventivos permanentes.

Dentro de los principales programas que la Fundación Ama la Vida, I.A.P. ha desarrollado y que han tenido un efecto importante se encuentran:

Un Programa Integral de Rehabilitación y Cura de la Farmacodependencia y Situaciones Críticas Asociadas. Este ofrece una atención integral a las personas que directamente tienen problemas con el uso de sustancias y a sus familias, a través del modelo de *comunidad terapéutica* en sus tres modalidades de tratamiento: residencial, semiresidencial y ambulatorio. La unidad o estructura del tratamiento tiene la capacidad para 60 pacientes y sus respectivas familias. La intervención pretende incidir en las localidades donde cada familia se ubica en diferentes partes de la ciudad de México. El trabajo en la comunidad terapéutica se desarrolla los 365 días del año en un programa de 24 horas al día. Esto implica que el trabajo permanece constante con todos los integrantes de la comunidad involucrados en diferentes responsabilidades educativas (pacientes, familias, integrantes de la comunidad de Tacubaya contactados y operadores) Este programa favorece la incorporación de las personas al contexto de su vida social y al desarrollo de su formación personal, teniendo la posibilidad de colaborar con las organizaciones y servicios de toda la comunidad después de haber culminado su programa de rehabilitación en el tiempo

mencionado anteriormente. El tratamiento tiene una duración aproximada de tres años para cada caso en sus diferentes etapas de evaluación y seguimiento.

Este programa estima conveniente la reproducción de la experiencia a través de la formación de *Promotores Comunitarios* que multipliquen la experiencia en otros lugares.

Uno de los logros de la institución es haber puesto en marcha un centro de rehabilitación organizado como comunidad terapéutica con atención de 700 casos por año en evaluación y diagnóstico y mantener en tratamiento a 60 familias y 30 jóvenes usuarios de sustancias mensualmente en un plazo de dos años.⁴

2.2. Estado Actual.

Actualmente se tienen 20 personas en tratamiento inscritas en las diferentes modalidades y 40 familias que hacen un promedio de 200 personas en total.

Se lleva a cabo un Programa Comunitario de Tratamiento de la Farmacodependencia en la colonia de Tacubaya. En el cual se desarrolla un proyecto de *Clínica Comunitaria*. En este programa se aplica la misma estructura de trabajo que en la unidad residencial o CTF (de recepción, rehabilitación y cura, reinserción social y profesional), con la diferencia de que el proceso implica la participación y la intervención de toda la comunidad local. Las actividades que conforman las áreas de trabajo cambian en su esencia por el lugar donde se desarrollan, y donde forman parte las propias acciones de la comunidad y sus instituciones, pero la lógica de conducción del proceso es la misma. Es decir, las acciones que se plantean se llevan a cabo según la dinámica o el momento en el que se encuentre la comunidad misma, desarrollando programas permanentes de prevención primaria, reducción del daño, rehabilitación y cura y reinserción social y profesional de la farmacodependencia en el contexto del barrio; este panorama permite crear líneas de intervención comunitaria para alcanzar el objetivo final de la creación de una Clínica Comunitaria.

⁴ Fundación Ama la Vida: Comunidad Terapéutica (1998) "Estadísticas de CTF" México D. F.

La institución cuenta con un equipo de trabajo formado de profesionales de diferentes disciplinas, sociales y humanísticas, y al mismo tiempo toda la institución se encuentra en un proceso de capacitación y formación permanente. Esta formación consiste en la pertenencia a la Red de Instituciones sobre farmacodependencias y situaciones críticas asociadas de Cáritas Arquidiócesis de México. La incorporación a esta red consiste en la participación en Diplomados, Especialidades, Entrenamiento, Supervisión de Equipos de trabajo, de Organización de Estructuras y acompañamiento clínico de procesos y de casos. Toda esta labor implica un proceso permanente de evaluación que sirve de base a la investigación en la acción⁵ en la que se basa toda la institución.

La pertenencia a la Red de Instituciones tiene por finalidad, poder fortalecer la presencia pública de la institución con la finalidad de recabar recursos a través de la financiación de proyectos conjuntos con otras instituciones. De la misma forma los recursos se obtienen a través de la presentación de proyectos a diferentes financiadoras. El principal recurso con el se cuenta es el Fideicomiso económico que cubre el 80% del presupuesto anual de la institución. Este presupuesto se va complementando con pequeñas aportaciones que se obtienen de donadores privados, financiamientos de proyectos específicos y apoyos varios que ingresan permanentemente a la institución.

La Fundación Ama la Vida IAP cuenta con una sede, un patronato, una dirección, un equipo de trabajo, un método científico de operación, una capacitación y supervisión permanente, una base de evaluación de la eficacia y la eficiencia de los proyectos, una planeación a largo plazo, un programa de trabajo organizado en estructuras adecuadas para ello y definidos los objetivos estratégicos por etapas. De la misma forma, se cuenta con la base económica de un financiamiento que cubre el 80 % de los gastos de la institución. Esta

⁵ Caritas Arquidiócesis de México I.A.P. (1999) Prevención, Reducción del daño y Cura de las Farmacodependencias: Experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en acción.

plataforma constituye la infraestructura sobre la cual se desarrollan las acciones de la institución.

2.3. Quehacer Institucional.

FILOSOFIA:

Profesionalización del trabajo lejos del asistencialismo que caracteriza a muchas instituciones de asistencia privada. La profesionalización implica entender que tenemos en nuestras manos las vidas de las personas y que los procesos terapéuticos son de las personas y no de las instituciones.

La labor que desempeña la Comunidad Terapéutica de Ama la Vida consiste en contrarrestar los procesos de exclusión de la participación en la vida social. Lo que caracteriza a la Fundación Ama la Vida, es que comprende los procesos que conducen a la dependencia de sustancias psicoactivas. Es a partir de esta experiencia específica que se plantean y delimitan los objetivos de la o las posibles intervenciones tanto en CTF como en CRL.

Esto significa que la labor no es generalizada, sino focalizada; por un lado en participar con sus experiencias en proyectos e iniciativas promovidas por otras agencias, y por otro lado, en hacerse cargo de “situaciones límite” en los cuales los procesos de dependencia a sustancias psicoactivas aun no son declaradamente abiertos o acaban de declararse. En estos contextos la labor consiste en incidir sobre los procesos de exclusión de la participación de la vida social y evitar que se haga una situación crónica. Esto quiere decir que FAV puede integrarse a equipos y proyectos de educación, educación para la salud, capacitación en varias áreas, pero siempre con particular atención en los fenómenos que se ha dedicado a estudiar, conocer y transformar.

A partir de esta premisa orientada a delimitar y precisar el campo de trabajo de FAV los objetivos de su labor son:

- Activar los recursos presentes en la comunidad real para la participación en los procesos de tratamiento en la CRL misma, en la CTF y en la fase de reinserción social y profesional. Es decir que se busca en la comunidad características de organización que en situaciones no generalizadas posibiliten la realización de procesos de tratamiento y reinserción social y profesional.
- Favorecer que los procesos que conducen a la dependencia de sustancias psicoactivas, cuando existen, se hagan manifiestos. Este objetivo se deriva de la experiencia que evidencia que las personas que acuden a buscar tratamiento lo hacen después de varios años de haber iniciado el consumo, siendo éste ya una situación crónica. La detección temprana del consumo o posible consumo constituye la oportunidad de implementar estrategias de prevención.
- Responder a las situaciones y los procesos que conducen a conductas adictivas y a otras con ellas relacionadas.

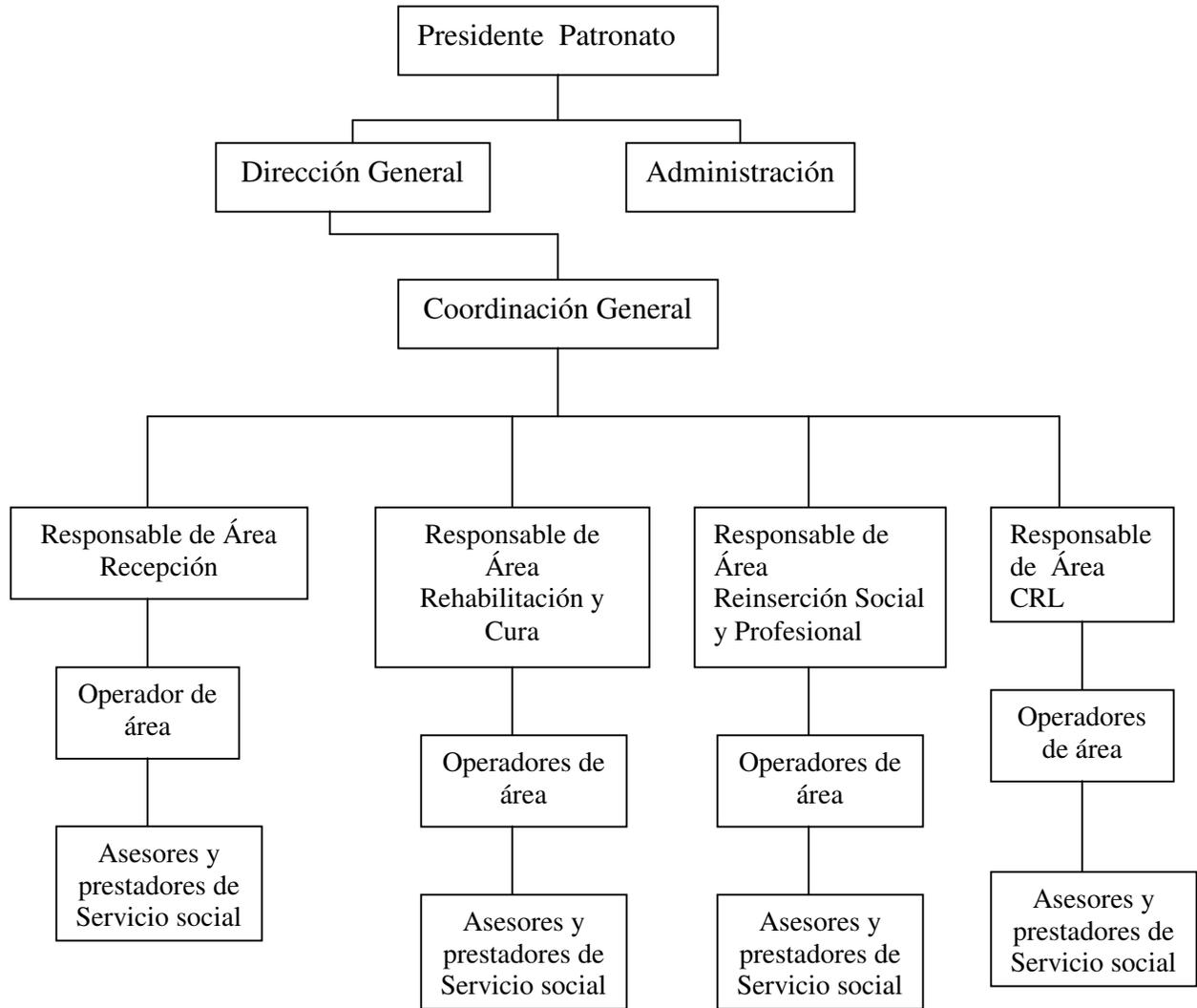
2.4. Estructura organizacional.

La CTF de FAV⁶ está constituida por un escenario específicamente diseñado para la realización de un proceso de tratamiento de personas dependientes de sustancias psicoactivas y de los familiares de éstos. Este escenario se compone de las siguientes áreas: Recepción, Rehabilitación y Cura y Reinserción Social y Profesional. Gráficamente la organización queda de la siguiente forma:

⁶ Vale señalar que se hace énfasis en la CTF por ser esta la unidad donde reside la importancia de este trabajo. CRL (Comunidad Real Local) se le llama al barrio o colonia donde se realiza el proyecto de clínica comunitaria, y también al área de trabajo dentro de la CT de FAV que se encarga de elaborar las estrategias de intervención.

A pesar de que el área de CRL es parte de la CT de FAV su proceso tiende a ser primordialmente de prevención.

Dentro de ésta el organigrama es el siguiente:



En su totalidad laboran 20 personas; 15 que conforman el personal de planta. Distribuidos en Un presidente de patronato, un director general, dos encargados de administración, un coordinador general, un responsable por área, un operador de área de Recepción, dos operadores de área de Rehabilitación y Cura, dos operadores de área de Reinserción Social y Profesional y dos operadores de área de CRL. Los 5 restantes son personal eventual: dos asesores y tres prestadores de servicio social que se integran en las diferentes áreas.

Cabe señalar que aun cuando el área administrativa entra en el organigrama, no incide directamente en los procesos de tratamiento dentro de la CTF de FAV. Por lo tanto no será punto a tratar en los siguientes capítulos.

2.5. El operador⁷ dentro de la Comunidad Terapéutica Farmacodependientes (CTF)

Un operador dentro de sus recursos debe incluir:

- Un bagaje renovable de informaciones y técnicas.
- Capacidad de transferir conocimientos y competencias y por consecuencia innovaciones.
- Capacidades y competencias en producir investigación, programación y evaluación.

Por otro lado el operador tiene que actuar en el interior de un dispositivo que a su vez produzca conocimientos y competencias. Se trata de tres niveles interconexos de objetivos y metodologías. Con este propósito se pueden delinear algunas áreas del saber que son necesarias para la operación⁸:

- Área de la relación: teoría y método.
- Área de la organización: teoría y metodología de análisis.
- Área del malestar social y personal: teorías y metodologías de intervención.
- Áreas de investigación en la acción: teoría, método y evaluación.

⁷ “Operador” se denomina al profesional que labora o colabora dentro de las múltiples actividades de una Comunidad Terapéutica. Lo mismo sería llamarlo educador, sin embargo en este caso el término “operador” responde a quien realiza una “obra” y a quien realiza una operación tan delicada como el más fino corte de bisturí.

⁸ Merlo, R. (2000) Miradas en la ciudad: Métodos de intervención juvenil comunitaria. México, Imjuve-SEP.

Así, el operador juega varias posiciones, una de ellas es la posición de mediador; en la que debe favorecer la adquisición de competencias y capacidades en el campo del análisis de las organizaciones. La razón de esto es muy sencilla. Las personas que se ocupan de la rehabilitación cotidianamente interactúan con organizaciones formales o informales. No es por lo tanto pensable que el operador no tenga competencias acerca de las relaciones y de las intervenciones con las varias formas de organización social.

Otro asunto con el cual se enfrenta cotidianamente es la relación que existe entre cambio y persistencia en el proceso de trabajo. Aunque esto suceda en intensidades y a niveles diferentes, todo proceso produce un cambio y por esta misma razón, se enfrenta y tiene que medirse al problema de las persistencias. Hablo de las persistencias entendidas como resistencias al cambio por un lado y por otro como los procesos que tienden a hacerlo estable y, antes todavía, aceptable y por consiguiente admisible dentro de las organizaciones del sistema. Entonces un buen operador tanto para la prevención y para la rehabilitación sabe producir cambios persistentes y persistencias capaces de cambio. Por consiguiente este tipo de operador es fruto de procesos de interacción constante entre las modalidades de trabajo en equipo que lo identifican y caracterizan.

Se trata pues de una persona que se desenvuelve cotidianamente por los todos los espacios dibujados en una CTF y sobre todo que es consciente de atravesarlos y por consiguiente que sabe guiar a otros a través de éstos, como proceso de reconocimiento de sí mismo, de sus modalidades de interacción y de obstáculo a la interacción operativa con los demás. Cabe señalar que el operador está en constante formación dentro de su propio ámbito de trabajo y mientras que él trabaja, recupera el material de sus intervenciones y las sistematiza realizando una epistemología a lo que se le conoce como “formación en la acción”, revisa de esta forma los procesos lógicos que utiliza para la organización de su función⁹. Así el operador se desenvuelve en dos niveles básicos: Saber que responde a los conocimientos recibidos en la formación académica, saber hacer: Habla de las capacidades que el operador tiene para

⁹ Merlo, R. (2000) Redes que previenen. México, Imjuve- SEP.

realizar la tarea y saber hacer hacer: que se entiende por la capacidad de liderazgo, de mediación y negociación, ubicación, escucha y sobre todo por la capacidad de poner en marcha a través de otros las estrategias realizadas por el y el equipo de trabajo. Sin que esto represente una amenaza que obstaculice el proceso de cambio tanto en las personas como en las redes sociales.

2.6. Descripción de actividades por área.

Como ya he señalado con anterioridad FAV es un escenario diseñado para la realización de procesos de tratamiento de personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus familias, y en este se conjugan e intervienen los siguientes elementos:

- Las personas: Los operadores de la CTF, organizados en un equipo multidisciplinario: educadores de calle y de comunidad, psicólogos, psicoterapeutas, supervisores, asesores de talleres, prestadores de servicio social, voluntarios, etc.

Los usuarios de la CTF subdivididos en dos grupos: el de los Pacientes Designados¹⁰ y el de las familias de éstos.

- Los procesos operativos: Constituidos por las actividades / iniciativas que se desarrollan, las secuencias, y las estrategias que las organizan:
Actividades y estrategias elaborativas y ocupacionales orientadas principalmente a la rehabilitación.
Actividades y estrategias elaborativas y formativas destinadas a la cura.

¹⁰ Pacientes designados, es el denominativo que se da a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, debido a que en la demanda de tratamiento, las familias han designado como paciente a quien representa el problema de la organización familiar o a quien desestabiliza la organización familiar.

- Las reglas y las normas: Reglas y normas que fijan los criterios de participación de los usuarios en las diferentes fases del programa y su permanencia en él.

Reglas y normas que fijan los criterios, las modalidades, las tareas y los roles de los operadores de la CTF.

Indicaciones para la ejecución de tareas específicas: primeros contactos, diagnóstico, admisión en las fases del programa, etc., de los tiempos de permanencia en cada fase y en el programa en su conjunto, etc.

Indicaciones para la evaluación de las fases de tratamiento y de la participación de los operadores en el programa.

- Los recursos materiales: Una construcción con cuartos y salones para dar atención residencial, semiresidencial y ambulatorial; materiales e instrumentos para la recopilación de información y tratamiento de la misma; secretaría y administración, etc.

El proceso tiene una entrada y una salida y para hacer explícito este viaje veremos los detalles de cada área de atención que recorren las personas que acuden a la FAV.

2.6.1. Recepción.

El servicio de Recepción en la CTF de FAV tiene como finalidades y objetivos el manejo de:

1. La fase de primer acercamiento a la estructura terapéutica.

El manejo de la fase de primer acercamiento a la estructura terapéutica tiene como objetivos:

- a. La identificación de la demanda

- b. La orientación de las personas en función de sus situaciones y demandas hacia estructuras, agencias o servicios que tengan los recursos para hacerse cargo de participar en una relación de ayuda.

Este proceso comienza con lo que se le conoce como **primer contacto**.

El proceso operativo en la fase de primer contacto se explicita en las estrategias adoptadas para la captación y la gestión de la demanda en sus diferentes modalidades de expresión y tipologías de contenidos, y en su manejo, es decir en la labor de orientación. Las personas se acercan a las estructuras comunitarias utilizando diferentes modalidades. Estas revelan una estrategia específica relacional en la que se encuentran al mismo tiempo, las instancias que empujan a la persona hacia un camino que lleve a resolver su situación de sufrimiento y los temores ligados a la posibilidad de un cambio.

En el acercamiento a la estructura terapéutica, las personas (los usuarios de sustancias) asumirán el papel de pacientes designados, de manera tal que el primer contacto puede ser establecido por ellos mismos, motivado por condiciones personales y familiares o de otro tipo o por otra persona sensible, de alguna manera a la situación de la persona. Esta demanda puede ser una demanda para sí o para el otro, o mejor dicho, una demanda para el otro que siempre conlleva a una demanda para sí o viceversa. Este primer contacto puede llevarse a cabo en las instalaciones de FAV o en la calle o por teléfono o correo o por medio de alguna otra instancia. Cual fuere la situación del contacto, en éste se deben tener los elementos suficientes para saber que respuesta dar a la persona, por que una respuesta aunque sea un “no sé”, “tal vez allá” o “no le puedo ayudar” siempre se da.

Las personas arrojan información que se recaba en una **hoja de primer contacto**. El operador decide si da una cita para la profundización de la situación del solicitante, siempre y cuando las peticiones se sitúen en los campos de atención de FAV. Es importante en este punto que el operador haga que la demanda emerja sin que éste la sugiera.

El punto de llegada de la fase de primer contacto es el establecimiento de una serie de entrevistas que permitan profundizar las características de la situación del solicitante y poder, si es el caso, decidir si su demanda puede encontrar respuesta en la institución o si es oportuno la intervención de otras agencias. A esta serie de entrevistas se les llaman **Primeros coloquios**.

Los primeros coloquios en la CTF tienen como finalidad:

- El establecimiento de un diagnóstico de red, familiar e individual.
- La toma de decisiones respecto a la oportunidad de un tratamiento u orientación a otros servicios.
- La determinación del Contexto de la Cura y de la Rehabilitación.
- La convocación y la implicación de la red familiar en el proceso.
- La formalización de la relación entre el/los usuarios y los operadores en el contexto del escenario de tratamiento de la CTF.

Una parte del diagnóstico se realiza por medio de la compilación del expediente y del diario de trabajo. Es oportuno que los coloquios sean limitados en número y no se transformen de hecho en un proceso de Rehabilitación y Cura.

Se trata de tener los elementos para poder decidir si se sigue el proceso mediante la inserción del paciente en una experiencia de grupo organizado, si se suspende el proceso o se orienta a la persona a otras agencias. El operador encargado de la Recepción debe tener seguridad de que la persona solicitante en verdad necesita un tratamiento comunitario o no. En ese sentido los primeros coloquios pueden finalizar en

- i. El comienzo de la experiencia de grupo organizado (sí se cumplen las condiciones que se detallaran más adelante)
- ii. Derivación de la persona a otras agencias.
- iii. Interrupción del proceso por parte de los usuarios.
- iv. Suspensión del proceso de mutuo acuerdo.

El siguiente pasaje no significa el comienzo de la etapa de Rehabilitación y Cura, es la **Fase de Formación de Grupo (FFG)**

En esta etapa las personas deben cumplir con algunos criterios.

- i. Que las personas puedan, de forma realista, seguir todas las actividades previstas por el programa de tratamiento. El operador tiene la tarea de acompañar y apoyar a los solicitantes a realizar un análisis realista de sus posibilidades de participar en todo el programa de tratamiento.
- ii. Que la persona que ingresa tenga entre 15 y 29 años.
- iii. Que se trate de una persona con un problema de dependencia a sustancias psicoactivas, por lo menos de acuerdo con los parámetros descritos en DSM IV en la sección dedicada a problema.
- iv. Que no se trate de una persona portadora de retraso mental en un nivel que impida el entendimiento del proceso de rehabilitación. Este nivel exige la participación de personal especializado que determine la afectación de las personas y la posibilidad de participación en el programa de tratamiento.
- v. Que la persona no sea portadora de Handicap físico que le impida realizar las actividades del programa.
- vi. Que la persona pueda mantenerse en tratamiento sin la necesidad de suministrar tratamiento farmacológico.
- vii. Que la persona no cometa actos de violencia en la fase de recepción y que participe en por lo menos el 70% de las actividades programadas.

Además en la fase de Formación de Grupo se completan: el diagnóstico de red, familiar e individual, el estudio del contexto de la cura (sobre todo en lo que respecta la modalidad de tratamiento) Se informa a las personas sobre las características de un tratamiento comunitario y se establece un contrato terapéutico, que significa en tanto se acepten las condiciones de tratamiento y se firme de conformidad, el pasaje a la etapa de Rehabilitación y Cura o bien, en caso de negativa, la finalización del proceso de Recepción.

2. La admisión de los usuarios en el programa de tratamiento de la CTF de FAV.

La admisión en Rehabilitación y Cura de la CTF es decidida por el equipo operativo de dicha área y el responsable del trabajo en Recepción quien informa sobre el desenvolvimiento de las personas en dicha fase y hace entrega de los avances en el expediente, las hipótesis de tratamiento y las estrategias de intervención que él pudo concretar en el curso del diagnóstico en Recepción.

2.6.2. Rehabilitación y Cura.

El tratamiento de Rehabilitación y Cura en la CTF, es un proceso articulado en cuatro pasajes (Pertinencia, Individuación, Socialización y Autonomía, que serán profundizados en el próximo capítulo) y tiene como objetivo favorecer la transición de un estado de dependencia pasiva y limitante a uno de autonomía y de un estilo de vida simplificado (en la medida en la cual se encontraba reducida su complejidad la participación diversificada a la vida social) a uno más complejo. Los cuatro pasajes constituyen un instrumento que tiene por objetivo la modulación de las experiencias de los usuarios en el contexto de dos parámetros: de la dependencia pasiva y limitante a la autonomía participante, de lo sencillo a lo complejo, de una posición sujetante a una autodeterminada. Esta organización del proceso del tratamiento pone a prueba diversas hipótesis operativas.

La primera es que las modificaciones en la organización de la personalidad y en los procesos de elaboración de las personas (procesos psíquicos) se reflejan o manifiestan, en las modalidades de relación con el dispositivo comunitario (encuadre y personas que lo componen) y que éstas se explicitan en conductas (entendidas en este caso como secuencias complejas de acciones verbales, no verbales y combinadas) dirigidas a uno mismo, hacia los elementos del encuadre (reglas, normas, actividades y tareas, instrumentos de trabajo etc.) y hacia las personas.

La segunda hipótesis es que la participación activa y consciente de un estilo de vida organizado y complejo, favorece también que los procesos de pensamiento se hagan complejos y más adecuados para manejar de forma realista la participación de la vida social. Es por esta razón que las cuatro fases significan periodos de transición: los elementos caracterizantes de las diferentes fases se tienen que integrar, no intercambiar¹¹.

La tercera hipótesis es que estos procesos de integración, de complejización de autodeterminación, tienen un reflejo, una forma específica de manifestarse en las modalidades operativas de participación de los operadores, en el dispositivo comunitario del cual son parte. Es en la forma de estar operativamente presentes como individuos y como integrantes de un equipo de trabajo que ellos forman (en el sentido de dar forma y organización) al grupo de usuarios.

La cuarta hipótesis, derivada de las dos primeras es que en la medida en la cual los jóvenes pasan de una fase a otra del tratamiento, experimentan o viven experiencias personales en relación con su mundo interior, a las relaciones con los demás y con el dispositivo comunitario que favorecen el acceso a dimensiones diferentes de su propia vida psíquica (afectos, emociones, sentimiento, etc.) Son estas experiencias y sus contenidos los que son elaborados de diferentes manera en el contexto de las actividades elaborativo/formativas.

2.6.3. Reinserción social y profesional.

La reinserción social y profesional a partir de las estructuras de la CTF implica, por un lado el procesos de separación de la red comunitaria, y, por el otro, la inserción en la red social de la CRL.

Por un lado es en la reinserción social y profesional que se pone a prueba el trabajo realizado en el curso de la fase de Rehabilitación y Cura; por otro en la reinserción se pone a prueba la capacidad de la CRL de recibir nuevamente a

¹¹ Araujo. M. R. (2000) Barrios Terapéuticos: Identidades sociales y cura comunitaria. México, FONCA, Fundación Ama la Vida.

una persona, reconociéndole el derecho a una participación plena en la vida social. En este aspecto se conjugan el tratamiento y el trabajo que se realice en la CRL de esa persona, pues constituye un recurso indispensable para la etapa de reinserción.

El proceso de reinserción social y profesional se caracteriza por los siguientes elementos:

- Gradualidad: Las actividades de reinserción tienen que ser organizadas en el tiempo de manera tal que no signifiquen una expulsión de la persona a su CRL, sino que pueda ir experimentando poco a poco su regreso en la vida real. En esta fase hay que tener en cuenta que el deseo de concluir el programa, por un lado y por el otro, la sensación de bienestar que la persona vive, puede conducir a la aceleración de los tiempos y a complejizar demasiado la vida cotidiana.
- Separación: No significa pérdida, eliminación, de los lazos construidos, sino alejamiento, construcción de una red personal fuera de la Comunidad terapéutica Farmacodependientes, en la cual encuentren un lugar nuevo, integrando los nudos y los lazos que se han construido en el proceso de Rehabilitación y cura. No se trata consiguientemente de irse de la comunidad, de huir hacia el bienestar. Se trata de reconocer la finalización de un trayecto y la continuación de una organización propia de su mundo interior.
- Pertenencia: El criterio de pertenencia se aplica al sector geográfico al que pertenece la persona (CRL) La dependencia a sustancias psicoactivas lo había limitado y puesto en una situación rígida y de marginación. El recorrido de Rehabilitación permite la diversificación y la elasticidad en la participación a la vida en grupo, en ese sentido la CRL es un grupo organizado.
- Las decisiones tienen que ver con la vida de las personas en su CRL y pertenecen al individuo y a su red familiar y social.

Al finalizar la cuarta etapa de la fase de rehabilitación y cura, el paciente ha construido un proyecto personal de vida en su CRL. Este proyecto conserva la misma estructura que el de la CTF y sólo se modifica en el contexto en el cual se realizan las actividades.

Las personas continúan asistiendo a grupos de terapia grupal en el interior de CTF. Asisten a una supervisión de su proyecto una vez a la semana sin que interfiera en la organización de su vida fuera de la CTF, es menester tener un tiempo productivo en donde la persona trabaje y sufrague sus gastos personales. También maneja su tiempo libre, este con el apoyo del responsable del trabajo de reinserción o bien en participación con agencias presentes en su CRL. Por último la persona reside en un domicilio autónomo fuera de la sede de la CTF.

CAPITULO 3

El psicólogo en el área de Rehabilitación y Cura.

Al asumir el tratamiento de una persona, se tiene listo un programa terapéutico al cual se inscribe el ahora paciente. Cada actividad que conforma el programa de tratamiento se caracteriza por sus objetivos, sus procesos operativos, los recursos que necesita, quien se hace cargo de ella, los criterios y las modalidades de evaluación.

El psicólogo encargado del área de Rehabilitación y Cura y del equipo que él coordina son responsables de la ejecución de las actividades en la comunidad; esto significa que a las tareas de coordinación en los diferentes niveles y de ejecución, los operadores añaden también la tarea de sostener y motivar a los usuarios en el proceso de asunción de tareas cada vez más complejas.

El psicólogo y su equipo discuten y construyen el programa de tratamiento que deberá tener una vigencia mínima de tres meses. Y está constituido por siete grupos de actividades:

1. Actividades de servicio a la comunidad: limpieza y aseo de la estructura de tratamiento, preparación de alimentos, aseo personal, mantenimiento ordinario de la casa, etc.
2. Actividades productivas: talleres de maquila con objetivos productivos y otras actividades con los mismos objetivos.
3. Actividades lúdico-recreativas.
4. Actividades educativo-formativas: recuperación y completamiento de la escolaridad, talleres de capacitación y formación, etc.
5. Actividades expresivo-manuales: talleres de teatro, pintura, música, etc.
6. Actividades elaborativo-formativas: (Son aquellas en las que se trata poner en conexión el pensamiento con la acción y la acción con el pensamiento) Reuniones de grupo para la programación y la

evaluación de las actividades, reuniones de grupo para la elaboración de los aspectos relacionales y emotivos de la vida en grupo (grupos de discusión autoconcentrados, grupos de psicoterapia), grupos para la evaluación de los procesos de tratamiento.

7. Tiempo libre: No es un rubro de actividades, sino una ocasión en la cual, una persona puede utilizar una parte del tiempo en la vida comunitaria, en actividades no programadas y concertadas con los demás¹.

El equipo del área a través del acompañamiento y la evaluación de las habilidades, capacidades y competencias de los pacientes, crean una estructura de trabajo en la cual cada persona en tratamiento, tiene una responsabilidad para con el grupo de pacientes, los operadores, la estructura de tratamiento y su propio proceso de rehabilitación; de manera tal que cada paciente se le nombra responsable de: la limpieza de la casa, la preparación de los alimentos para el grupo, el mantenimiento de la casa, el taller de carpintería, el taller de panadería, las actividades deportivas, etc. Esto no quiere decir que el nombrado deberá hacer él sólo todas las labores concernientes a su responsabilidad, sino que él tendrá a su cargo para la actividad a la que fue asignado al resto del grupo, de manera tal que actuará como coordinador específico y ejecutor de su propia área de trabajo. En ese sentido cada uno de los participantes del programa terapéutico vive experiencias que en el transcurso de su tratamiento lo harán ubicarse en una etapa o fase del mismo, pero que también lo harán enfrentarse con las dificultades que significan pasar de un pensamiento y acciones primarias y simplificadas a pensamiento y acciones secundarias y complejas.

Para tal efecto el psicólogo responsable de la rehabilitación a través de los operadores que dan acompañamiento a los pacientes, tiene el conocimiento de las facilidades y dificultades de cada paciente, de modo tal que hace énfasis en éstas y dirige el acompañamiento a lograr que el paciente trascienda y se ubique en un nivel de cada vez más complejidad y responsabilidad.

¹ Fundación Ama la Vida I.A.P. (2000) "Manuales operativos", México D. F.

Como había dicho en páginas precedentes, el tratamiento es un proceso articulado en cuatro pasajes, mismos que tienen características peculiares, tiempos, objetivos específicos, procesos operativos, etc. Veamos como está estructurado el proceso de tratamiento.

3.1. Fases del proceso.

La primera fase llamada **pertenencia** tiene como objetivo favorecer la experiencia de la pertenencia a un grupo y la asunción de los límites impuestos por un contexto de vida organizada. El psicólogo acompaña en el proceso y pone atención a las modalidades de introyección del encuadre de vida comunitaria, a la habilidad en la ejecución de tareas concretas y limitadas respecto a las posibilidades reales de la persona, para lo cual deberá participar activamente en los siete rubros descritos anteriormente.

En un sentido más amplio el primer pasaje está caracterizado por la experiencia de la pertenencia a un grupo y a un contexto de vida organizada. El respeto de horarios, normas, la participación en la ejecución de actividades específicas con horarios y tareas bien definidos, además de favorecer la recuperación de competencias manuales en un contexto de real utilidad para el medio en el cual la persona vive² Es así que la persona aprende a vivir en un grupo organizado y a ser parte de él. El establecimiento de este estilo de vida se realiza de manera crítica, es decir, a través de la realización, también de momentos en los cuales es posible explicitar el sentido de lo que se está haciendo, manifestar y analizar el sentido de las respuestas de orden afectivo y emotivo que se asocian a esta fase de aprendizaje y formación. Si la evaluación del proceso de esta primera fase tiene indicadores objetivamente observables en las manifestaciones

² No se trata de una experiencia lúdica, sino favorecer la constitución y la creación de un criterio de orden.

conductuales de las personas en tratamiento³, es decir el razonable y elástico acatamiento de normas dentro de la vida de un grupo organizado (hablamos de la experiencia vívida del límite) es pensable decir que se está cumpliendo con la labor de elaboración y transformación de la cualidad de las relaciones entre las personas y de las estrategias con las cuales cada persona trata de resolver sus estados y situaciones de sufrimiento. En ese sentido la persona en tratamiento comienza a vivir la experiencia del segundo pasaje.

Para que los objetivos de esta primera fase se cumplan se plantean los primeros cuatro meses del tratamiento en Rehabilitación y Cura.

En el segundo pasaje, después de que la persona se ha dado cuenta y ha demostrado a los demás que tiene competencias específicas para realizar tareas limitadas, con el acompañamiento de los operadores o psicólogos u otros usuarios más experimentados, se le propone explicitar otras potencialidades y emplear otros recursos de su persona. Es en la organización, la gestión, la realización de actividades específicas con la participación de otros usuarios, que se le pide manifestar y utilizar capacidades de programar con sentido de realidad, en el respeto de las posibilidades suyas y de los demás, fijándose objetivos precisos, sabiendo involucrar a las personas para obtener su colaboración, etc. Ya no se trata como en la primera fase de una responsabilidad personal, sino de una responsabilidad más amplia y compleja, también de la colaboración de los demás. Esta segunda fase no implica el abandono de las competencias adquiridas en la primera, al contrario exige que éstas se manifiesten con mayor constancia y coherencia. Se trata de una participación en la vida comunitaria en la que se puede a prueba en un nivel más complejo, la identificación con y la introyección de un modelo de vida organizada en grupo.

Se le llama a esta segunda fase **individuación** en la medida en la que la persona, después de haber vivido en un primer momento, una intensa experiencia de vida en grupo organizado, construye, con sus competencias y

³Es posible confundir el acatamiento de reglas y normas del dispositivo terapéutico con una transformación en profundidad. Lo que correspondería solo a un condicionamiento sumiso e irreflexivo, reproduciendo la experiencia pasiva y sujetante, es decir de dependencia

habilidades, un espacio personal, una modalidad individual de participación activa a la vida organizada en grupo.

En el tercer pasaje el psicólogo y su equipo de trabajo prevén la participación del paciente en un nivel de mayor responsabilidad. Se trata de participar en la programación, ejecución, coordinación y control de áreas completas de actividades. Se busca aquí, por lo tanto, poner a prueba la capacidad cognitiva de la persona en manejar situaciones muy complejas y su capacidad emotiva y afectiva para entender y contener las angustias derivadas de los límites impuestos por la realización de su tarea. La realización con éxito de esta fase implica en los contextos conductuales, emotivos afectivos, emotivos y cognitivos, que la persona haya logrado algunos niveles de maduración (integración y complejización) En el nivel conductual la persona ha logrado integrar capacidades de ejecutar tareas y actividades específicas, hasta poder constituir para las demás personas de su grupo. En el nivel cognitivo, ha logrado explicitar su capacidad de análisis, síntesis y de pensamiento organizado, que le permite planear, programar y evaluar sus actividades y las de los demás en el respeto de la realidad. En los niveles afectivo, emotivo y relacional, el paciente ha logrado establecer con los demás, relaciones destinadas a la constitución de un grupo de trabajo, siendo capaz de contener sus propias angustias y temores y los de los demás.

Se ha llamado a este tercer momento de tratamiento **socialización**, en la medida en que es en el contexto de la vida comunitaria en su conjunto, que la persona tiene que explicitar las capacidades, competencias, habilidades, actitudes adquiridas en el transcurso de los pasajes precedentes. En este momento, en el curso del cual la persona restituye a la organización comunitaria lo que ha recibido, se concretiza una forma de socialización que implica, al mismo tiempo, la asunción de responsabilidades de coordinación (y con esto, el reconocimiento de los lazos construidos y de las competencias adquiridas) y la atención constante y responsable a la vida de todo el grupo.

En la construcción del cuarto pasaje el psicólogo junto con su equipo busca promover el proceso de **separación** de la persona desde la comunidad terapéutica: desde el grupo, desde el encuadre, desde los procesos operativos y su inserción en la CR. En esta fase la persona diversifica su participación a la vida comunitaria introduciendo un área de actividades que él planea, de acuerdo con el equipo de operadores, y ejecuta de manera autónoma. Se puede tratar de actividades de participación en programas de prevención, en recuperar o terminar la formación escolar o profesional en la búsqueda de un empleo, de un alojamiento, en el restablecimiento de las relaciones familiares y amigos, etc. En la CTF se organiza una oportunidad de elaboración, evaluación y control de las iniciativas autónomas de esta cuarta fase.

Para evitar que se tornen crónicas, cada una de las fases tienen definidos tiempos que pueden ser variados en función de los datos sobre los éxitos que se vayan recogiendo. Sin embargo estos tiempos constituyen un marco de referencia en el interior del cual se puede actuar con elasticidad, teniendo en cuenta las características de las personas en tratamiento.

3.2. Programa de tratamiento.

El proceso de tratamiento con todo su contenido, es decir personas (usuarios), equipo operativo, tiempos, fases, y en sí todo el trabajo de la comunidad terapéutica se encuentra cimentado por el programa de tratamiento; en él se llevan a cabo diferentes actividades dentro de los rubros de trabajo establecidos en la estructura del proceso terapéutico.

Como ya había mencionado el programa terapéutico se construye en el área de Rehabilitación y Cura por el psicólogo a cargo y su equipo de trabajo. Este programa debe contemplar 16 horas de trabajo y 8 de descanso los 365 días del año. Con horarios lo bastante apretados como para generar un trabajo terapéutico pleno. Cabe mencionar que estos horarios no sólo incumben a los pacientes, sino también a los operadores encargados de mantener vivo el

trabajo en la comunidad, y a todo aquel que tenga un mínimo espacio de convivencia con los pacientes. A manera de mantener el encuadre⁴ que dará sentido a la vida dentro de la comunidad terapéutica.

Un día de trabajo en la comunidad terapéutica comienza a las 5:55 de la mañana cuando los pacientes dentro del sistema residencial despiertan y se preparan para realizar una rutina de acondicionamiento físico de 30 minutos, posteriormente tienen el mismo tiempo para asearse y poner en orden el dormitorio, así como el baño que usan por su paso en la CT. A las 7:00 da inicio la preparación del desayuno que prepara un solo paciente coordinando al resto del grupo en tareas concernientes a la misma labor (al mismo tiempo que uno prepara los alimentos otro lava los utensilios de cocina utilizados para la elaboración de los alimentos, otro arregla la mesa para sentarse a comer, etc.) A las 7:30 los pacientes residentes están listos para ingerir el alimento, dejando la cocina limpia para las 8:00 tiempo en que da comienzo la asamblea, donde se integran los pacientes en la modalidad semiresidencial. En esta asamblea participan además de los pacientes el operador en turno de guardia y el operador que toma cargo la CT por la mañana, además de un familiar que haya acompañado la guardia nocturna. Y tiene como objetivo organizar el día, es decir repasar las actividades que durante el día realizará cada uno de los pacientes, las necesidades materiales para cumplir con la tarea y los tiempos establecidos a la misma, además de saber si se cuenta con la participación de alguien ajeno al programa o de algún familiar que de acompañamiento en una actividad específica. También es el momento en que el operador en turno notifica si habrá

⁴ El encuadre son las normas mínimas como horarios, acuerdos, prohibiciones, responsabilidades a las cuales los miembros de la CT se sujetan y que garantizan la seguridad de los pacientes y la eficacia del programa terapéutico. Cabe señalar que un encuadre totalmente rígido genera en quienes lo viven rebeldía y hasta en ocasiones violencia; el otro extremo es un encuadre laxo, mismo que crea un caos en donde todo se vale y da pie a la reproducción de conductas inconscientes que caracterizan los procesos adictivos. Un encuadre flexible tendrá la fortaleza para soportar los intentos de trasgresión y permite que los pacientes se involucren en el establecimiento y cumplimiento de normas.

ingresos nuevos, además de la participación de cada uno del equipo en los diferentes espacios del programa de tratamiento.

La actividad académica comienza a las 8:15 y es conducida por un asesor que toma al grupo en cargo después de una charla breve con el operador en donde éste le enuncia los pormenores de cada paciente y da indicaciones respecto al tratamiento de algún paciente en ese momento o le pide observar el comportamiento en grupo o individual. Al finalizar esa actividad los pacientes toman un tiempo libre que lo mismo pueden ocupar en jugar un poco que en adelantar una actividad que les implique o repasar el aseo mal hecho e indicado por el coordinador del grupo.

A las 10:30 da inicio una actividad productiva donde cada uno de los pacientes juega un papel muy importante en el producto del trabajo grupal, y es en ese trabajo donde cada uno de ellos proyecta su estado de ánimo, su estado físico, e intelectual; es también uno de los rubros de actividades que contienen la fuerza que genera el trabajo diario en grupos organizados. Se convierte también a corto o mediano plazo en la posibilidad de elegir en desistir o continuar con su tratamiento, debido a que estas actividades tienen la finalidad de obtener remuneraciones por medio del comercio de los productos, para que los pacientes puedan hacer uso de su dinero al finalizar su tratamiento, aporten una cantidad simbólica como pago por su tratamiento y obtengan materiales necesarios para su estancia en la CT.

15 minutos antes de las 13:00 horas, uno de los pacientes abandona el trabajo y se prepara para elaborar los alimentos del medio día para todo el grupo y el operador en turno. A las 14:00 horas otro compañero apoya la actividad de forma que para las 14:15 las cosas están a tal punto que el resto del grupo solo da los últimos toques al comedor para sentarse a comer a las 14:30. La comida finaliza a las 15.00, tiempo en el que los encargados de lavar trastes realizan su trabajo y los demás del grupo hacen limpieza de la casa en todos los espacios asignados y coordinados por el responsable de la actividad, para dar fin a las 15:30, y dependiendo del día se realizan actividades como por ejemplo los

lunes: se lleva a cabo una actividad llamada grupo de organización. Es un espacio donde los pacientes dentro del marco de las posibilidades, organizan 15 días de trabajo, es decir encuadran con 15 días de anticipación las ocurrencias de los próximos días, los participantes, los materiales, los horarios, los espacios físicos, las visitas a chequeo médico los seguimientos escolares, etc. Para continuar con una actividad lúdica a las 16:30: Jugar ajedrez, con el acompañamiento del asesor responsable en ese momento del grupo. El operador del turno vespertino da sus apreciaciones grupales e individuales de los pacientes y da indicaciones de lo que puede y no puede hacer en ese momento, además de lo que puede esperar de algún paciente. Después del juego de ajedrez se repite el tiempo libre de 15 minutos para dar paso a la actividad denominada grupo de reflexión que como su nombre lo indica consiste en que cada uno de los pacientes tenga un espacio de elaboración del material psíquico que la convivencia, el trabajo y la emotividad de la vida en la CT le producen. Este espacio es conducido por el psicólogo responsable del área de Rehabilitación y Cura y realiza sus anotaciones para realizar las actualizaciones en los expedientes para así, tener el material de trabajo que será la guía del tratamiento de los pacientes. Cabe señalar que no sólo es ese espacio lo que brinda esa información, sino todo el día comunitario arroja ese tipo de información, sólo que es ahí donde el psicólogo tiene la posibilidad de recoger el material vertido y realizar las devoluciones que hagan avanzar el trabajo grupal. Para las 19:00 horas se cierra el día participando el operador del turno vespertino y el operador de guardia, además de algún familiar asignado para acompañar la noche. Es el espacio donde se repasan las dificultades para poder llevar a cabo lo planeado por la mañana, no es un espacio terapéutico se trata de un momento en que cada uno de los pacientes intenta dar redondeo a las actividades, sus dificultades, poner nombre a lo que siente, identificar donde estuvieron sus fallas y reconocer sus aciertos, saber donde tiene que poner mayor atención etc. El cierre del día finaliza a las 20:00 horas cuando los pacientes del sistema semiresidencial abandonan la CT en compañía de sus familiares.

A las 20:00 horas los pacientes preparan la cena (que al igual que el desayuno y la comida están determinados en un menú que se elabora en el grupo de organización) para dar fin a las 21:00 horas tiempo en que escriben un diario personal de 15 minutos, otros 15 minutos son de tiempo libre. Y a las 21:30 horas los pacientes deciden lo que harán en 30 minutos relacionado con el día siguiente (arreglar su ropa, adelantar la comida, el aseo, etc.) para dormir a las 22:00 horas.

En días Domingo las actividades se realizan fuera de la cede de tratamiento. Estas actividades son programadas también por el equipo que labora dentro del área de Rehabilitación y Cura. Se mantiene el mismo bloque de actividades hasta las 9:00, hora en la que el grupo está listo para salir junto con el operador al lugar donde se llevará a cabo la actividad. Las actividades se realizan cuidando el encuadre que se guarda dentro de las instalaciones de la CT, es una especie de ensayo cotidiano de cómo sería su vida fuera de la CT, ensayo en el cual los pacientes designados ponen en práctica las habilidades adquiridas en el continuo aprendizaje de vivir en grupo organizado, respetando las jerarquías que se han establecido dentro del grupo de trabajo y que los operadores apuntalan, lo que representa un constante ejercicio de la autoridad⁵ y que a su vez se traduce en la incorporación de la misma, del límite, del grupo en su totalidad.

Al regreso a la CT se cierra el día con el mismo formato que los días anteriores.

⁵ Entiéndase como autoridad a la figura que preside un encuadre, es decir que establece los límites que mantienen protegido al grupo. En otras palabras los operadores se encargan de proteger al grupo presidiendo el encuadre ante el coordinador de grupo y éste hace lo propio hacia el resto del grupo.

Podemos entender como autoridad al papel “paterno” que juegan los operadores ante el grupo de pacientes. En esta interacción se produce el material de trabajo que se lleva a los grupos de reflexión y en donde los pacientes ponen en juego las relaciones de proyección, identificación, identificación proyectiva y proyección identificatoria, explicadas anteriormente.

Cada operador que haya conducido alguna actividad con el grupo de pacientes se ve obligado al registrar en la Hoja de Diario los sucesos que considera más relevantes con cada uno de los pacientes y también dejar escrito en una bitácora su actuación ante el grupo y la actuación del grupo ante él y ante la actividad. Esto da la oportunidad de que el operador que toma la actividad siguiente, tenga un panorama general de lo acontecido con el grupo y sepa que posición tomar ante éste.

De la hoja de diario y del expediente mismo, se extraen el conjunto de anotaciones que representan el material de Análisis de casos que lleva cabo el responsable del área de Rehabilitación y Cura, junto con su equipo de trabajo. De este análisis se extraen los indicadores que hacen saber al equipo la evolución de cada paciente, referente a la fase de tratamiento por la cual está atravesando y las responsabilidades que tendrá, al jugar una posición determinada ante el grupo y ante el equipo de operadores⁶ Estas conclusiones se le hacen saber al paciente en un espacio mensual llamado “evaluación”. En ésta se le escucha al paciente hablar sobre su estado de ánimo ante sí mismo, ante el grupo y ante el equipo de operadores; su actitud ante el grupo, las actividades y ante el equipo de operadores. Se le hacen saber las conclusiones a las que ha llegado el equipo operativo después del análisis de su caso específico; es así como se le señalan los aspectos que el equipo considera que el paciente debe poner mayor énfasis y que desembocaran en una evolución significativa tendiente a trascender las fases de tratamiento del área de Rehabilitación y Cura. También se le informa de las nuevas responsabilidades que tendrá a su cargo y de lo que implica ese nuevo “status”. Este status lo hace al mismo tiempo un referente para los pacientes más nuevos dentro del

⁶ El nombramiento de los pacientes en una determinada responsabilidad y posición ante el grupo, puede ser confundida con privilegios adquiridos por tener una posición diferente a la del resto de grupo, sin embargo no es así. Esto quiere decir que el coordinador (por ejemplo) no tiene mayores capacidades que el resto del grupo, sino que está mayormente experimentado en cuanto a lo vivido en la CT y sobre de él recaen decisiones importantes que afectan al todo grupo, aun así, él debe reconocer las habilidades de cada uno de sus compañeros y hacerlas valer como un recurso más al servicio del grupo y de la CT.

programa de tratamiento, lo cual cualitativa y simbólicamente es una responsabilidad más que, a pesar de no ser explícita⁷ los pacientes experimentados descubren poco a poco y asumen en la medida del material analizado y elaborado en las sesiones grupo de reflexión.

Esta forma de organización emula en todo su carácter la organización propia de la Comunidad Terapéutica mostrada con antelación; es decir que los operadores se encargan de delinear mediante el acompañamiento de cada paciente la forma que ha de tomar la “subestructura” Se dibujan los lugares que cada paciente tomara desde la coordinación general de grupo hasta la responsabilidad con menor fuerza. Pongamos de ejemplo el funcionamiento en el área de talleres. Existe un coordinador general, un responsable por cada área que existe en la CT (limpieza, cocina, escuela, seguimiento medico, etc.) y por cada taller que estructura el área productiva de la CT (carpintería, panadería, jardinería, etc.)

El responsable del taller de panadería funciona como coordinador de su taller y tiene que ver el abastecimiento de los aranceles para la hechura de pan, en caso de que algún ingrediente escasee deberá reportarlo al operador responsable de dirigir ese taller y este de abastecer de la materia prima que se le esta requiriendo, al mismo tiempo el responsable del taller indica a cada paciente los que harán en esa semana (para este momento todos los participantes conocen como se hace cada una de las labores intrínsecas al la elaboración del pan, como batir huevo, preparar las medidas de cada pan, hacer ralladura, hornear, contar y empaquetar, etc.) De ese modo echa a andar un taller productivo; el producto dependerá de la calidad del trabajo que cada paciente realice; en este punto el operador funciona como un acompañante del grupo e interviene en para corregir y retroalimentar el trabajo de los pacientes, se acerca al responsable para indicarle donde tiene que poner mayor atención, puede hacerle ver que el pan está saliendo quemado, insípido, salado, muy

⁷ Esto no significa que en ocasiones un paciente con más tiempo no se haga cargo explícitamente por indicación de los operadores de conducir a un paciente de nuevo ingreso por un tiempo determinado. Y resalto esto no ocurre las más de las veces.

dulce, crudo, o que alguno de sus compañeros no está cumpliendo con las normas de higiene, etc. En ese sentido el responsable ejerce autoridad en sus compañeros y puede exigir calidad en la realización del trabajo a cada uno de sus compañeros, no se trata de un capataz, sino de una persona que entiende que de la calidad del producto que salga a la venta dependerán los ingresos de todo el grupo y que los ingresos están basados en el buen aprovechamiento de la materia prima y de los recursos materiales.

Por último cabe señalar que la estructura organizativa de la CT pondera la tensión vertical: El director presiona al coordinador, el coordinador a cada responsable de área, el responsable de área al operador de área, el operador de área al asesor de actividad (en caso de estar frente al grupo) o en su defecto al coordinador del grupo de pacientes y la relación se reproduce con cada paciente. A este tipo de tensión se denomina tensión productiva y es una hipótesis que cimienta el trabajo en la Comunidad Terapéutica.

Conclusiones.

Hablar de tratamiento de farmacodependencias, la mayoría de las ocasiones nos remite a un espacio donde todo está dado, y no hay más, que llevar al “enfermo a que lo curen”. Sin embargo el trabajo en una Comunidad Terapéutica, no es algo determinado y rígido en su consolidación, sino un proceso de constante búsqueda y experimentación del modelo de tratamiento construido a lo largo de la historia de las comunidades terapéuticas o lo que en su momento se llamó *Terapia Institucional*.

En este caso el modelo al cual he hecho alusión, propone un marco de trabajo conocido como experimentación en la acción, con los instrumentos de evaluación necesarios. El encuadre conceptual está inspirado en posiciones psicoanalíticas, mismas que siguen siendo objeto de formación por parte del equipo operativo. Existen muchos problemas debido en gran parte a las diferentes situaciones que se encuentran en la Ciudad de México y también al hecho de que las conductas adictivas se están modificando y se modifican también los acercamientos explicativos.

Como se señala en el capítulo 2 la experimentación en la acción, ha permitido la implementación de instrumentos estándar de diagnóstico propuestos por el DSM IV y por otro lado el establecimiento de criterios para identificar el mejor contexto de tratamiento para los usuarios. Esto quiere decir que la Comunidad Terapéutica en su carácter de máximo control, no es un espacio diseñado para todas las personas, sino que se realiza desde la Recepción, la selección de las personas que pueden vivir una experiencia de grupo organizado. Esto se debe a que el dispositivo de la CT no está diseñado para personas con rasgos “psicóticos” por ejemplo, debido a la dificultad de incorporación de la alteridad en el psicótico y debido también a que el principal recurso de trabajo en una Comunidad Terapéutica es el grupo. Esto se contradice con los principios para los que fueron creadas las comunidades terapéuticas, porque primordialmente son espacios de reconfiguración psíquica y después se le añaden otros

elementos al “sufrimiento psíquico de las personas como ser consumidores de sustancias psicoactivas”.

Esto no exime que alguien que consume cocaína no tenga una organización de su personalidad Border Line (estado fronterizo) o tenga características antisociales. Situación diferente es la que se refiere a buscar en el paciente una *estructura* de personalidad como algo preestablecido que delimite las intervenciones ulteriores y cargar de toda “culpa” a la estructura u organización de personalidad. Esto acerca a una ecuación fisicalista que parece decir: *por explicado, resuelto*.

El miedo es otro factor que impide que una persona ingrese a formar parte del grupo de la Comunidad terapéutica; el miedo a que el grupo que se encuentra conformado se desconfigure porque está por ingresar alguien que fue calificado como “antisocial” y el ser antisocial significa que el grupo puede sucumbir ante el influjo que el “antisocial” ejerza sobre él, lo cual se convierte en un sinónimo de anticomunidad. Situación sumamente lamentable en tanto que esta decisión esté tomada bajo los prejuicios del entrevistador y tanto más la que se refiere a que la mayoría de los consumidores de sustancias al acudir a este tipo de espacios, es porque ha tenido experiencias delictivas en la obtención de la droga y el consumo de droga es calificado por si mismo como algo antisocial, entonces tenemos una nueva contradicción: *“se da tratamiento a adictos, pero que no sean antisociales”*.

Por otro lado está implícito el conflicto que encierra la misma palabra y que encierra en sí el conflicto al que todo adicto (prefiero llamarle toxicómano) se encuentra sujeto, hablo del conflicto jurídico-medico, pues por una parte al consumir drogas y sobre todo *ilegales*, el individuo es un *delincuente*, pero como consume drogas entonces es un *enfermo*. ¿Cómo resolver esto de manera tal que médicos y juristas queden conformes? Una forma (y la más utilizada) es hacer que el dependiente de sustancias cumpla su “castigo” en un tratamiento de rehabilitación y de no ser así se puede usar la desintoxicación como método paliativo. Para la primer propuesta la CT puede acceder o no, dependiendo del

resultado que las entrevistas y las evaluaciones arrojen respecto a que dicha persona pueda vivir el encuadre de la CT. Para la segunda propuesta la CT no tiene posibilidades. Es por eso que se echa mano de recursos como los instrumentos de evaluación de dependencia, abuso o experimentación de sustancias psicoactivas, de los criterios de selección del contexto de tratamiento, criterios de evaluación de conductas antisociales, etc. Para tener una idea más precisa de las personas que efectivamente pueden ser ayudadas por este tipo de acercamientos. Del mismo modo la delimitación del tratamiento en fases y tiempos permite tener una descripción de los momentos más relevantes del proceso de tratamiento y empezar a evaluar separadamente y en conjunto. Sin embargo aun no se cuenta con los instrumentos para realizar evaluaciones objetivas hacia los pacientes. Se experimentan algunas formas de recopilación de datos pero constantemente se modifican.

Continuando con el paradigma médico-jurídico, para la toxicomanía es un problema de drogas y desde este ángulo merece su categoría de enfermedad, pero también se encuentra en el campo de la semiología médica donde los signos son de la ocupación médica (lo blando, duro, cálido, frío). En este orden de cosas el consumo de drogas representa para el médico el signo de la enfermedad en tanto personaje que sabe y de esa forma deslinda la dimensión misma del individuo. Una definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de toxicomanía dice: *Estado psíquico y a veces físico resultado de la interacción entre un organismo viviente y un medicamento*. Esto hace del consumidor un ser mudo, pues el lenguaje no tiene ningún lugar esencial en la relación con el problema de consumo de drogas y por otro lado cualquier ser viviente (una planta) puede ser toxicómano del mismo modo que un ser hablante. Ahora, los seres “vivos” y los medicamentos son representantes de dos órdenes que los contienen: el orden biológico y el orden social; de esta forma en la definición no existe dimensión social humana porque el fundamento del problema es biológico, así se comprende mejor por qué se alude al ser viviente y no al ser hablante: porque se borra la relación del sujeto con el objeto droga; es decir la biología considera como causa biológica lo que desde otras

perspectivas sería el resultado. Entonces el objeto droga se convierte para el consumidor o el toxicómano en la fuente única del placer, pero este deslinde de la parte social humana de la relación toxicómano-droga da un punto más en el cual pensar: Que el toxicómano de lo que enferma es de biologizar su vínculo con la droga, de modo tal que se ve atrapado en una especie de banda de moebius que sería el equivalente al esquizofrénico de Laing que vitalicia su "enfermedad" Queda de relieve que el concepto de toxicomanía forjado en el seno del discurso médico es un tipo particular de lectura de la realidad que está puesta al servicio de una concepción teórica.

Hablo pues, de que el trabajo con toxicomaniacos en comunidades terapéuticas pone énfasis en el carácter social de las relaciones que estos individuos establecen y también de que el trabajo está siendo realizado por personas que ponen toda su emotividad en juego al servicio de la restauración del daño psíquico de los toxicómanos.

Referente a las fases de tratamiento, éstas se describen de forma escalonada, sin embargo esto no significa que los pacientes atraviesen consecutivamente por cada una de estas fases. Puede que un paciente no tenga dificultades para socializar, pero que tenga muchas dificultades para pertenecer a un grupo, o en otras palabras que las dificultades de pertenencia estén relacionadas directamente con situaciones de desarraigo. Podemos encontrar el anverso: personas con facilidad para pertenecer a un grupo, pero con dificultades para socializar. De esta forma se pueden encontrar todas las combinaciones posibles por las que atraviesan las personas que se acercan a una CT, lo cual hace complicada la labor. Suponiendo que un paciente se encuentre con dificultades para individuar (separar su yo del resto del grupo y comenzar a preguntarse quien es ahora), pero con mucha facilidad para socializar; esto no lo pondría, por tener actitudes que demuestren que esta tercera etapa la desempeña con gran habilidad, efectivamente en una tercera etapa, ni que por fuerza deba vivir una fase de individuación eterna o hasta que al menos de indicios de trascender

ésta. El hecho de que un paciente realice trabajos excelentes de manera autónoma no lo coloca en una etapa de autonomía (en ocasiones estas actitudes nos seducen, pues creemos que el paciente ha tenido una evolución maravillosa y que está apunto de ingresar a una fase de reinserción) sino que podría estar poniendo en acto todas sus resistencias a generar pertenencia a la Comunidad Terapéutica, pertenencia que le haría sentirse reconocido en los actos y las palabras del grupo. En fin el tratamiento no es algo lineal, sino una situación con muchísimos vericuetos a los que el equipo de profesionales psicólogos deben enfrentarse. Por tales situaciones los psicólogos interesados en esta área deben estar entrenados en manejo de grupos, con lecturas psicoanalíticas, antropológicas, sistémicas y toda una gama de conocimientos que lo fortalezcan para saber tomar su posición como soporte de un grupo en tarea. Esto lo digo porque el operador (el psicólogo) es parte de una pirámide. Estamos acostumbrados a ver las pirámides con un solo ángulo superior; la pirámide a la que me refiero tiene dos ángulos superiores y uno inferior. Esta analogía sirve para explicar como el operador psicólogo con sus conocimientos académicos está colocado en esa parte angular inferior de la pirámide. Actúa como soporte de toda la estructura de trabajo que yace sobre de él. Es por eso que además de las características profesionales del operador, referidas con antelación, se requieren las habilidades que tenga en su vida cotidiana, como saber jugar fútbol (con lo cual podría organizar un equipo de fútbol hacerse cargo de las rutinas de entrenamiento, inscripciones a torneos, revisiones médicas constantes) tener conocimiento en primeros auxilios y crear un taller de primeros auxilios para los pacientes o familiares de pacientes en tratamiento, saber cocinar y hacerse cargo del acompañamiento en las responsabilidades de cocina que le corresponden a un paciente, etc. Estos conocimientos "informales" forman parte de un currículum oculto y que en otras áreas, incluso mencionarlo sería ridículo. En la CT es vital este conocimiento, pues el proceso de tratamiento no es algo fuera de la realidad por el simple hecho de que se dé dentro de un set destinado a ello y que está basado únicamente en las sesiones de terapias grupales dos veces a la semana. Es un intento por acercar a las

formas de vida más cotidianas de las personas en donde se tienen que hacer cargo de la preparación de sus alimentos de procurarse salud, trabajo, de establecer horarios y rutinas específicas básicas.

El pensamiento de que el tratamiento es estar en un maratón de horas de terapia se lo debemos a los grupos A.A. donde efectivamente así ocurre. En el estrado (en este caso un podium que hace las veces de tribuna) se coloca un “compañero”, mismo que cuenta su experiencia con el uso de sustancias psicoactivas y a través de este relato, el resto de los asistentes toman del discurso las partes identificatorias de su propio proceso de vida. Este discurso se encuentra matizado por toda clase de improperios que agudizan un proceso de culpabilidad y chantaje emotivo o por el contrario resentimientos y odio. De manera tal que cuando hablamos de tratamiento en una CT, las personas esperan la ocasión de que el terapeuta tome la “tribuna”. Dentro de los mismos grupos A.A. existen los conocidos “anexos” que son lugares de internamiento en donde los dependientes de sustancias son llevados a que los “curen” No son desconocidas las historias que pululan en los programas de noticias televisivos acerca de que en “un lugar de rehabilitación de adictos” se usan métodos no muy profesionales que van desde el castigo sin comer hasta el maltrato físico. Esto toma sentido, pues las personas consumidoras de sustancias y sus familias antes de pedir el servicio en una CT, como forma de resarcir el daño prueban toda forma de tratamientos que van desde lo médico, hasta lo espiritual, pasando por los anexos o grupos de 4° y 5° paso de A.A. Y digo que cobra sentido esta breve descripción, pues las personas cuentan con un largo periodo de institucionalización y al mismo tiempo con una historia de fracaso y frustración. Un espacio como una CT significa más que una alternativa diferente de tratamiento, una oportunidad nueva para el fracaso o para reiterar la posición de impotencia que acompaña a todo intento de “rehabilitación” Desde luego el dependiente de sustancias cumple cabalmente con su papel. Papel que le ha sido asignado a lo largo de la historia familiar. Historia que hace que cada integrante de la trama familiar tome su lugar, y el toxicómano toma el lugar de expiatorio. Ese lugar es importantísimo en el sostenimiento del funcionamiento

familiar, pues al ser poco a poco expulsado por su propio carácter de dependiente de sustancias (y como decía antes, el toxicómano tiene experiencias delictivas que comienzan en la misma casa; roba cualquier objeto de valor que vende o intercambia por droga en más de una ocasión) es también echado fuera con toda la gama de conflictos familiares irresueltos y culpado por ellos. No quiero hacerlo ver como una víctima de las circunstancias familiares, sino trato de dar forma a un modo de organización(no solo familiar), que toma al adicto como lo que en su momento fueron los leprosos, los tuberculosos, los locos, para el orden social, un objeto de castigo como representante del signo del mal, que es la droga. Este complejo proceso de persecución (combate al tráfico, a la venta, al consumo, (*operación mochila segura por ejemplo, o ahora el examen antidoping a alumnos de secundaria*)) y punición de sus consumidores representa el problema fundamental de lo que es en realidad la **Institución de la farmacodependencia**. Institución no entendida desde el sentido de unidad positiva universal, definida con una función social normativa, y de regulación colectiva. El carácter de institución del que hablo para la farmacodependencia se refiere al universo de significaciones sociales que adquiere el empleo de drogas en la sociedad moderna, las sanciones que instituye y los mecanismos que organizan las relaciones sociales en una modalidad que puede entenderse como una *cultura del filicidio*. Esto hace referencia a la tendencia social de persecución contra la droga y el drogadicto que se manifiesta en el deseo punitivo contra un personaje que aun no está del todo definido: los “jóvenes de las sociedades humanas”. La droga adquiere un carácter fantasmal, como un monstruo que asedia y pone en riesgo a los jóvenes, representada así, fortalece la práctica de persecución y apoya la “ilusión” de que la drogadicción es asunto exclusivo de jóvenes, como si los adultos no consumieran drogas.

Su sentido profundo corresponde análogamente al poder que tendría una bruja en plenitud, es el *elemento simbólico del mal* lo que pone en marcha el sistema de seguridad de las sociedades modernas. Quizás ahora la existencia de brujas y su mal no sea una verdad socialmente reconocida y compartida, pero las

drogas existen, y su poder reproduce ese mismo sentido del mal que actúa en el mundo para actualizar la pertinencia social del elemento negativo: **la drogadicción**. Así la drogadicción ha adquirido una eficacia simbólica que vehiculiza una tendencia social generalizada: *el estigma* en una cultura que olvida sus raíces históricas. En ese sentido entonces las personas también (valga la expresión) *enferman históricamente de significado*. El sentido de esta expresión quizás incomoda, se hace manifiesta al recibir a una persona en cargo en un proceso de rehabilitación. He hablado del complejo que es el tratamiento en una CT; instrumentalmente parece un espacio altamente diseñado para el reaprendizaje de comportamientos complejos y organizados. Sin embargo el proceso simbólico que adquiere por sí mismo estar en una situación de asistido, encierra en la propia constitución de las relaciones asistidos / asistentes, *“la eficacia simbólica del estigma”*. Ahí, donde la psicología parece formar un tipo de discursividad que reduce la cuestión a meras consecuencias de habituación y donde la visión médica esgrime como causa factores hereditarios o constitucionales, la antropología (no propone) sabe que existen medios de resignificación del símbolo: *“los procesos rituales”*. Tal vez el efecto del ritual correspondería a un efecto de “cura” (por aquello de enfermar históricamente de significado) Pero en las sociedades complejas y masificadas (hablo de las grandes ciudades), los procesos rituales han adquirido un sentido diferente al sentido estabilizador que poseen los rituales como medios homeostáticos de regulación del conflicto. Las metrópolis se han convertido en una gran masa de calles y edificios, donde cada cual su vida, sin contar todos los agravios que existen al vivir bajo una idea de progreso dependiente, pero basado en la idea tener cada vez más. La consecuencia necesaria de esto es el rompimiento de los compromisos comunitarios y grupales, es la ignominia de los lazos de correspondencia recíproca. En ese sentido, donde antes se encontraban actos afines al grueso de la población, con un carácter de unificación entre sus moradores (llámese barrio, vecindad, etc.) ahora existe la antítesis. Pero el proceso de consumo es en sí, un ritual, mismo que reactualiza la falta de significantes colectivos (desde el punto de vista que propone este trabajo).

Siendo así, el problema no queda resuelto con la implementación de horarios de rituales como podría pensarse en el caso de establecerlos como un método terapéutico con dependientes de sustancias. Aunque la idea no es del todo absurda, lo es pensándola como una actividad de un programa de actividades, pero su sentido terapéutico radica en las construcciones culturales que crea un grupo dentro de una misma circunstancia ser *adictos en tratamiento*. Quiero decir con esto que ese es un punto de confluencia entre dos disciplinas: la Psicología y la Antropología y que el fenómeno no es monopolio de ninguna disciplina (sé que esto no es nuevo desde la lógica formal de los saberes y quehaceres) Y particularmente en la Comunidad Terapéutica sobre la que versa este trabajo la utilización del ritual es una tarea de suma dificultad, por que por un lado los psicólogos no estamos acostumbrados a dar una lectura antropológica de los procesos de “cura” de los dependientes de sustancias, y por otro los antropólogos omiten los procesos subjetivos implicados en los contenidos de la cultura. Lo cual provocó las más de las veces que lo significativo de una situación que podría tener valor de ritual significativa para el grupo, se esfumara como un suspiro. Y esas situaciones probablemente se encontraban en actos cotidianos, como la hora de comer, los días de ingreso o egreso de un paciente, los pasajes de una etapa a otra. Si embargo el equipo no tenía la suficiente madurez como para dar la conducción a una situación tan espontánea dentro un dispositivo altamente controlado. Y quizás en otro momento la funcionalidad del ritual no existiría, pues los hechos jamás significan fuera del contexto donde adquieren su sentido.

El ritual es (en un sentido menos ortodoxo) la manipulación simbólica del conflicto (el ritual es la interpretación actuada de las pautas de organización social en una secuencia de acontecimientos que suceden en un orden articulado) Y ¿qué ocurre cuando el mencionado equilibrio no llega, cuándo la reproducción cultural no se produce, ni el cambio es posible?

Los rituales que llamo de cura suceden cuando estructuralmente existe un vacío; sobre éste aparecen mecanismos de restauración; es decir aparecen en momentos en que no existe capacidad de estructuración y son esos momentos

excepcionales, opera entonces más que la regla, la excepción. Situación por la cual (insisto) dentro del tratamiento de la CT la capacidad estructurante del ritual no era eficaz, vale tal vez decir que no había tales rituales, sino una suerte de juegos de artificio en donde a lo sumo se conseguía (va de nuevo) habituación, y lo más grave es que también producía en los pacientes la incredulidad de la eficacia del propio proceso de tratamiento.

El valor terapéutico del ritual, es el logro de la secuencia de pasos en el proceso, en la continuidad del movimiento, es además la permeabilidad de los actores del ritual que permita la explicitación de la regla de organización del juego que se representa, accediendo así, a la revelación de clasificaciones, categorías y contradicciones de procesos culturales complejos.

Sin embargo la propuesta de la psicología de estructurar el pensamiento a partir de los actos organizados cotidianamente es importantísima. Es el complemento antropológico lo que da un vuelco a la terapia, de modo tal que se pueda trabajar también el sentido del estigma y que el paciente pueda reconocerse en otros pensamientos y comportamientos que no están íntimamente ligados a vivir como profesión el ser *farmacodependiente*.

Este modo de investigar el fenómeno y la propuesta de intervención, va directamente a resignificar lo limitante y sujetante que es el significado en las sociedades modernas. Esta definición (me parece) aplica para diversos casos en los que el concepto y el significado del concepto se convierten en un lastre para toda evaluación de un proceso (para los fines actuales) terapéutico. Hablo entonces de los *discapacitados* (que hasta hace unos años no se les veía y que ahora son un gran negocio para las empresas que desean deducir impuestos mediante donativos) de los *seropositivos* (o atrozmente llamados *sidosos*, que después de ser un factor primordial de atención a escala mundial, pasaron a ser parte del olvido de las instituciones de salud y que ahora reactualizan su sentido de sufrientes mediante la propagación lastimera en colectas de dinero en el metro.) De los *gorditos*, de las personas con trastornos alimenticios como la *anorexia* o la *bulimia* (para los que la creciente demanda de estar en la línea encierra significaciones peligrosas, amenazas a la integridad psicológica y la

inexorable posibilidad del rechazo social) de los *niños de la calle* (que a pesar de que muchos pasan de los 18 siguen siendo a nuestros ojos unos pobres niños desvalidos a los cuales se les debe dar una *opción de vida* sin poder entender que la esa es una opción de vida que los coloca por años en una situación de esa magnitud) Tales reflexiones hacen volver la cara hacia las personas que cumplimos con el famoso contrato social, tan caro para las diferentes disciplinas, hacia las personas que tomamos en cargo la consigna de brindar atención a problemas de carácter social sobre nuestro ejercicio de la profesión (en este caso la psicología)

Volviendo al tema: en su momento mencioné que la CT funciona con una estructura netamente diseñada, en donde se hipotiza que la tensión puede mover dicha estructura. Digo esto debido a que la tensión (que intenta hacer aparecer la producción) es un elemento inherente al encuentro entre dos personas (como lo menciono en el capítulo 1 en la sección de los contextos de la Comunidad Terapéutica) y en ese sentido las personas en una situación terapéutica las más de las veces reaccionan ante esta tensión, lo cual dificulta el establecimiento de las relaciones de cooperación que es lo que intenta establecer el tratamiento en una CT. Y si a eso le sumamos que la jerarquía presiona; por que no olvidemos que esta labor terapéutica está circunscrita a un contexto institucional regulador normativo y que responde a una encomienda social; encomienda social que deviene de un patrocinio que pide la rendición de cuentas respecto a la utilización de los fondos económicos. El resultado, es la burocratización de las relaciones. Entonces la “tensión productiva” resulta en la recopilación incesante de expedientes, el incontable llenado de reportes y de instrumentos de evaluación (se podría decir que las relaciones se acartonan o si no se acartonan por lo menos se empapelan) Así una “tensión” venida del lugar menos terapéutico sólo puede provocar en todos sus miembros en el mejor de los casos parálisis y en casos extremos como R. Laing los llama: trastornos graves de la comunicación (para no hablar de esquizofrenia, por que per se el concepto no dice nada)

Esto hace pensar en la imperiosa necesidad de que una institución o para llamarlo de otro modo una comunidad donde se pretenda dar tratamiento a situaciones de sufrimiento como el consumo de sustancias psicoactivas base sus acciones en la autogestión. Es necesario un capital de fondo, sin embargo el mayor recurso con el que cuenta una comunidad es el humano. En este recurso se encuentran diversas ocupaciones que dan sentido a la cotidianeidad en donde se pretende precisamente generar un sentido **“COMUNITARIO”** donde todo sea de todos y todos sean beneficiados. De esta forma el tratamiento se entiende como un rescate de las relaciones, del contacto, donde se trata de evitar a toda costa la parcelación de la persona. Es en este tipo de relaciones donde (creo que así es) se pueden resignificar muchas de las situaciones vividas como dar en cargo a una institución la cura y rehabilitación del consumidor de droga. Lo que convierte a las instituciones verdaderos basureros humanos. Entonces las instituciones asumen el lugar del saber, de la omnipotencia y se reproduce el ciclo de dependencia pasiva y limitante. ¿Por qué no hacer participe de la “rehabilitación” a todas las personas que se dicen cercanas al consumidor? y ¿Por qué no todas las personas aun cuando no sean cercanas al consumidor o directamente involucradas se hacen cargo de una labor de esta índole?. La respuesta puede estar en que hemos sido educados para **delegar**. En esta sociedad “moderna” cada vez menos nos percibimos como personas capaces de intercambiar conocimientos, nuestros aportes se reducen a lo meramente económico y se justifica la delegación en máximas como **“yo que se de drogas”**, **“si yo no soy especialista en adicciones”** o algo más cercano como **“usted es el que sabe, no yo”** o **“vengo a que me diga quehacer usted es el psicólogo”**. Esto es muestra la desconfianza hacia todo lo que puede ser producido por las formas del consenso: reglas que no sean sino las construidas entre todos, unas garantías que no sean sino las resultantes del esfuerzo de todos, de un bien que no puede ser sino común. Como dije antes se trata de no perderse en la distancia de lo individual, en una política de lo cotidiano, de no generar parcelación.

A propósito de política, este tipo de trabajo en comunidad, hace pensar que las instituciones con estas características al paso del tiempo deberán madurar una posición políticamente activa (no hablo de afiliarse a un partido político, ni hacer actos proselitistas) que actúe de forma organizada como respuesta a las fallas que el estado sistemáticamente ha venido cometiendo. Esto hace pensar también que las instituciones fenecen y si no es así, al menos deben reformular sus alcances, de manera que no resulten en exactamente lo contrario para lo que fueron creadas. En este caso si una institución se fundó para procurar salud, debe —al cabo de 5 años creo yo— de modificar sus objetivos toda vez que los primordiales hayan sido logrados de lo contrario esta institución de salud promoverá la insalubridad. Estoy hablando de que su personal no debe ser eternizarse en sus funciones, hablo de que para mantenerse vigente debe tener rotatividad, de forma que la institución mater quizás no desaparezca, descubra en el camino nuevas formas de atención que desde luego fortalezcan las anteriores o que las desplacen, pero que tengan la misma funcionalidad y logren también sus objetivos, mientras que las personas formadas en el seno de ésta dirijan sus saberes hacia la maduración de un proyecto político en el cual las personas que se integren se vean en él y puedan y tengan la oportunidad de encontrar formas de vida diferentes a las que ofrecen los estamentos políticos del país. Tal vez esto sea en suma pretencioso, pero el problema estriba en que existen muchísimas instituciones que en sin mismas instituyen por ejemplo la callejerización, las discapacidades, la delincuencia, la toxicomanía, etc. Representando un nódulo incapaz de ser resuelto y que genera personajes que cada vez menos encuentran un lugar en una sociedad atomizada. Por su parte los equipos de trabajo que tienen como dirigentes personajes carismáticos que como dije antes se eternizan en sus puestos, están destinados al desgaste vano a una frustración recalcitrante que no deja más impulsos de colaborar nuevamente en proyectos de desarrollo social —como suelen llamarse este tipo de trabajos— A este desgaste se le agregan los bajísimos sueldos que se pagan a los profesionales en estas áreas. Parece que esto se vincula con el mentado desarrollo social, que por tener ese carácter los profesionales deben entregar su

vida por que es “labor casi de altruismo” y mientras el staff se encuentra al pie del cañón, otros ostentan el nombre de la institución y la labor tan desinteresada que ahí se lleva a cabo. Esto hace que el personal obviamente busque nuevos empleos mejor pagados y que la formación y conocimientos adquiridos en la institución sean aprovechados por otros o sirvan para inflamar el currículo. Desde luego que los profesionistas necesitamos desarrollarnos, trato de explicar una de las más fuertes fallas de las instituciones de asistencia privada u organizaciones civiles y que consiste en no dar continuidad en el desarrollo de sus profesionistas; las instituciones no invierten en el desarrollo de su gente para poder aprovechar sus conocimientos al servicio de la misma institución y desde luego los salarios no compensan lo arduo que es el trabajo con gente, dado el cariz mesiánico que le ha adjudicado a la labor social. En ese sentido la plantilla de personal esta en constante renovación, pero no para crecer, sino para mantener el mismo ritmo de desgaste. Así como esto genera en los beneficiarios algo que se podría denominar de manera chusca síndrome de chapulín, debido a que esta tendencia a la repetición de brincar de institución en institución que se observa en los beneficiarios, se observa en los trabajadores, que buscan colaborar en otra institución que padece los mismos achaques que muchas otras.

Mientras no se entienda que la labor social no es un regalo, —cosa de la que debemos encargarnos nosotros los profesionales en el ramo— que las instituciones no sólo deben ser creadas para contener la problemática de la que el estado es incapaz, que quien trabaja en una institución no es un Mesías y que mientras las instituciones estén a cargo de personas con ánimos de ser vistas como almas piadosas; los profesionales no seremos más allá de instrumentos desechables al servicio de un sector de la población que manipula conciencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ammerio, P. (1996) La evolución del concepto de comunidad en la cultura occidental. Bologna, Mulino.
2. Anales Médico-Psicológicos. T II, No-3 1952.
3. Araujo. M. R. (2000) Barrios Terapéuticos: Identidades sociales y cura comunitaria. México , FONCA, Fundación Ama la Vida.
4. Basaglia, F. (1973) La mayoría marginada. Barcelona, Siglo XXI.
5. Bateson, G. (1961) Teoría e investigación de la esquizofrenia. Revista de psiquiatría. Vol.1, Pp. 251-264
6. Bernard, P. (1977) Manual del A.T.S. psiquiátrico. Barcelona, Toray-Masson.
7. Bion, W. (1974) Experiencias en grupos. Buenos Aires, Paidos.
8. Caritas Arquidiócesis de México I.A.P. (1999) Prevención, Reducción del daño y Cura de las Farmacodependencias: Experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en acción. México, Caritas Arquidiócesis de México.
9. Chazaud, J. (1980) Introducción a la Terapia Institucional. Buenos Aires, Paidos, p. 13.
10. Daumezon, G. (1972) "Psicoterapia Institucional"; en Bernard, P. Manual del enfermero en psiquiatría. Barcelona, Toray-Masson,

11. Foucault M. (1977) Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión. México, Siglo XXI.
12. Franco Pellatier .V .M (1996) Grupo domestico y reproducción social: Parentesco, economía e ideología en una comunidad otomí del Valle del Mezquital. Colección Miguel Otón de Mendizábal. CIESAS. p, 12.
13. Freud, S. (1968) De la técnica psicoanalítica. Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva.
14. Fundación Ama la Vida: Comunidad Terapéutica (1998) “Estadísticas de CTF” México D. F.
15. Fundación Ama la Vida I.A.P. (2000) “Reporte Técnico” México D. F.
16. Fundación Ama la Vida I.A.P. (2000) “Manuales operativos”, México D. F.
17. Goffman, E. (1973) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu.
18. Koning, R. (1995) Sociología. Buenos Aires, Paidós.
19. Laing, R. D. (1970) Cordura, locura y familia. Madrid, Alianza Editorial. P. 22
20. Main, T. F. (1994) La Comunità Terapéutica ed Saggi Psicoanalitici. Pensiero Científico Roma. p. 132.
- 21 Manoukian, F. O. (1997) La comunita comme organizzazione riabilitativa: Lavorare tra i dilemmi. In Atti del Convegno Interventi di Comunità, Università Del Sacro Coure, Milano. P. 49

22. Merleau-Ponty, M. (1970) La institución en la historia personal y pública. Madrid, Biblioteca Nueva, p. 7.

23 Merlo, R. (2000) Miradas en la ciudad: Métodos de intervención juvenil comunitaria. México, Imjuve-SEP.

24 Merlo, R. (2000) Redes que previenen. México, Imjuve- SEP.

25 Milanese, E. (1996) Per una storia delle comunità terapeutiche-comunità di vita: sviluppo, organizzazione, processi operativi, valutazione. Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione. Corso di perfezionamento "Dipendenze Patologiche" Settembre. pag 27.

26 Milanese, E. (1999) El tratamiento de las farmacodependencias: una propuesta de comunidad. México, Cejuv.

27 Milanese, E. (2001) Grupos: Seminario. México D. F.

28. Racamier, P. C. (1997) Una comunidad de cura psicoterapéutica. Milan, Raffaello Cortina, p. 137-152.

29. Tonnies, F. (1996) Comunidad y Sociedad. Buenos Aires, Paidós.