

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE  
MAR DEL PLATA  
TESIS DE PRE-GRADO**

**"PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA  
DROGADEPENDENCIA EN LA CIUDAD DE MAR DEL  
PLATA"**

**Cátedra de radicación:** Modelos en Psicopatología

**Supervisor:** Lic. Patricia Weissmann

**Alumno:** Evelin Eggenschwiler

**Matrícula:** 4143/97

**Año:** 2002

*- Drogadicción  
- PC = Psicopatología  
- Patricia Weissmann  
- foto de la tesis*

N° CLASIFICACION	ADQUISICION
A	de 2002
f-10	N° INVENTARIO
	11348

"Quien tiene un por  
qué vivir puede soportar cualquier  
cómo"

Viktor Frankl.

Agradezco profundamente el apoyo incondicional de mis padres, de Ignacio, de mis queridos amigos y de la Lic. Patricia Weissmann.

Agradezco la colaboración que los miembros de cada una de las instituciones trabajadas me ha brindado.

## **Índice:**

<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo I “EI FARO”</b>	4
Modalidad de funcionamiento	5
Área Preventiva	14
Marco Teórico	15
<b>Capítulo II “SEMDA”</b>	27
Modalidad de funcionamiento	28
Área Preventiva	39
Marco Teórico	42
<b>Capítulo III “C.P.A.”</b>	51
Área Psicosocial	52
Área Preventiva	61
Marco Teórico	69
<b>Consideraciones Finales</b>	79
<b>Anexo</b>	85
<b>Bibliografía</b>	88

# INTRODUCCIÓN

En la actualidad es importante la cifra de personas drogadependientes, que procuran a través de diferentes sustancias químicas, alejar la depresión y los miedos y alcanzar rápidamente el placer. Se trata de un fenómeno que involucra factores culturales, sociales, familiares, fisiológicos y psicológicos, lo cual hace complejo su abordaje.

[En este estudio exploratorio se busca conocer el campo profesional de la prevención y el tratamiento de la drogadependencia en la ciudad de Mar del Plata, a través de la descripción de la modalidad de trabajo y la fundamentación teórica de tres instituciones: una O.N.G., una municipal y una provincial.

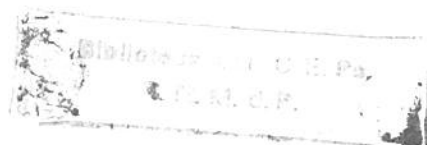
No se toma como punto de partida un marco teórico específico, sino que se trabaja la fundamentación teórica en la que cada institución se apoya, a fin de poder comparar el modo en que llevan a cabo el tratamiento de la problemática.]

Para la realización de este proyecto de investigación, se utilizaron como fuentes primarias las entrevistas efectuadas a profesionales que trabajan en las instituciones mencionadas y como fuentes secundarias los textos de autores en los que cada institución afirmó fundamentar su modo de trabajo.

De esta manera, se realizó un análisis cualitativo de las entrevistas a fin de conocer las características de cada programa, los modos de intervención y las estrategias de prevención y se realizó una síntesis descriptiva del pensamiento de los autores sugeridos, que caracteriza la fundamentación teórica alegada.

Un problema que se presenta al trabajar con fuentes primarias, es que suele haber una distancia entre lo que la gente cree que hace, dice que hace y efectivamente hace. Por tratarse de un primer abordaje exploratorio de la problemática, este estudio no pretende hacer más que una descripción fenomenológica del relato de los entrevistados, señalando aquellos aspectos significativos en relación a los objetivos planteados, sin adentrarse en un nivel explicativo de los mismos.

El trabajo comprende tres capítulos dedicados a cada una de las instituciones y un apartado destinado a las consideraciones finales.



El capítulo I está dedicado al Faro, en él se describe el modo de funcionamiento de la institución y el marco teórico en el que se basa el trabajo que lleva a cabo.

El capítulo II se refiere al SEMDA, en él se realiza una descripción del funcionamiento del Servicio y de la fundamentación teórica en la que se apoya y la última parte está dedicada a la modalidad de trabajo del área preventiva de la Municipalidad de General Pueyrredón.

El capítulo III está dedicado al CPA, en él se describe el modo de funcionamiento de la institución y el marco teórico del área asistencial y la última parte se refiere a la modalidad de trabajo del área preventiva del Centro.

Las consideraciones finales comprenden un intento de comparación referido a varios aspectos que caracterizan el modo de trabajo de las tres instituciones analizadas.

**CAPÍTULO I**  
**"EL FARO"**

El Faro, es una organización no gubernamental, cita en la calle Saavedra 164 de la ciudad de Mar del Plata, e implementa el "Programa de Atención a Personas con dependencia a las Drogas".

## **MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO**

En el Faro se realiza el abordaje integral del adicto y su familia, a través de dos dispositivos:

- Casa de Atención de Día
- Comunidad Terapéutica con Internación

### **Equipo técnico**

Está conformado por un psiquiatra, dos psicólogos, tres estudiantes de psicología de cuarto y quinto año, una terapeuta ocupacional, una estudiante de servicio social, un técnico en prevención de las adicciones y voluntarios (padres de pacientes recuperados).

### **Admisión**

En un primer momento, cuando el equipo recibe a una persona drogadependiente, realiza una entrevista de admisión para conocer las características del caso y poder determinar si éstas se adecuan a las normas y condiciones del programa.

A partir de esta entrevista se decide si la persona necesita una internación, ingresar a la Casa de Atención de Día o ser derivada a otra institución.

Las personas que llegan al Faro, lo hacen por demanda espontánea, por derivación de hospitales, de psiquiatras o bien por derivación judicial.

Las personas que se acercan al Faro en busca de ayuda, son recibidas por un Técnico en Prevención de Adicciones. En realidad no se trata de una admisión, sino más bien de una "acogida". Se busca transmitirles que en este espacio van a ser queridos, abrazados, comprendidos, que es un espacio de ayuda mutua. Se intenta generar en la persona conciencia de enfermedad y

mostrarle que existe una posibilidad de cambio. Luego de la "acogida", la persona es entrevistada por un psiquiatra y una psicóloga.

Con respecto a la familia, se busca brindarle tranquilidad y crear una sensación de comodidad. Se le aclara la función que ha de cumplir: debe asumir una postura de "liderazgo", impulsar al familiar al tratamiento y contenerlo, debe ser un soporte durante el mismo.

### **Criterios para la derivación a los dos dispositivos**

La persona es derivada a la Casa de Atención de Día, cuando:

- Cuenta con un grupo familiar capaz de contenerla y cumplir con las reglas del programa
- Presenta cierto grado de "responsabilidad personal", es decir, capacidad de asumir un compromiso y cumplirlo

La persona es derivada a Comunidad Terapéutica con Internación, cuando:

- Existe riesgo para sí o para terceros
- No cuenta con una familia, capaz de acompañarla en el proceso

### **Normas más importantes del reglamento interno**

- Es obligatoria la participación activa en las diferentes actividades que dispone el programa (grupos, entrevistas individuales, coloquios, clases informativas). No se permite fumar durante las mismas, a menos que así lo autorice el personal a cargo.
- Los residentes que necesiten ser medicados solo lo serán bajo estricta indicación de los médicos de la institución, así como su dosificación o modificación.
- El residente debe colaborar activamente con las exploraciones médicas o psicológicas, ya que son necesarias para profundizar en el diagnóstico y tratamiento de su problemática.
- Al ingresar y en cualquier momento, durante la estancia del residente en la institución, el equipo efectuará controles o registros, tanto del paciente como de sus pertenencias.

- Los familiares deben acudir a las entrevistas individuales y reuniones de familiares mientras el residente se encuentra en tratamiento.
- Durante la estancia en tratamiento sólo se permite la utilización de la ropa que previamente ha sido autorizada por el equipo técnico.
- El residente se compromete a participar activamente en el orden y la limpieza de su habitación, la cocina, el comedor y las salas que ocupe.
- Dado que los residentes ingresados son, con frecuencia portadores de infecciones (hepatitis B, HIV, infecciones localizadas) deberán observar la mayor higiene personal, para evitar posibles contagios.
- En el caso de los internados en la modalidad de Comunidad Terapéutica, no pueden salir del perímetro de la institución. Las salidas que realicen por motivos terapéuticos, son siempre en compañía del personal y siguiendo sus instrucciones.
- Durante el proceso terapéutico de comunidad, solo se permiten las visitas y llamadas telefónicas con previa autorización del personal a cargo de la guardia. La correspondencia con familiares es abierta por el personal.
- El residente debe comportarse correctamente tanto con el personal, como con los demás residentes, como con los objetos de la casa en todo momento.
- No se permiten las relaciones de pareja entre los residentes ingresados en la institución, ya que repercuten desfavorablemente en su propia evolución y perjudican la dinámica del grupo.
- El horario de levantarse es a las 7 hs de la mañana y el de acostarse de 10:00 a 10:30 de la noche todos los días de actividad.

De todas estas normas, hay cuatro que son de cumplimiento absolutamente obligatorio y hacen a la permanencia de la persona en el programa:

- No se permite introducir ni consumir drogas, ni medicamentos no prescritos
- No se permite introducir ni consumir alcohol
- No se permiten las relaciones sexuales entre residentes
- No se permite la conducta violenta y agresiva con las personas, ni objetos de la casa

El programa que implementa el Faro es de "tolerancia 0", es decir, el residente ingresa bajo la condición de dejar de consumir. En opinión del equipo técnico, existen muchas fantasías en torno a la imposibilidad de abstenerse del consumo de sustancias, que son absolutamente falsas. La persona que deja de consumir drogas, puede sentirse mal dos o tres días pero no más de ese tiempo.

### **Etapas del tratamiento**

No existe un tiempo preestablecido para cada una de las etapas en que se divide el tratamiento. El pasaje a través de las fases, depende de la evolución particular de cada uno de los residentes.

A medida que la persona va pasando de una etapa a otra, se van modificando las normas del tratamiento, el organigrama es menor, disminuye el control social y se le otorga mayor libertad. En relación a ello, existen dos conceptos claves:

- **Incidentes laborales y comportamentales**

Es cualquier acción u omisión que esté fuera de las normas del programa. La suma de incidentes quita privilegios. A medida que se avanza en las fases hay mayor amplitud de privilegios. El término "rotura" se utiliza para hacer referencia a cualquier incidente que se produce fuera de la casa.

- **Privilegios**

Los mismos comprenden ver televisión, salir, comprar ropa, trasladarse solo, tener más tiempo libre, realizar más actividades de la casa (como cocinar, limpiar). El poder participar de estas actividades es un privilegio que se adquiere con el tiempo y a medida que el paciente va manifestando mayor esfuerzo.

Con respecto a estos conceptos, cabe aclarar el significado de "punto" y "hermano mayor". El "punto" es un paciente avanzado que tiene a su cargo la responsabilidad de la casa, atiende el teléfono, la puerta, tiene a su cargo a los dos residentes que se ocupan de lo laboral y lo comportamental. Ser el "punto" es un privilegio.

El "hermano mayor", es quien acompaña a la persona durante todo el tratamiento. Lo ayuda a integrarse a la casa, lo cuida, lo aconseja. Ser "hermano

mayor”, también es un privilegio. Los incidentes que genere el “hermano menor”, al comienzo del tratamiento, se le marcan al “hermano mayor”.

#### • **Etapas de admisión**

En ella se va estructurando a la persona dentro de las normas y del estilo de trabajo del programa, para que pueda ingresar al tratamiento.

Es una fase de adaptación al programa, al lugar, al grupo, en la que comienza a familiarizarse con los valores y la filosofía del Faro.

En el caso de la Comunidad Terapéutica, muchas veces se saltea esta etapa, porque cuando la internación es vía judicial, se realiza de modo directo. Esto es perjudicial, porque no hay compromiso desde la persona que ingresa, o bien puede ocurrir que sus características no la hagan apta para participar del programa. Así, este tipo de pacientes no respeta normas, no participa de las actividades y "revolucionan" la casa, interfiriendo en el proceso de rehabilitación de los demás residentes.

#### • **Fase A**

En esta fase la persona cumple estrictamente con el cronograma de actividades. Es una fase conductista, que pretende reeducar al adicto en la organización de todos sus hábitos. También se realiza un relevamiento histórico.

ACTIVIDADES:

Las mismas son coordinadas por diferentes miembros del equipo.

En ninguno de los espacios que brinda el programa, se puede hablar del consumo de drogas, alcohol o de situaciones de calle. Este tipo de prohibición, se basa en la idea que el adicto está en el Faro, para resolver un problema mucho más profundo que el consumo en sí. Si la persona se dedica a hablar de la droga, pierde el objetivo central que es él mismo y su relación con los demás.

Actividades individuales:

##### ➤ Coloquio

En este espacio, se lleva a cabo una charla con algún miembro del equipo, con el objetivo de resolver alguna cuestión personal o bien se ayuda a la persona para que trabaje ciertos temas y luego los lleve al grupo.

La frecuencia del coloquio depende de las necesidades de cada residente.

➤ Confronto

Es un espacio en el cual los residentes intercambian opiniones sobre algún tema. Se sientan uno frente a otro y se dicen en voz firme y alta que es lo que consideran que el otro está haciendo mal.

Existe una cartelera en la que cada residente escribe con quién quiere tener un confronto. El equipo técnico también decide quién confronta con quién.

En este programa todo es explícito, todo se verbaliza o se escribe. La comunicación es abierta y circular, la información sobre la conducta y los problemas de cada residente ha de ser compartida con todos. Así, los encargados de lo laboral y lo comportamental, hacen informes sobre quién confrontó con quién, sobre qué hablaron, hacen listados de incidentes y llamados.

Actividades grupales (organizadas por edades)

➤ Grupo comportamental

En este espacio se verifica el cumplimiento del cronograma de actividades y las normas del programa. Está dirigido por un operador y un residente de etapa más avanzada.

Se utiliza el confronto, cada residente dice en voz alta a los demás, lo que considera que hizo mal o no hizo y el resto le dice lo que piensa al respecto. Se trabajan los incidentes no resueltos y quien lo desee, puede pedir ayuda a los demás (si los demás no lo ayudan, no pueden alegar a su favor, que desconocían lo que le estaba pasando).

El concepto de "empeño" se utiliza para hacer referencia a la realización de las actividades de limpieza y cocina de la casa, que están dirigidas a reorganizar hábitos. Debe haber un mínimo de horas de empeño todos los días.

Este espacio funciona todos los días.

➤ Grupo aquí y ahora

En este espacio se trabaja desde un enfoque gestáltico, con lo que le está pasando a la persona, lo que le ocurrió hoy, lo que le pasó ayer, es decir, se trabaja con el "emergente".

La frecuencia de este grupo es de dos veces a la semana.

➤ Grupo dinámico

Es un grupo emotivo, en el cual se habla de lo que la persona siente.

En el Faro hay una cajita, en la que cada residente va depositando papelitos, en los que escribe lo que le pasa: "De Juan a Pedro, porque hoy en la cocina me miraste feo". En el grupo se trabaja a partir de estos papelitos, que expresan lo que la persona va sintiendo en cada etapa de su proceso de rehabilitación.

Los sentimientos siempre se respetan, no se discute sobre los mismos sino sobre los hechos: "Está bien que sientas bronca, pero no fue así, yo no te miré feo".

En estos grupos se expresan aquellos sentimientos más superficiales, que entorpecen el normal funcionamiento de la casa y a partir de esto se va abriendo el camino para que emerjan sentimientos más profundos.

La frecuencia de este grupo es de una vez a la semana en la Casa de Atención de Día y dos veces a la semana en Comunidad.

➤ Grupo orígenes

Es un espacio en el que se trabajan aspectos personales, históricos.

Su frecuencia es de una vez a la semana.

➤ Seminarios temáticos

Es una clase, que un residente da a los demás a pedido del equipo. Se elige un determinado tema: valores, solidaridad, respeto, etc.

➤ Grupos temáticos

Son espacios donde se trabajan temas que van cobrando relevancia en diferentes momentos: relación con la familia, compromiso, etc.

Los seminarios y los grupos temáticos, son recursos tácticos, no tienen una frecuencia preestablecida, se van usando según las necesidades del grupo.

➤ Grupo de autoayuda para padres

El proceso de rehabilitación es más rico, si el residente es acompañado por su familia, de modo tal, que ésta pueda ir compartiendo con él los cambios alcanzados.

Este, es un espacio terapéutico, coordinado por un psicólogo.

El objetivo del grupo es el cambio de conductas y actitudes de la familia, que están relacionadas con la adicción del sujeto. Se pretende recomponer los vínculos y lograr que al reinsertarse a la familia, el residente se encuentre con una organización coherente con los valores y habilidades que ha estado incorporando.

En este espacio, también se brinda información a la familia sobre la evolución que va mostrando el residente.

Se pretende evitar el establecimiento de un contrato negativo entre padres e hijos: "no digas esto, que yo no digo aquello".

Los padres trabajan sus cuestiones en espejo con los demás, pueden ver reflejada su situación en los otros.

#### • **Fase B**

Es la fase más fuertemente terapéutica.

Los objetivos de ésta fase son variados:

- Lograr el cambio de actitudes
- Modificar la modalidad comunicacional del residente
- Buscar que éste logre enfrentarse consigo mismo
- Trabajar terapéuticamente, en forma profunda, sus conflictos y resolverlos en la medida de lo posible

En esta fase se da un trabajo emotivo, que tiene que ver con los sentimientos, mucho más profundo que en las etapas anteriores.

Se trabaja con grupos extensos, en los cuales hay mayor carga emocional, se utiliza la técnica de fantasía guiada y otras técnicas gestálticas, así como psicodrama. En este espacio aflora lo histórico, lo personal. El trabajo con grupos extensos conlleva una duración de seis a ocho horas.

#### • **Fase C** o reinsertión social

Es el corazón del trabajo. En esta fase la persona asiste tres veces por semana, dos horas. Se deja de cumplir con el organigrama y en base a las herramientas que le da el programa, la persona puede organizar por sí sola su vida.

En esta etapa, la familia debe reconstruir con el sujeto las pautas de relación, porque éste ha pasado mucho tiempo fuera de ella.

Se trabaja lo laboral, sobre todo en el grupo "aquí y ahora". El tema se habla, pero no se acompaña al residente a buscar trabajo, es él quien debe enfrentarse solo a las diferentes situaciones del afuera.

Esta es una etapa difícil porque el residente debe salir de un espacio en el que es amado, protegido, contenido y respetado, para enfrentar una realidad que es sentida como dolorosa y displacentera.

La información acerca del modo de funcionamiento del Faro, ha sido recogida a través de entrevistas realizadas a su Director Alejandro García, la Lic. en Psicología Marcela Nuñez, el Técnico en Prevención de las Adicciones Luis Schipani y el "punto" de la casa. Las entrevistas fueron llevadas a cabo durante el período comprendido entre agosto y diciembre del año 2001.

## ÁREA PREVENTIVA

El Faro no lleva a cabo ningún programa de prevención. Pero, según su Director, existe una suerte de prevención secundaria, al ser cada adicto rehabilitado un agente multiplicador que transmite su aprendizaje de vida como un mensaje de prevención.

## **MARCO TEÓRICO DEL FARO**

En cuanto a la historia del Faro, según lo relatado por su Director Alejandro García en la entrevista realizada, esta institución comenzó funcionando en la parroquia Asunción del Materno Infantil. A medida que el grupo fue creciendo, fue necesitando más espacio físico y se trasladó a Alem y San Lorenzo, para ubicarse finalmente donde funciona en la actualidad.

### **¿CÓMO ENTIENDE EL FARO A LA DROGADEPENDENCIA?**

La entiende como un problema psicosocial, por ello trabaja con el adicto y su familia. Se considera que el problema de la adicción puede ser superado a través de un re-aprendizaje, es decir mediante la adquisición de nuevos valores.

No se habla de "cura", sino de rehabilitación. Siguiendo a María Elena Goti (1990 :67), la persona no se "cura", (porque no está enferma), sino que atraviesa un proceso de crecimiento y aprendizaje personal y social, que le permite madurar, crecer y cambiar.

### **EI PROGRAMA**

De acuerdo a su Director, el objetivo del programa es el abordaje integral del adicto y su familia. Toma como base el Proyecto UOMO de Italia. Su estructura es terapéutica-educativa. Se centra en la adquisición de valores, como el respeto, la solidaridad, la sinceridad, la honestidad, que el adicto ha perdido o nunca ha tenido.

El tratamiento consiste en reubicar elementos mal ubicados y lograr que la persona alcance un "insight" con respecto a su problema, que realice un aprendizaje para producir cambios.

### **MARCO TEÓRICO**

Según el Director del establecimiento, no existe una línea particular de trabajo, simplemente se trata de adecuar la terapéutica a la persona. Por ello, en las primeras entrevistas y para realizar un diagnóstico pueden utilizarse elementos del psicoanálisis. Se usa la perspectiva de Rogers, en particular, la

técnica del espejo, para el trabajo de lo comportamental. Se utilizan técnicas gestálticas con los grupos "aquí y ahora". En las etapas más avanzadas se trabaja con psicodrama. Con la familia se emplean recursos aportados por la teoría sistémica. En la etapa de reinserción social se trabaja con logoterapia.

### **El Proyecto UOMO de Italia**

La mayor parte de las comunidades terapéuticas para el tratamiento de drogadependientes descienden del programa Synanom de E.E.U.U. Los egresados del mismo fundaron en 1963 Daytop, en base al cual se abrió en Italia el Proyecto UOMO, que a su vez incorporó nuevos elementos.

### **Comunidad terapéutica**

Según Goti (1990 :15), la comunidad terapéutica debe reproducir la sociedad exterior de la que proviene el adicto, porque de lo contrario sería imposible trabajar en pos de la reinserción social del mismo.

#### Comunidad terapéutica

"(...) Tiene lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente "actúe" su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo de la consecuencia social de sus actos. Esta situación es tolerada voluntariamente por el residente quien se ve inmediatamente contenido en un clima de alta tensión afectiva" (Goti, M. E. [1990] :33)

- Medio altamente estructurado:

La organización de la comunidad terapéutica es similar a la de una familia pero los límites son claros, los roles están bien definidos y los afectos están bien controlados.

Cuando el residente ingresa es tomado como si fuese un recién nacido que ha de madurar. Por ello se le asigna un "hermano mayor" que lo ayudará a adaptarse y lo aconsejará.

Cada residente es responsable de su rehabilitación, todo depende de él, es él quien con su esfuerzo ha de ganarse un lugar en esta nueva "familia".

Las tareas se reparten en áreas y cada labor tiene un valor. Por lo general las tareas manuales son las de menor valor y las más valoradas las de dirección.

- Sistema de presión artificialmente provocado:

Todo lo que el residente hace, dice, cada gesto y movimiento es controlado. Este sistema de control busca ejercer una presión continua sobre la persona.

- Para que actúe su patología frente a los demás:

El objetivo del sistema de presión es que el paciente pueda actuar sus aspectos positivos y negativos, para que estos últimos puedan ser trabajados.

A cada residente el resto le señalará las actitudes negativas para que las pueda modificar y cuando esto se logra, se lo alentará a través del reconocimiento, la aprobación verbal y el otorgamiento de privilegios. Existe una retroalimentación permanente.

- Los pares como espejo de la consecuencia de sus actos:

Cada acción, cada actitud es observada por el resto, quien mostrará al residente cual es el efecto que su conducta provoca en el entorno. El residente deberá comprender a quien está afectando con su acto, cuándo, cómo y por qué, buscando la manera de reparar el daño y tratando de no volver a actuar del mismo modo. Se trata de un aprendizaje social.

- Situación tolerada voluntariamente:

El residente elige formar parte del programa, en su deseo de cambiar y puede irse cuando quiera, no tiene obligación de quedarse.

- Clima de alta tensión afectiva:

En la comunidad terapéutica el residente es rodeado por "un colchón de amor", está junto a personas que sufren lo mismo y lo comprenden, con lo que van surgiendo sentimientos que antes eran negados, dando lugar a un fuerte compromiso emocional.

### No Droga, No Violencia

El fundamento de estas normas básicas, que el adicto ha de respetar para ingresar a una comunidad terapéutica, está en el concepto de conducta. La misma es entendida por Goti (1990 :27), como una unidad compuesta por una percepción, un sentimiento y una acción. El fin de toda conducta es siempre alcanzar el placer o evitar el dolor.

Desde esta perspectiva se considera que el adicto reacciona de manera no adaptativa cuando percibe un peligro, se bloquea y no siente nada. Es indiferente, por ende no actúa. Para mantener ese estado de indiferencia el adicto usa "cápsulas", es decir, las drogas que le permiten no sentir nada.

Ante la norma "No Droga", se queda sin cápsula y ante la norma "No Violencia" se queda sin la posibilidad de destruir la fuente que provoca displacer.

Estas normas colocan al individuo ante dos caminos: huye de la situación o bien se queda y enfrenta lo que le está pasando.

### Los valores

Goti (1990 :41) considera que para formar una comunidad terapéutica son necesarios dos elementos básicos: un grupo de personas que se reúna alrededor de un código de valores.

Estos valores, compartidos por todos, pueden adoptar la forma de una filosofía. En el caso del Faro y de la mayoría de las comunidades terapéuticas, la filosofía es originaria de Daytop, allí fue escrita por un adicto, Richard Beauvais, y dice:

"Estoy aquí porque no encuentro refugio de mí mismo.

Hasta que no me confronte en los corazones y en los ojos de los demás, estaré corriendo.

Hasta que no fuerce a mi prójimo a conocer mis secretos, no estaré a salvo de ellos.

Si no permito que me conozcan no me puedo conocer yo mismo ni a nadie más. Estaré solo.

Dónde, sino en este lugar donde estamos todos en lo mismo puedo encontrar un espejo?.

Aquí, juntos, puedo por fin verme claramente. No como el gigante de mis sueños ni como el enano de mis miedos, sino como una persona, parte de un todo con un mismo propósito.

En este lugar puedo echar raíces y crecer, ya no más solo como en la muerte sino vivo, para mí y para los demás."

Este texto está escrito en un gran cartel. Los participantes del programa lo leen en voz alta, abrazados, formando un semicírculo, cada día al llegar y antes de retirarse.

El objetivo de la comunidad terapéutica es la reinserción social y los valores que se busca transmitir tienen que ver con él. Por ello, se decidirá la graduación del residente, cuando pueda usar los valores en el afuera. Goti (1990 :46), señala como valores principales:

- Amor responsable, se refiere a la capacidad de dar amor a alguien pero marcando límites claros. Se le da al residente lo que se considera que es bueno para él y no lo que él pide.
- Honestidad, se refiere a la necesidad de que el residente no se engañe a sí mismo ni a los demás, es decir deberá ser honesto con lo que hace y con lo que dice.
- Responsabilidad, se refiere a que el residente ha de reconocer su participación en las cosas que hace, que lo perjudican o perjudican a los demás.
- Solidaridad, es la base de la autoayuda. Cada residente debe ayudar a su "hermano" cuando lo necesite, porque estuvo presente cuando éste necesitó ayuda.

#### Los límites a las conductas

Las sanciones en la comunidad terapéutica son, de acuerdo a Goti (1990 :69-70), particulares porque no se sanciona al residente, sino a lo que éste hace, a sus actos.

No se sancionan los sentimientos de la persona, sino aquellas conductas y actitudes que se consideran negativas, para que sean modificadas y reaprendidas.

Las sanciones tienen una finalidad terapéutica y se busca que el residente comprenda su actitud o conducta negativa y la pueda cambiar.

#### La confrontación

"Es un tipo especial de feed-back social, de retroalimentación social. Es el espejo que me devuelve la imagen de quién soy, de cómo soy, de cuál es la consecuencia de lo que hago" (Goti, M. E. [1990] :75)

El residente es confrontado por sus pares y por los miembros del equipo para que sepa cual es su "realidad", tal como la ven quienes lo rodean y pueda cambiar. Es un elemento clave, aunque su implementación suele ser dolorosa y difícil.

### **La familia del adicto**

La familia es comprendida como un sistema abierto.

#### ¿Qué es un sistema?

Según Paul Watzlawicks, es un conjunto de objetos y de relaciones entre los objetos y entre sus atributos. Los objetos son componentes del sistema, los atributos son propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido el sistema. Ehuletche, Ana María (2001 :5)

El sistema abierto es más amplio que la suma de las características de sus miembros, tiene una complejidad y una originalidad propias y todo cambio en una de sus partes afecta al resto.

Este modelo permite entender a la familia como un sistema regulado por reglas, es decir, por pautas interaccionales, que se constituyen a través de ensayos, intercambios y retroalimentación. Para modificar la modalidad de funcionamiento, habrá que cambiar las reglas, que determinan un modo de comunicación intrasistémica. Ehuletche (2001 :1-2)

La familia del adicto presenta ciertas disfunciones, que hacen que el sujeto, en tanto expresión de dicha disfunción, no pueda cambiar.

En el Faro se trabaja con la familia, apuntando a la reestructuración del sistema, mediante la modificación de actitudes y conductas que llevan a la adicción del residente. Se pretende mejorar la calidad de los vínculos gestando comunicaciones funcionales y reeducando a la familia en ciertos valores.

### **Teorías gestálticas**

#### Grupo "aquí y ahora"

En estos grupos se trabaja a partir de un enfoque gestáltico, con lo que le está pasando hoy a la persona, con el momento inmediato de su existencia. Se trabaja con el presente "(...) El pasado es una memoria que tenemos en el presente, y el futuro es una fantasía que también tenemos en el presente.

Además de que el pasado ya no existe, ya no es más, y el futuro no ha llegado aún (...)" (Castanedo Secadas, Celedonio [1983] :17)

En gestalt, se apunta a lograr un "awareness" por parte de la persona. Se busca que la misma pueda darse cuenta, estar alerta, tomar conciencia de sí y su ambiente. El eje del tratamiento gestáltico es la experimentación, el hacer, el vivir y el sentir.

Las reglas gestálticas, en las que estos grupos se basan, son entendidas por Abraham Levitsky y Frederick Perls (1970 :144-148), como elementos que permiten hacer emerger resistencias y facilitar la toma de conciencia por parte del sujeto, de las diversas formas con que evita experimentarse a sí mismo y a su ambiente. Entre ellas:

- El principio del ahora:

El mismo busca desarrollar la conciencia del ahora, que la persona trabaje el momento inmediato, su experiencia actual. Las preguntas que se le realizan al individuo son ¿Cuál es tu ahora?, ¿Qué estás sintiendo es este momento?.

- Yo y tú:

Este principio se refiere a que la comunicación implica tanto al emisor como al receptor. Se busca que la persona pueda enviar un mensaje directamente al otro. La pregunta que se le realiza es ¿A quién le estás diciendo eso?.

- Lenguaje impersonal y personal:

Esta regla apunta a lograr responsabilidad y participación. Al convertir el lenguaje impersonal "esto es un ahogo" en lenguaje personal "yo siento que me estoy ahogando" es más fácil identificar la propia conducta y hacerse responsable de ella.

- Empleo del continuo de conciencia:

Esta regla se refiere al "cómo" de la experiencia. Se apunta a que la persona deje de lado explicaciones e interpretaciones y pueda tomar conciencia de sus propios sentimientos corporales, sensaciones y percepciones. Se busca que la persona deje de preguntarse por el "por qué" de la conducta y se centre en el "qué" y el "cómo". Con esto la persona comienza a confiar en lo que sus sentidos le dicen y puede distinguir entre fantasía y realidad.

- No murmurar:

Esta regla está destinada a permitir el surgimiento de los sentimientos e impedir que la persona evite su manifestación. Apunta a la confrontación directa: cuando se siente algo, se le dice cara a cara al otro.

- La formulación de preguntas:

Esta regla apunta a diferenciar entre las preguntas genuinas y las falsas, que buscan manipular al otro para que actúe de determinada manera. No son preguntas necesarias porque la persona no necesita la información o bien se coloca a la espera en una posición pasiva.

Para Levitsky y Perls (1970 :148-149), los juegos que se utilizan en terapia gestáltica son muy diversos. En el tratamiento de las adicciones los más empleados son:

- "Hacer la ronda": la persona expresa sus sentimientos frente a cada uno de los integrantes del grupo.
- "Me hago responsable": con este juego todas las percepciones se consideran actos, se le pide a la persona que añada a cada percepción: "...y me hago responsable de ello". Por ejemplo "me siento triste y me hago responsable de ello".
- "Tengo un secreto": con este juego se descubren los sentimientos de culpa y vergüenza. Cada persona piensa un secreto e imagina como habrían de reaccionar los miembros del grupo ante el mismo.
- "El juego de las proyecciones": se basa en la idea de que muchas percepciones son en realidad proyecciones. La persona representa la actitud o conducta que le adjudica al otro y entonces se le pregunta si en realidad no es ella quien presenta ese rasgo.

### Grupos extensos

En estos grupos se trabaja con fantasía guiada, que de acuerdo a Castanedo (1983 :164-165), es una de las vivencias que se utilizan en gestalt para incrementar el darse cuenta. La fantasía guiada es una técnica para tomar contacto con las emociones y desarrollar la creatividad.

En este tipo de vivencia se experimenta con el cuerpo y con la mente, con los sentimientos o emociones en forma integral. Estas vivencias se realizan en "Talleres" o "Maratones", bajo la dirección de un "facilitador"; el objetivo es que el individuo haga una exploración individual de su "self", a través del grupo, que tome conciencia de lo que es y de su conducta. Estos talleres buscan dar soporte personal e interpersonal, a fin de que el individuo obtenga su propio soporte. La persona necesita soporte en todo su ciclo de la experiencia: para darse cuenta y movilizar energía, para actuar y establecer contacto, para terminar o cerrar el ciclo.

La técnica: "Sentado en posición yoga con los ojos cerrados, respire profundamente reteniendo la respiración y expulsándola después, durante tres veces. Ahora imagine el espacio que ocupa su cerebro en su cabeza y la dimensión de los dos lados de su cerebro: el hemisferio cerebral derecho y el izquierdo. Después focalice su atención en el ojo izquierdo y todo ese hemisferio; luego haga lo mismo con el derecho. Después imagine el número 1 en el hemisferio izquierdo y la letra A en el derecho. Luego el número 2 en el lado izquierdo y la letra B en el derecho. Después el número 3 en el izquierdo y la letra C en el derecho. Luego una fresa en el izquierdo y en el otro un pino. Después un coche a alta velocidad en el izquierdo y que degusta su helado favorito en el derecho.

Ahora imagínese con todo su cerebro en una nube que puede transportar su cuerpo, usted se sube en ella y lo lleva a donde usted desea y luego lo deposita suavemente en esta sala. Abra ya los ojos" (Castanedo, C [1983] :171)

### **La técnica del espejo de Rogers**

Carl Rogers también utiliza, de acuerdo a Castanedo (1983 :17), en su psicoterapia "centrada en el cliente", el concepto de "aquí y ahora", es decir, que trabaja con el material que la persona presenta en el momento actual.

Rogers propone la técnica del espejo, en la cual el terapeuta será un "espejo" para el cliente, repetirá lo que éste le vaya mostrando. En los grupos, también se puede usar esta técnica porque la persona ve su propio problema reflejado en los otros.

El recurso rogeriano del “reflejo del sentimiento” busca operacionalizar el concepto de empatía. El terapeuta se transforma en un “cálido espejo” del cliente y le comunica lo que cree haber comprendido de lo que éste le ha transmitido. “El reflejo descansa en la idea de que las personas están dotadas de la capacidad de enfrentar y solucionar por ellas mismas sus conflictos y constituye un modo de promover, sin apartarse de sus propios discursos, un espontáneo autoexamen” (Vilanova, Alberto [1993] :71)

En los grupos como el comportamental o el de autoayuda para padres, con los que se trabaja en el Faro, la persona se sirve de los otros como un espejo, espera de ellos lo que no puede movilizar por sí misma. En este proceso los miembros del grupo descubren que están incompletos, que tienen “vacíos existenciales” en su personalidad. Es decir que, encuentran por sí mismos el potencial que les falta. Así también descubren cuales son los síntomas que le producen estos vacíos, estando estos relacionados siempre con la evitación de situaciones difíciles de la vida. Castanedo (1988 :16)

### **El psicodrama**

Esta técnica se utiliza en el Faro, para trabajar en la fase B, con los grupos extensos. En estos hay mayor carga emotiva, dando lugar al surgimiento de lo histórico y lo personal.

#### ¿Qué es el psicodrama?

Según Jacobo Levi Moreno (1978 :35), su creador , se puede entender al psicodrama como la ciencia que explora la verdad de cada sujeto, a partir de la psique en acción, mediante métodos dramáticos. " (...) es un sistema que les permite a las personas actuar y sentir, descubrir cosas y verlas por sí mismas" (Moreno, J.L. [1978] :34)

Se trabaja con grupos, a través de la interpretación de roles (role play). Esta técnica ayuda a las personas a sacar "a flor de piel" sus proyecciones.

Las dramatizaciones brindan la oportunidad de resolver problemas no resueltos, dentro de un ambiente libre, amplio y flexible.

### Teoría General de la Espontaneidad

Para Moreno (1978 :131-132), esta teoría es la base del psicodrama y plantea que las personas disponen de grados variables de espontaneidad, siendo ésta una suerte de catalizador psicológico.

Ante cada situación nueva, la persona usa la espontaneidad como guía, que le indica qué emociones, pensamientos y acciones son más apropiadas.

### **Logoterapia**

En el Faro se toman elementos de la logoterapia para trabajar en la etapa de reinserción social del residente. Se busca que éste pueda encontrar un sentido a su existencia, en base al cual pueda alcanzar la realización personal.

#### ¿Qué es la logoterapia?

Según Víctor Frankl (1987 :163), su creador, la logoterapia busca orientar a la persona hacia un sentido concreto y personal. Se hace a la persona conciente de su responsabilidad, para que decida el sentido concreto y los valores personales en base a los cuales interpretará su propia existencia.

"Ex-sistir quiere decir salir de sí mismo y ponerse frente a sí mismo (...)" (Frankl, V. [1987] :65). En la existencia la persona se explica a sí misma, se despliega y se desarrolla en el transcurso de la vida. El hombre sale del nivel de lo corporal anímico, pasa por el ámbito espiritual, hasta llegar a sí mismo. Entonces su existencia transcurre en la dimensión espiritual. Esta última es la dimensión propia del hombre.

#### La esencia humana

Para Frankl (1987 :77-121) son tres las realidades existenciales, que no sólo caracterizan la existencia humana, sino que más bien la constituyen:

- Espiritualidad, la esencia de la misma es la capacidad del hombre de "estar junto a" otro ente
- Libertad, el hombre es libre frente a los sentimientos, a la herencia y al ambiente
- Responsabilidad, el hombre es un ser con orientación de sentido que aspira a valores

### Realización personal

Esta se logra, de acuerdo a Frankl (1987 :110), cuando el hombre se entrega, se sacrifica y se abandona al mundo de afuera y sus objetos, cumpliendo con las exigencias y los cometidos que introducen en su vida, realizando sentido y valores.

### Drogadependencia

El hombre en la actualidad sufre por un sentimiento de que su ser carece de sentido, por la frustración de su necesidad de sentido respecto a la existencia.

Siguiendo a Frankl (1987 :277-279), esta frustración se traduce en un vacío existencial, que se manifiesta exteriormente con aburrimiento, indiferencia, falta de interés por el mundo, y puede dar lugar a la depresión, la adicción y la agresión, que más tarde se traduce como suicidio, drogadependencia y violencia con los otros.

### Sentido

Frankl (1987 :127), señala que la logoterapia busca evocar y estimular la "voluntad de sentido". Se pretende ofrecer al individuo oportunidades concretas y personales de realización de sentido, teniendo en cuenta que: "En realidad, ni el sufrimiento ni la culpa ni la muerte - toda esta tríada trágica- pueden privar a la vida de su sentido" (Frankl, V. [1987] :151)

**CAPÍTULO II**  
**"SEMDA"**

El Servicio Municipal de Atención a las Adicciones, de la ciudad de Mar del Plata, funciona en Jara 1661.

## **MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO**

El SEMDA cuenta con cuatro dispositivos:

- Centro de Atención de Día, que funciona de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes
- Centro de Atención de Tarde, que funciona de 14:00 a 18:00 horas de lunes a viernes
- Consultorios Externos
- Casa de Internación en Chapad Malal que no está funcionando por encontrarse en reparación

No hay un pasaje predeterminado a través de estos dispositivos, sino que la estrategia de abordaje depende de la situación particular de cada persona.

### **De los pacientes**

El SEMDA recibe algunos pacientes que vienen por derivación judicial, pero no tiene una conexión oficial con los Tribunales. La Ley 23.737 impone un tratamiento de desintoxicación o bien una medida educativa, a quien es encontrado con estupefacientes para consumo personal. El SEMDA considera que el tratamiento no debe ser homologado a una "pena", porque dista de ser un castigo para la persona.

La mayoría de los pacientes llegan al Servicio por demanda espontánea o derivados de otras instituciones: Salas de Salud Mental o Centros Municipales.

### **El eje del tratamiento**

El eje del tratamiento que lleva a cabo el SEMDA, es la psicoterapia individual, que se realiza en diferentes Salas de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón.

En esta entidad, el trabajo apunta a que cada persona pueda llevar un material rico a su psicoterapia, pero la "cura" no se alcanza aquí porque es a

futuro. El objetivo es que a largo plazo, la persona pueda sostenerse solo con su psicoterapia.

### **El equipo técnico**

Está integrado por dos psicólogos, una terapeuta ocupacional, acompañantes terapéuticos, una psiquiatra y una asistente social.

### **Pre-admisión**

Es un espacio de contención inmediata a la persona que está requiriendo ayuda, cuando no hay turnos disponibles. La pre-admisión apunta a aprovechar aquellos momentos en que la persona decide pedir ayuda.

Este espacio es manejado por cualquier persona que se encuentre en ese momento en la institución: acompañantes terapéuticos, psicólogos, terapeuta ocupacional o psiquiatra. Funciona durante todo el tiempo en que la institución está abierta, de 7:00 a 18:00 horas aproximadamente.

La contención se realiza a partir de la escucha. En este espacio, se decide si el paciente puede esperar un turno, debe ser derivado al hospital o se debe realizar una internación domiciliaria. Es aquí donde se evalúa la situación de riesgo en que se halla la persona.

### **Admisión**

Este espacio está a cargo de un psicólogo y una psiquiatra. En él se entrevista a la persona y luego en la reunión de equipo, que se realiza una vez a la semana, se expone el caso para elaborar una estrategia de tratamiento acorde a la singularidad del mismo.

Cuando se trata de menores de edad, se entrevista en una primera instancia a los padres y luego al niño o adolescente.

La evaluación se realiza a través de la escucha, atendiendo a los recursos personales con los que el individuo cuenta: capacidad de simbolización, de asociación, de incumbencia con sus dichos y de involucrarse con lo que sucede.

También se realiza un examen médico general para quienes ingresan al CAD.

### **El CAD Centro de Atención de Día**

El objetivo de este dispositivo es contener y asistir a los pacientes durante un momento puntual del tratamiento, en el que las características del caso no permiten que el mismo se pueda brindar únicamente en los Consultorios Externos.

El CAD es una alternativa de sostén que evita la internación y permite que el paciente sostenga las actividades sociales que no están comprometidas con el uso de sustancias.

El pasaje del paciente por el CAD debe ser lo más breve posible y dependerá del modo como vaya evolucionando el tratamiento.

#### Criterios para derivar a la persona a este dispositivo

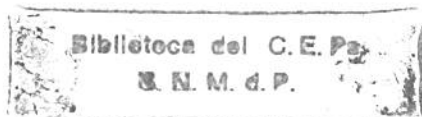
- Ausencia de riesgo de vida para sí y para terceros.
- Las actividades cotidianas están afectadas por el consumo de sustancias o la persona ya no las puede realizar.
- Imposibilidad de mantener un tratamiento en los Consultorios Externos, debido a que sus características subjetivas no le permiten cumplir con las reglas fundamentales para el inicio del tratamiento.

#### El responsable

Si el paciente es menor de edad, los responsables son los padres, tutores o el Juez. En el caso del paciente adulto, puede ser un miembro de la familia o un amigo.

El responsable debe confeccionar un informe semanal para presentar ante el equipo técnico. En este informe debe describir todo comportamiento relevante que el paciente manifieste fuera del Servicio, así como también cualquier transgresión al reglamento del CAD que pudiera cometer.

El responsable o alguien que lo represente, debe concurrir a una reunión informativa, que se realiza una vez a la semana en el Servicio.



### Reglamento Interno

Este reglamento debe ser respetado por el paciente y sus allegados. La transgresión a cualquiera de sus puntos es motivo de sanción, derivación o baja del tratamiento.

Los pacientes deben:

- Concurrir de lunes a viernes en el horario estipulado. En caso de ausentismo deben comunicarse personal o telefónicamente.
- Respetar y cumplir las indicaciones del equipo técnico.
- Aceptar y colaborar con las revisiones de sí y de sus pertenencias, tanto al ingresar al Servicio, como en todas aquellas circunstancias en que el equipo lo considere pertinente.
- En caso de constatarse tenencia de sustancias estupefacientes se comunicará al responsable del paciente y se dará intervención a las autoridades policiales y/o judiciales (Ley 23.737).

Este hecho será motivo de expulsión y baja del tratamiento.

- Permanecer en abstinencia.
- Entregar al ingresar al Servicio la totalidad del dinero que portasen.
- Colaborar con el proceso de asistencia individual y grupal que se les brinda.
- Cuidar, mantener y reparar o reponer (si fuese necesario y correspondiente) las instalaciones, muebles y útiles del Servicio.
- Utilizar un lenguaje y modales correctos.
- Pedir autorización por escrito al equipo técnico, para ingresar al Servicio objetos y/o mercadería de cualquier tipo.

Los pacientes no pueden:

- Consumir cualquier tipo de sustancia que altere su estado físico y/o psíquico, salvo prescripción médica.
- Mantener relaciones sexuales o manifestaciones de intimidad con otros pacientes.
- Agredir verbal y/o físicamente a otros pacientes o personal.
- Intercambiar objetos y/o mercadería de cualquier tipo con otros pacientes (como por ejemplo cigarrillos).

- Hacer contratos o pactos de algún tipo con otros pacientes.
- Encubrir y ocultar las transgresiones a cualquiera de los puntos del reglamento que otros pacientes pudieran cometer.

Con respecto a las sanciones estas dependen de la transgresión que se haya cometido y son decisión del equipo técnico profesional, siendo la más severa de ellas la expulsión.

En realidad se trata de pensar junto al paciente la sanción que se le aplicará. Se busca pensar porqué se produjo la transgresión, intentando implicar emocionalmente a la persona, con preguntas tales como: "¿Por qué pensás que esto te pasó a vos?", "¿Podías o no hacer algo para impedirlo?", "¿Qué te llevó a que ocurra esto?". Se apunta a que la sanción sea reparatoria.

#### Actividades

Todas las actividades apuntan a hacer aportes a la psicoterapia individual de cada paciente.

En el CAD se desayuna y se almuerza. Esto tiene un sentido ordenador, buscando restablecer en el paciente ciertos hábitos que ha perdido o no ha adquirido.

Todas las actividades del CAD apuntan a lograr la autonomía de los pacientes y buscan movilizar la subjetividad, otorgándoles ciertas responsabilidades. Es decir, son los pacientes los que se encargan de la limpieza del establecimiento, de la preparación de la comida. Son ellos quienes organizan dichas actividades, quienes deciden qué hacen y cómo lo hacen. También pueden proponer actividades en las que estén interesados.

A partir de estas actividades, los pacientes pueden autoevaluarse, conocer sus dificultades y limitaciones para dar órdenes o acatarlas, para delegar, para trabajar en grupo, etc.

Las actividades del CAD, comprenden:

- Reunión de equipo técnico una vez a la semana.
- Grupos de circulación discursiva coordinados por un psicólogo

Según el Lic. Saborido (material interno), el objetivo principal de estos grupos es facilitar la instalación de la transferencia con el profesional que trata en forma

individual al paciente. El coordinador de grupo no realiza interpretaciones, sus intervenciones están destinadas a que el discurso del paciente se despliegue. Se busca lograr un mayor compromiso de la persona con su decir, para que pueda interrogarse sobre su subjetividad. Lo importante es que pueda ir poniendo palabras a lo que va sintiendo. Se trabaja con lo que va surgiendo espontáneamente en cada encuentro, a través del método de la asociación libre. Los pacientes pueden hablar de lo que quieran, incluso de droga, alcohol y consumo. Por lo general se comienza hablando de estos temas y luego, a medida que avanzan los encuentros, va emergiendo la dramática interna de cada uno.

El número de personas que participan es variado, con un máximo de diez por grupo. Se los separa por edad, no por sexo y por el momento particular del tratamiento que cada uno atraviesa.

Pueden participar de este espacio, aquellos pacientes que estén en un proceso psicoterapéutico individual, quedando excluidos aquellos que presenten psicosis desencadenadas, trastornos orgánicos severos, rasgos psicopáticos graves o debilidad mental.

La frecuencia de reuniones de este grupo es de dos veces a la semana.

- Grupo de avanzados

A este espacio concurren personas que ya no asisten al CAD porque están sostenidas por su psicoterapia individual. En estos grupos el grado de asociación libre y profundidad es mayor, los pacientes ya no hablan de droga o consumo sino que ubican los conflictos en otro lado. Están en una posición de involucrarse en sus dichos, de preguntarse que les pasa. En esta etapa algunos siguen asistiendo a algún taller.

Los pacientes pasan a este tipo de grupo a medida que van logrando mayor autonomía, es decir: pueden manejarse solos, manejar dinero, logran estabilizar vínculos con familiares y amigos, pueden tener actividades en el afuera como trabajar o estudiar.

- Reunión informativa con la familia

Este espacio, coordinado por la asistente social, le brinda a la familia un resumen de cómo va evolucionando el paciente en el tratamiento. Pero no se comunica ninguna información de lo que el paciente hace o dice en el CAD, respetando el secreto profesional.

También se realizan indicaciones precisas o se le señala al grupo familiar, algún aspecto para trabajar, permitiendo que surjan dudas o inquietudes. Pero no se trabaja paralelamente con la familia en el sentido de modificar actitudes o conductas.

Estas reuniones se realizan una vez a la semana.

- Talleres

Los talleres son coordinados por los acompañantes terapéuticos. Cada tallerista lo organiza a su modo, pero siguiendo los lineamientos que los psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional o asistente social brindan.

Son actividades que tienen una característica terapéutica por el contenido, pero también tienen características vinculadas con el aprendizaje. Son modalidades basadas en la participación. Se trata de una educación singularizada y orientada a lo práctico.

En los talleres se busca contribuir al proceso que los pacientes vienen desarrollando en los grupos de circulación discursiva y en su espacio individual. Se pretende enfrentar al paciente con situaciones en las que tenga que trabajar con la creatividad, con diferentes materiales, con algunas consignas.

Se trabaja con dos grupos, uno constituido por pacientes que hace dos o tres meses que han ingresado al Servicio y otro de pacientes que recién ingresan.

Los talleres se realizan una vez a la semana. No tienen una duración determinada, son espacios abiertos, porque se trata de una población muy inestable que no tiene continuidad en la asistencia a este tipo de actividades (abandonan, luego se reincorporan).

- Taller de lectura

Este taller comprende diferentes actividades, entre ellas: escuchar al tallerista cuando lee determinados textos, leer novelas y cuentos u otros

géneros, realizar un análisis de los mismos. Cuando los pacientes avanzan se comienza con la etapa de escritura.

➤ Taller de expresión

En este taller se han ido realizando actividades en las que los pacientes se sienten diestros, tales como: escuchar canciones analizando sus letras, escribir, realizar historietas. En la actualidad se realiza modelado con papel mache.

➤ Taller de creatividad

En este espacio se trabaja en un primer momento las cuestiones grupales; a medida que la persona comienza a sentirse libre y deshinibirse, se libera la creatividad, se enriquece la expresión y se hace posible trabajar sobre lo singular. Se realizan diferentes actividades: dibujo, redacción de cuentos, trabajo corporal a través de canciones, etc.

➤ Taller de planificación

En este taller se determina quienes son los pacientes que se harán cargo de las tres áreas del Servicio: informativa, limpieza y cocina. Se busca que el paciente reflexione sobre las actividades laborales de la casa, para conocer cuales han sido las dificultades de los que se han ocupado durante la semana del área. Se planifica a través del acuerdo grupal las actividades para la semana próxima, asentando todo en un libro de actas.

• Espacio de terapia ocupacional

En este espacio se trabaja con la modalidad de talleres. Uno de los talleres con los que se está trabajando en la actualidad es el de reconstrucción histórica.

En ese espacio, el paciente hace una línea del tiempo y la va completando con datos históricos significativos, lo que permite ir resignificando hechos del pasado.

También en este espacio de terapia ocupacional se trabajan cuestiones laborales, como por ejemplo el tema de salir a buscar trabajo. En relación a ello, por lo general, los acompañantes terapéuticos, van junto a los pacientes, cuando estos deciden buscar trabajo, también pueden ayudar a armar un curriculum.

- Día de recreación

Los pacientes les plantean a los acompañantes terapéuticos, las actividades que desean realizar el día viernes y así se organizan salidas a la playa, asados o partidos de fútbol.

- Consultas de urgencia

Ante cualquier situación de riesgo o de crisis que pudiera atravesar el paciente durante el fin de semana, feriados o los horarios en que no se encuentre en el Servicio, debe acudir a la guardia del H.I.G.A (Hospital Interzonal General de Agudos) o pedir asesoramiento telefónico al 108. Este Servicio funciona las 24 horas y está a cargo de operadores terapéuticos.

### **Consultorios Externos**

En este dispositivo participan los pacientes que pueden sostenerse solo con el espacio psicoterapéutico individual. Se trata de personas en las que el consumo de sustancias, no ha afectado las actividades que realizan a diario.

### **CDI Casa de Internación**

Su objetivo es contener y asistir a los pacientes durante un momento puntual del tratamiento, en que las características del caso no permiten que el mismo se pueda brindar en forma ambulatoria.

Como no se cuenta con el Servicio de Internación, se hacen internaciones en Clínicas Psiquiátricas como la Clínica García Lorca o la Clínica del Mar o bien se tramita la misma por medio del CPA o el Faro. A partir de allí, el paciente es derivado a Comunidades Terapéuticas o internado en el Faro. Pero en estos establecimientos se va a trabajar de diferente modo, en el sentido que no se toma a la psicoterapia como eje del tratamiento.

Para el SEMDA, la internación es el último de los recursos clínicos a los que se debe recurrir, por los efectos negativos que conlleva mantener a una persona aislada de su medio familiar y social.

Cuando la Casa de Internación funcionaba, se trabajaba como en los demás dispositivos, con un modelo clínico, siendo la psicoterapia individual el eje del tratamiento.

#### Criterios para indicar una internación

- Riesgo de vida para sí o para terceros.
- Necesidad de realizar una intervención en lo Real, que instale un corte, un límite en el acto compulsivo del paciente.
- Necesidad de desintoxicación debido al alto nivel de consumo de sustancias.

#### Tipos de internación según el grado de complejidad

- Clínica Psiquiátrica y Hospital, cuando la intoxicación es aguda y se requiere de asistencia médica y enfermería constantemente. Cuando el paciente presenta psicosis desencadenadas con producción delirante o alucinatoria o bien patologías orgánicas severas.
- CDI, cuando el paciente no muestra una tendencia autodestructiva demasiado fuerte, cuando no cuenta con un contexto familiar que lo contenga y no necesita asistencia médica y enfermería permanentemente.
- Domiciliaria, cuando el paciente cuenta con una familia que lo contiene y puede poner límites a sus actos compulsivos. Este tipo de internación, por lo general se combina con la concurrencia del paciente al CAD.
- Comunidad Terapéutica, se inicia en aquellos casos en que el consumo de sustancias es secundario respecto de las características psicopáticas y/o delincuenciales del consultante.

#### Reglamento interno

Es igual que para el CAD, cualquier transgresión a sus normas implica sanción. En internación también se trabaja con un responsable.

La información acerca del modo de funcionamiento del SEMDA, fue recogida, a través de entrevistas a la Lic. Claudia Torres, Coordinadora Clínica del Servicio, al Lic. Adrián Saborido, quien tiene a su cargo la admisión y a los acompañantes terapéuticos Ayache, Puyol y Conde. Las mismas fueron realizadas entre los meses de agosto y diciembre del 2001.

Para describir el modo de funcionamiento, además se utilizaron los textos "Admisión a los dispositivos. Criterios Clínicos" y "Grupos de circulación discursiva" material interno del Servicio, confeccionado por el Lic. Saborido.

## ÁREA PREVENTIVA

En el SEMDA no se llevan a cabo programas de prevención de las adicciones.

### ÁREA PREVENTIVA DE LA MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDÓN

Trabaja con prevención inespecífica

Según la Lic. Rodríguez Salgado (ficha interna cátedra de Ps Clínica), la prevención inespecífica es uno de los niveles de la prevención primaria. Esta última consiste en modificar anticipadamente las condiciones sociales y/o ambientales negativas para evitar la aparición de problemas.

El objetivo epidemiológico de la prevención primaria consiste en:

- Reducir el riesgo a padecer un trastorno
- Disminuir la proporción de casos nuevos
- Reducir la frecuencia de aparición del trastorno

La estrategia general de este tipo de prevención consiste en:

- Actuar sobre los factores que favorecen el mantenimiento de la salud
- Actuar sobre los factores que provocan los trastornos

Los niveles de prevención:

- Promoción de la Salud, que es prevención inespecífica. Su estrategia consiste en fomentar una vida saludable y elevar el nivel de vida.
- Protección de la Salud, que es prevención específica. Su estrategia consiste en proteger contra agentes o situaciones agresivas.

Los siguientes datos han sido obtenidos en una entrevista, realizada en el mes de agosto del 2001, al Lic. Di Sabato de la Sala Jorge Newbery:

Se comienza a hacer prevención inespecífica y promoción de la salud, en la ciudad de Mar del Plata, hace aproximadamente tres años, a partir de la demanda por parte de diferentes instituciones referidas a prevención de adicciones y maltrato.

El tema de las adicciones se había trabajado, anteriormente con la modalidad de talleres, pero fue cuestionada su utilidad.

Para el Lic. Di Sabato, la prevención inespecífica, es pensar la prevención pero no desde un síntoma específico. En relación a la misma, en la ciudad, se

comenzó trabajando alrededor del "lazo social", porque se observa que muchas demandas tienen que ver con fragilidad o rotura del mismo. Es notoria, en la actualidad, la existencia de muchas personas que viven solas, por ejemplo.

Según Emiliano Galende (1997 :79), el aparato psíquico trabaja en la transformación de las excitaciones en representaciones, para lograr la satisfacción de la tensión de necesidad. El otro es una condición para que estos procesos se cumplan. El establecimiento de lazos sociales (vínculos filiales, parejas, grupos) es una condición para el funcionamiento del psiquismo. En nuestra época al dominar el individualismo, el lazo social se volvió incontinente, sin poder dar lugar al placer y la satisfacción. Uno de los síntomas de esta realidad es la indiferencia, es decir, el desinterés por el otro y la indiferenciación. Existe una negativa a comprometerse afectivamente en las relaciones.

Se parte del psicoanálisis como marco teórico, considerando que en la constitución del vínculo social se da la ligazón de las pulsiones, más concretamente la cuestión de la agresividad. A medida que se van rompiendo los lazos sociales, el sujeto va quedando más solo y sin posibilidades de ligar esa pulsión. Es entonces donde empiezan a aparecer patologías del acto, porque el sujeto se queda sin espacios de simbolización con el otro. Por ello se empieza a trabajar en la constitución de lazos sociales, en la creación de espacios de producción simbólica.

También se apunta a la constitución de redes con los equipos de las escuelas y los de las Salas de Salud Mental. En la actualidad hay ocho redes armadas en distintos barrios, que planifican para cada caso estrategias alternativas de intervención.

Se cuenta con dispositivos tales como: grupos de reflexión, grupos de terapia para adultos y para niños se cuenta con un "espacio de juego". En éste se trabaja con niños derivados por las escuelas que están en "situación de riesgo". Por lo general, son niños inhibidos y presentan trastornos en relación a los actos como hiperkinesia, trastornos de la atención. Ellos tienen la posibilidad de ingresar en el futuro en el circuito de otras patologías del acto como la

adicción. En consecuencia, en este espacio se intenta representar o simbolizar la realidad a partir del juego.

#### P.U.E.S Programa Universitario de Educación para la Salud

En la ciudad de Mar del Plata, existen otras iniciativas en relación a la prevención de las adicciones en los barrios, por parte de las Comisiones de Fomento, por parte de Narcóticos Anónimos y por parte del P.U.E.S.

El P.U.E.S tiene como objetivos la prevención y promoción de la salud. Busca generar espacios de información, reflexión, debate, expresión y participación.

Esta entidad, considera que la mejor forma de instrumentar acciones de prevención y promoción de la salud es a partir de la capacitación de agentes de la comunidad, que puedan utilizar los canales naturales e informales de comunicación, por ello implementó durante al 2001 un curso de agentes multiplicadores en salud. Dentro del mismo se incluyó un módulo de adicciones. El curso estuvo destinado a alumnos de la Universidad Nacional de Mar del Plata y los integrantes de los equipos de orientación escolar y docentes de E.G.B y polimodal. También se ha realizado en un Ciclo de Charlas, una exposición dedicada a "Adicciones y familia" a cargo de la Lic. Ibañez. Se ha organizado un taller "Adicción, organización y taller" a cargo de los Lic. Farias y Sarli, donde se abordaron las siguientes temáticas: visión generalizada del problema de las adicciones; representaciones sociales, mitos y verdades; campo preventivo-asistencial-educativo; modelos preventivos; el sujeto instituido en la organización; el taller como espacio instituyente.

La información acerca del funcionamiento del P.U.E.S. ha sido facilitada por la Lic. Abraham, en una entrevista que se le realizó en el mes de diciembre del 2001.

## **MARCO TEÓRICO DEL SEMDA**

Según relató la Lic. Torres en la entrevista realizada, el antecedente del SEMDA es "Por Amor a la Vida". Este programa estaba basado en el Proyecto UOMO de Italia. Su modelo era pedagógico, de tinte existencial, con varios elementos de la logoterapia.

En este programa se realizaba un tratamiento básicamente conductual y masificado, en el sentido que era el mismo para todos los pacientes. No estaba incorporado el concepto de subjetividad, es decir, que cada individuo es diferente más allá de su adicción a las drogas. Se trabajaba en serie, se aplicaba el mismo proceso terapéutico a todas las personas que ingresaban al programa. "Por Amor a la Vida" no estaba a cargo de profesionales, sino de ex-adictos, a excepción del área familia dirigida por una psiquiatra y un psicólogo.

Más tarde se dio el pasaje del modelo pedagógico, al modelo clínico-ético, con el que se trabaja en la actualidad. El programa está a cargo de profesionales e intenta respetar la singularidad de cada caso.

A su vez cambió el marco teórico que sostiene el tratamiento. Se trabaja desde el psicoanálisis, desde esta perspectiva, no se habla de "rehabilitación" sino de "cura". El tratamiento no se centra en la sustancia, sino en aquello que lleva al paciente a "necesitar la droga para tolerar la vida".

### **¿Cómo entiende el SEMDA a la drogadependencia?**

Según manifestó el Lic. Saborido en una de las entrevistas realizadas, más que de drogadependencia se trata de la persona, del sujeto del inconsciente. Desde la dimensión subjetiva, la persona presenta diferentes manifestaciones sintomáticas, comportamientos como el acto de drogarse. A partir de allí, la relación que cada persona entabla con el objeto droga es particular e irrepetible. Por ello "la drogadependencia no existe", existen personas que se relacionan de diferente modo con el objeto droga.

Según expresa el Lic. Saborido en su texto "La clínica y las adicciones", hablar de adicto o ex-adicto no solo es estigmatizar a la persona, sino también reducirla a la condición de objeto. Consumir droga no es más que un rasgo del

sujeto y no el individuo en sí mismo. Por ello en el SEMDA, el tratamiento tiene como objetivo la rectificación subjetiva, se busca sacar a la persona de la categoría de objeto, para que pueda posicionarse de modo diferente frente a la realidad: como sujeto deseante. El objetivo es lograr la “cura”, a través de la modificación del posicionamiento subjetivo.

Para el psicoanálisis, de acuerdo al Lic. Saborido, los rasgos adictivos pueden manifestarse en cualquiera de las estructuras psíquicas, que no están determinadas por los rasgos sino por la posición de cada sujeto frente a la castración. Si el sujeto reprime la representación intolerable de la castración cae en el campo de la neurosis, si reniega de ella cae en el campo de la perversión y si el mecanismo defensivo que emplea es la forclusión cae en el de la psicosis. El objeto droga va a ocupar un determinado lugar en la estructura y cada sujeto va a mantener con él una relación diferente. Por ello el analista desde la escucha, intentará descifrar ese lugar y esa relación particular en cada paciente, para poder elegir una estrategia clínica acorde al caso.

En opinión del Lic. Saborido, el acto de drogarse puede ser entendido de diferente modo:

- Como un intento de evitar lo intolerable, aquello que no puede ser asumido dentro de la realidad simbólica y a su vez un intento de restituir la vivencia primaria de satisfacción.
- Como una suerte de desafío a la Ley y un deseo de que la misma se inscriba a nivel simbólico. El sujeto encuentra la Ley en la cárcel, en la enfermedad, en la internación y hasta en la muerte.
- La droga puede ser entendida como parte del propio cuerpo que recrea fantasmáticamente la completud. En estos pacientes hay un déficit en la capacidad de simbolización, el cuerpo “no se puede decir en cadenas significantes”.

## **¿Cómo entiende el psicoanálisis a las personas que presentan rasgos adictivos?**

"(...) es un sujeto en el que operó una profunda falla en el freno simbólico que imprime la metáfora paterna a la demanda de la madre, el sujeto es condenado a un goce sin medida producto de la falta de elementos simbólicos que frenen esta demanda" (Sullivan, Eduardo [1998] :8)

Estos sujetos se caracterizan por la imposibilidad de respetar y aceptar límites, tendiendo al exceso y la transgresión. Según Hugo Mayer Rev.Zona Erógena (27-28), la ausencia de límites, la falta de prohibiciones, la anómia, son sentidas como una forma de libertad. Pero en realidad, es necesario que las personas cuenten con límites adecuados para la asunción de responsabilidades, el desarrollo de capacidades y el crecimiento yoico. Sin estos límites los sujetos, se encuentran sumidos en el vacío, el desamparo, el descontrol y el desconcierto. Justamente porque los límites operan como una continuación del sostén y amparo maternos.

En estas personas, no hay tolerancia a la espera ni a la frustración. Mayer ZE (28), señala que buscan mantener el paraíso del narcisismo infantil, en el cual la realidad se ajusta a sus deseos, pudiendo controlar omnipotentemente sus estados anímicos, es decir, evitar el displacer y procurarse placer cuando así lo quieran. Las drogas son un recurso que les permiten mantener esta ilusión.

"(...) el toxicómano es un gran dependiente del otro, hace del otro el responsable de su existencia (..)" (Sullivan, E. [1998] :6). Las personas con rasgos adictivos son "irresponsables", otorgan la responsabilidad de su existencia a otro. Son personas que dependen del otro para existir, en este caso ese otro es la droga. En el campo de la drogadependencia, la palabra se ve excluida porque se trata de un Sujeto de la Experiencia, de la experiencia de drogarse.

### **La operación del farmakon**

Le Poulichet toma el concepto metafórico de "farmakon" para poder explicar la clínica psicoanalítica de las toxicomanías. El farmakon es un remedio y a su vez un veneno, podría entenderse como una respuesta ante la falta de elaboración del cuerpo pulsional, debido a un déficit de la función simbólica. No es una sustancia química sino un principio de reversibilidad entre lo psíquico y lo orgánico, entre el mundo interno y el mundo externo, entre la presencia y la ausencia.

La operación del farmakon abarca dos dimensiones:

- lo alucinatorio, en el sentido de una restauración de un objeto alucinatorio
- el dolor, en el sentido de una "cancelación tóxica" del dolor narcisista. Este dolor intenta ligar excitaciones en un momento de urgencia, cuando fracasan las ligazones significantes en la organización de la realidad psíquica. Le Poulichet (1987 :65-67)

### **El cuerpo en las toxicomanías**

Le Poulichet toma el concepto de "efracción" para explicar el modo en que se elabora el cuerpo en las toxicomanías. La "efracción" ha de entenderse como un repliegue narcisista, en el cual la libido se retira del mundo exterior y se retrotrae al yo.

"(...) la noción freudiana de efracción implica aquí una falta de anclaje del cuerpo en las cadenas significantes" (Le Poulichet, S. [1987] :58). Es decir el cuerpo, en las toxicomanías, se elabora fuera del lenguaje, no se modela en las cadenas significantes donde se inscriben los deseos de los otros.

La operación del farmakon estaría destinada a proteger una suerte de "narcisismo absoluto", ya que mantiene una continuidad e impide todo intento de ruptura. Por esta razón es que en la abstinencia, al introducirse la discontinuidad, el corte, aparece lo intolerable. En la abstinencia, la ausencia de la droga es vivenciada por el sujeto como una mutilación, es algo que le falta al propio cuerpo (en tanto que ya es parte de él), es vivenciada como "un órgano

doloroso" que brinda fantasmáticamente la sensación de completud. Le Poulichet (1987 :53-58)

### **El goce absoluto**

De acuerdo a Le Poulichet, en las toxicomanías, el cuerpo que no se articula en las cadenas significantes, mantiene una relación particular con el goce (que no tiene que ver con el placer, sino con el dolor). "El goce sería lo que se produce en ese encuentro con algo "real" en el seno de una dimensión alucinatoria: lo que no es simbolizado" (Le Poulichet, S. [1987] :115).

Cuando el sujeto accede al orden simbólico, cuando ingresa al mundo del lenguaje, la palabra establece la diferencia, marca una discontinuidad. El signifiante separa al cuerpo del goce. La persona con rasgos adictivos está posicionada en una situación de goce absoluto porque ha fallado el corte simbólico que la metáfora paterna imprime en la demanda de la madre. Es este corte el que eleva al individuo al estatuto de sujeto de la palabra, del deseo. Así, la persona que presenta rasgos adictivos, sufre la imposibilidad de poner límite a su propio goce porque carece de elementos simbólicos para frenar la demanda.

Según Freda (1989 :179-180), la castración ordena el goce desatado del sujeto, es un transformador del mismo y la toxicomanía puede ser entendida como una manera muy particular de no solamente darle forma, sino de parar el goce. Ante la pregunta ¿de qué goza la persona con la droga?, la respuesta es que la persona no dice que goza, dice que ha gozado y que ahora necesita el objeto droga para estar tranquila. Podría decirse que la droga rompe el goce que el sujeto puede crear a partir de sí mismo.

Siguiendo a Vera Ocampo (1989 :191-192), es posible decir que la droga condena al sujeto a un goce estático y doloroso en donde el Otro es aniquilado en su alteridad y la sexualidad en sus fundamentos. Es decir, si bien la droga pone fin a un goce absoluto, da lugar a un goce vinculado con el dolor y no con el placer.

### **La demanda**

Los pacientes que acuden a instituciones como SEMDA, no lo hacen por propia voluntad. Por lo general no hay egodistonia y son llevados por la familia, algún amigo, la pareja o bien lo hacen porque la Ley 23.737 les ha impuesto un tratamiento de desintoxicación.

Le Poulichet (1987 :147), considera que este tipo de pacientes recurre a un terapeuta cuando la operación del farmakon ya no garantiza anestesia o cuando la "prótesis psíquica" deja de ser apropiada.

En estos pacientes no existe demanda. Por esta razón los profesionales que los asisten, han de intervenir de modo tal que, la persona descubra que es posible posicionarse de manera diferente ante el sufrimiento que la droga le acarrea.

Según lo expresado por el Lic. Saborido, en su texto "La clínica y las adicciones", los pacientes que se someten a tratamiento tienen, en su mayoría, una estructura neurótica. La cantidad de personas con estructura perversa o psicótica es menor, presentando a su vez, menos tiempo de permanencia en los diferentes dispositivos ( a excepción de los psicóticos institucionalizados). Es frecuente la asistencia de personas con estructura "borderline". En ellas, los síntomas, no han de entenderse como un retorno de lo reprimido o como formaciones de compromiso, porque el retorno se produce desde lo Real, en ausencia de simbolización.

### **La transferencia**

Para que se pueda trabajar en pos de la cura del paciente, es necesario que se instale la transferencia. La misma fue definida por Freud como "el motor de la cura".

El fenómeno de la transferencia puede ser entendido siguiendo a José Bleger (1964 :24) como: la actualización por parte de sujeto, en el vínculo analítico de sentimientos y actitudes inconscientes, relacionadas con pautas conductuales que ha establecido en el curso de su desarrollo principalmente con su grupo primario. Se trata de aspectos irracionales, inconscientes y no controlados de la conducta del sujeto.

De acuerdo a Le Poulichet (1987 :171), como se produce debido a la "efracción" un repliegue narcisista, resulta difícil establecer con estos pacientes una transferencia analítica.

En "La clínica y las adicciones", el Lic. Saborido sostiene que, aunque algunos pacientes no logran entrar en análisis, el haber transitado por los dispositivos del SEMDA y el haber sido escuchados por un equipo técnico que implementó una estrategia adecuada al caso particular, provoca una modificación en la posición subjetiva, incluso si la persona abandona el tratamiento antes de tiempo.

### **La cura**

En SEMDA, el eje de tratamiento es la psicoterapia individual. La "cura" no se logra en el Servicio, es a futuro y es responsable de ella el analista particular del paciente.

### ¿Cómo se logra la cura desde el psicoanálisis?

Siguiendo a Le Poulichet (1987 :165-166), en la cura analítica no se trabaja con la droga en sí misma, sino con la puesta en escena imaginaria de los efectos del consumo de drogas en el campo de la transferencia.

El analista no demanda, no prohíbe ni prescribe, espera. Espera que el paciente pueda organizarse para comenzar a hablar de sí mismo en las sesiones. Lo importante es que pueda ir poniendo palabras a lo no simbolizado, e ir comprometiéndose progresivamente con su propio decir.

Se resignificarán los fragmentos de fantasmas que vayan apareciendo en el discurso, para que algo del orden del deseo comience a ponerse en juego y pueda alcanzarse una nueva posición del sujeto en la palabra.

"(...) Por el trabajo de sustitución entre los significantes, y merced al relanzamiento de los decires que no fijan significaciones, el cuerpo se elabora en el Otro. Y lo que vuelve posible este proceso es sin duda la instauración de una relación con "la ausencia", que permite al paciente seguir ejerciendo su deseo" (Le Poulichet, S. [1987] :170-171). Es decir para alcanzar la cura se trabaja en pos de anudar la pulsión y la cadena de significantes. Lo que la pulsión está encargada de buscar responde en el Otro (en tanto lugar de los significantes).

Por eso el analista ha de hacer las veces del Otro de la pulsión, de un Otro castrado para que el sujeto se relacione con la ausencia y la falta. Así el cuerpo del sujeto, comenzará a "hacerse" en la relación con este Otro en tanto representante de la Ley.

En relación a la falta, cabe aclarar, siguiendo a Vera Ocampo (1989 :197), que el sujeto no se defiende contra la castración o la muerte, sino contra el vacío que para él implica el objeto erótico. Así prefiere fusionarse a la droga, antes que enfrentar al vacío de sí mismo, estando condenado a consumir un objeto que, en realidad, lo consume a él.

### **La familia**

Para H. Mayer ZE (27), en la actualidad se ha dado una modificación del rol del hombre, que ha perdido protagonismo y de la mujer que ha ingresado al mercado productivo y se ha liberado sexualmente. Esto ha dado lugar a una ambigüedad en las funciones materna y paterna: se ha perdido la figura del padre fuerte y protector y la de la mujer tolerante y tierna, que ama a su hijo con un amor objetivado desinteresado.

Por lo general, las familias de aquellos que presentan adicciones se caracterizan por un padre ausente o bien desvalorizado desde el discurso de la madre, siendo ésta poco continente y sobreprotectora. Hay falta de acuerdo en la pareja parental en cuanto a las fronteras que separan lo prohibido de lo permitido, lo saludable de lo enfermizo, siendo poco claros los límites que imponen al hijo. En consecuencia, las figuras de autoridad que se interiorizan son débiles y se da una ausencia de límites ordenadores.

En las personas que padecen adicciones, por lo general, según Mayer, se da una alianza madre-hijo, el niño es colocado por la madre: un poco en el lugar del padre como pareja de la madre y un poco como ideal fálico en un anhelo narcisista de completud. Este hijo no tiene la posibilidad de acceder a un espacio propio, en el cual separarse, diferenciarse y crecer, debido a la relación narcisista de fusión indiferenciada con la madre.

"De la presencia o ausencia del padre (..) dependerá la espera, la privación a la que será sometido el niño a partir de un sistema de prohibiciones

que fundará su capacidad de simbolización" (Arias y otros [1990] :171). Siguiendo esta idea, es posible entender a la drogadependencia como un intento fallido de separación y diferenciación con la madre y un reclamo al padre, para que, en tanto representante de la Ley, con su presencia-prohibición permita la individuación.

Para H. Mayer ZE (26), el incremento del número de personas que padecen adicciones en la actualidad, está relacionado con las características que presentan los vínculos en la post-modernidad. En ellos se experimenta frustración y angustia, por tratarse de relaciones en las que uno no existe para el otro y tampoco el otro para uno, como objeto de amor o como modelo valorado, sino como complemento o enemigo según se adecue o no a los propios anhelos narcisistas.

**CAPÍTULO III**  
**"C.P.A."**

La Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires cuenta con una red asistencial que comprende:

- Centro Preventivo Asistencial
- Centro de Desintoxicación
- Comunidades Terapéuticas
- Centro de reinserción social
- Unidades cerradas para la atención de toxicodependientes en medios carcelarios

El C.P.A Centro Preventivo Asistencial de Adicciones de la ciudad de Mar del Plata, fue creado hace aproximadamente nueve años y cuenta con dos áreas:

- El área psicosocial, que realiza la recepción de los pacientes, la evaluación diagnóstica y el tratamiento.
- El área preventiva, que desarrolla acciones preventivas que apuntan a informar, concientizar y desarrollar estrategias de prevención a partir de detectar situaciones de riesgo y actuar sobre las mismas, así como desarrollar factores de protección frente a la problemática.

## **ÁREA PSICOSOCIAL**

### **MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO**

El C.P.A. cuenta con los siguientes dispositivos:

- Consultorios Externos
- Casa de Medio Día
- Espacios de Orientación Familiar
- G.A.B.A. Grupo de Autoayuda Bonaerense
- Internación, si bien no cuenta con una Casa de Internación, realiza la tramitación de la misma en otros lugares de la provincia
- Medida educativa

## **EQUIPO TÉCNICO**

El mismo está conformado por tres psicólogos, dos operadores terapéuticos, una profesora de educación física, una abogada para las derivaciones judiciales y técnicos en prevención de adicciones

## **LOS PACIENTES**

Las personas llegan al C.P.A. de diferente modo: derivados por el Juzgado, por demanda espontánea, derivados por otras instituciones como el hospital.

## **EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**

Cuando una persona llega al C.P.A. se procede a la apertura de una historia clínica y a la elaboración del diagnóstico. Se busca conocer a la persona para decidir el modo en que se trabajará con ella, para esto es necesario tener en cuenta, entre otras cosas:

- El motivo de consulta

Si bien es frecuente la ambivalencia, es fundamental que existan motivaciones personales que movilicen a pedir ayuda, que haya reconocimiento de los problemas que acarrea el consumo y voluntad de efectuar un tratamiento.

- El diagnóstico de consumo según el DSM IV

Este diagnóstico se realiza teniendo en cuenta tres categorías: uso, abuso y dependencia.

- El diagnóstico de personalidad
- El diagnóstico de los aspectos familiares y sociales

La familia desempeña un rol fundamental en el desarrollo y el mantenimiento del cuadro, así como en su recuperación. Es importante conocer el tipo de familia del que se trata, para poder organizar la estrategia a seguir.

El proceso diagnóstico culmina en la indicación al paciente de la modalidad de tratamiento a seguir. Es relevante tener en cuenta, que los criterios para no derivar a un tratamiento ambulatorio son:

- Pacientes con riesgo suicida, violencia y peligrosidad para sí y para terceros

- Presencia de problemas médicos o psiquiátricos graves que requieren observación y tratamiento intenso
  - Presencia de dependencia física que requiere desintoxicación en entorno controlado
  - Imposibilidad por parte del paciente de cumplir con el tratamiento ambulatorio
- En caso de que se requiera una internación, como el C.P.A. no cuenta con este espacio, mientras se espera la beca (que depende de La Plata y puede tardar un tiempo) se le ofrece al paciente contención y sostén. Se busca que pueda llegar a una internación lo más cuidado y comprendido posible.

### **CONTRATO TERAPÉUTICO**

Con las personas que continuarán su tratamiento en el C.P.A., se establece un contrato terapéutico. El mismo permite sistematizar los fines y exigencias del tratamiento, mediante la enunciación del plan de acción.

Se intenta establecer una alianza terapéutica con los aspectos sanos del paciente. Esta se inicia desde la primera entrevista diagnóstica, entendiendo que la enfermedad es solo un aspecto de la persona y que la existencia del sujeto no se agota en su adicción.

### **EL TRATAMIENTO**

El mismo consta de entrevistas individuales, espacios grupales y familiares y actividades deportivas complementarias. Está organizado en fases:

#### **• Grupo de admisión**

La frecuencia de este espacio es de una vez a la semana y su duración es de una semana para aquellos pacientes que pasan a la modalidad de Casa de Medio Día y de tres semanas para aquellos que pasan a la modalidad de Consultorios Externos.

Los objetivos del grupo de admisión son principalmente: lograr en el paciente conciencia de enfermedad, lograr que pueda suspender el consumo y evitar situaciones y lugares de riesgo, lograr que el paciente pueda poner en práctica las normas del tratamiento y se comprometa con ellas.

En este espacio se evalúa la sociabilidad del paciente y la conveniencia de un tratamiento grupal. Si bien el tratamiento es grupal, ocasionalmente hay entrevistas individuales solicitadas por el paciente o requeridas por el equipo. Por otro lado, si el paciente necesita paralelamente psicoterapia individual, es derivado fuera del C.P.A.

#### Reglas más importantes del tratamiento

- El paciente debe abstenerse del consumo de drogas y alcohol. No debe concurrir a lugares donde se consuma, debe evitar contacto con conocidos o grupos que consuman.
- No puede ingresar al Servicio estando drogado o alcoholizado  
Será sancionado quien concorra con drogas o alcohol y/o consuma dentro de la Casa.  
Será expulsado quien induzca al consumo a otro paciente del tratamiento.
- Los pacientes no pueden relacionarse de ninguna forma entre sí fuera del ámbito del tratamiento.
- El paciente debe respetar el horario de entrada y salida de cada actividad.
- La no asistencia consecutiva y/o alterada y sin aviso, se considera abandono del tratamiento, perdiendo el paciente, el derecho a formar parte del programa.
- La familia forma parte del tratamiento, tanto en la asistencia a las reuniones multifamiliares, como en el apoyo que le brinda al paciente, para que éste pueda cumplir las pautas que lo llevarán a su rehabilitación.
- El paciente debe cuidar la Casa y brindar un trato respetuoso al equipo técnico y personal del CPA, a los demás pacientes y a los familiares que concurren al Centro.

Estas normas básicas buscan ayudar al paciente a controlar las causas de su enfermedad y se intenta, en esta primera etapa, que pueda comprometerse con ellas y ponerlas en práctica.

Es fundamental la abstinencia total de todo tipo de sustancias que alteren el estado de ánimo porque es la única forma de que el paciente pueda restablecer el equilibrio. De esta manera se atiende la parte psíquica de la enfermedad, en el sentido que, las drogas se usan para controlar sentimientos negativos no

elaborados ni verbalizados o sensaciones displacenteras, que no pueden manejarse de otro modo. Así, cada nuevo consumo retroalimenta la dependencia psíquica, siendo una resolución no adecuada de la problemática.

La idea es cortar de golpe y con todas las sustancias, para lograrlo es necesario que se informe a la persona que existen deseos intensos que ayudan a mantener el uso compulsivo, vinculados a personas, lugares, objetos y experiencias. Es importante que estos factores puedan ser identificados y se armen estrategias para evitarlos. No es real que el deseo sea irrefrenable, ha de evitarse que se haga la equivalencia deseo=consumir.

También es necesario identificar el sistema de apoyo personal, es decir, las personas con las que el paciente está seguro y a las que puede llamar en cualquier momento. Se deben confeccionar sistemas de apoyo basados en nuevos horarios y actividades para romper el ciclo compulsivo.

#### Actividades

- Grupo familiar, a este espacio asiste la familia sola sin el paciente. Puede hablar de lo que le sucede, de sus temores y recibe indicaciones.
- Grupo multifamiliar una vez a la semana, en este espacio participa la familia y el paciente, teniéndose como objetivo afianzar la comunicación y el intercambio entre ellos.
- Grupo terapéutico una vez a la semana. En este espacio se promueve el poder hablar y contactarse con los sentimientos a partir de verlos en los otros.

El emergente grupal tiene que ver con el consumo y la recaída.

Se trabaja la demanda para que la persona pueda posicionarse como paciente, se busca conocer los motivos por los que desea abstenerse y establecer una alianza terapéutica.

#### Destino del paciente

En el grupo de admisión se determina a que dispositivo concurrirá la persona. Así, se deriva a Casa de Medio Día, a aquellas personas que tienen el día libre, porque no trabajan o han abandonado la escolaridad. Mientras que aquellas personas que tienen una actividad paralela al tratamiento, que han

podido mantener la abstinencia y cuentan con recursos internos para sostener el no consumo, son derivadas a Consultorios Externos.

#### • Fase I

En esta fase se apunta a mantener la abstinencia y se trabaja terapéuticamente sobre los rasgos de carácter del paciente. Entre los más significativos, cabe mencionar: escasa tolerancia a la frustración, poca capacidad de espera, tendencia a pasar al acto e impulsividad, dificultad para aceptar normas.

Se busca desarrollar nuevas formas de comunicación a través de la palabra. Se intenta que el paciente enfrente sus sentimientos, pueda aceptar pérdidas del pasado y resolver crisis actuales. Se apunta a cambiar el estilo de vida del paciente y a restablecer lazos sociales, familiares y laborales.

Se intenta que la persona asuma nuevos valores, tales como la sinceridad, la honestidad, el aprecio por la vida, el cuidado por el cuerpo y por el alma.

Se evita el desarrollo de adicciones sustitutivas tales como juego, sexo o trabajo.

#### Trabajo con la familia

En esta etapa se intenta lograr que la familia acompañe al paciente, como red de apoyo primario, para alcanzar la abstinencia. También se educa a la familia sobre la naturaleza de la enfermedad y sus cuidados (no deben darle plata al paciente, deben evitar ser permisivos, no deben encubrir, han de acompañarlo y decir la verdad en todo momento).

Se intenta desculpabilizar a los padres y controlar su ansiedad, favorecer la comunicación familiar y evitar sabotajes inconscientes del tratamiento.

#### Actividades

- Grupo familiar una vez a la semana
- Grupo multifamiliar una vez a la semana
- Grupo terapéutico dos veces a la semana. En esta fase hay mayor compromiso, participación e intervención del paciente que en la fase anterior. En este momento del tratamiento no se habla exclusivamente de droga, sino que se

va profundizando en la historia de vida de cada uno y se busca crear un proyecto a futuro distinto.

- Actividades deportivo-terapéuticas, incluyen natación dos veces a la semana y fútbol una vez a la semana
- Grupo de proyectos, que se realiza todos los días, comprende grupo de proyecto diario y grupo de proyecto de fin de semana. Se pretende que los pacientes traigan por escrito lo que tienen pensado hacer, promoviendo que puedan anticipar situaciones. Se apunta a evitar situaciones de riesgo vinculadas con el consumo.

En la Casa de Medio Día, además se trabaja con:

- Grupo de convivencia, espacio en el que se revisan aspectos vinculares. Los pacientes anotan todas sus inquietudes en un cuaderno y luego en el grupo se habla de ellas.
- Talleres de jardinería, diario y pintura
- Desayuno todos los días y el viernes se almuerza

- **Fase II**

En esta fase, se continúan trabajando los objetivos de la etapa anterior, pero con más tranquilidad. Se abordan aspectos no relacionados con la abstinencia.

Los pacientes vienen obligatoriamente, una vez a la semana, al grupo terapéutico. En este espacio hablan más de sí mismos, de sus sentimientos, de sus necesidades y de sus proyectos a futuro. Se profundizan temas tales como el vínculo con la familia, la pareja, la paternidad. Este espacio es fundamentalmente un grupo de control de recaída. En el C.P.A., se considera que la adicción es una enfermedad crónica, que continúa existiendo, aunque el paciente no realice consumos continuados. Existe una vulnerabilidad de por vida a la recaída, por lo genético y por la huella mnémica, aunque es controlable.

También se continúa realizando actividades deportivo-terapéuticas como natación y fútbol. Pero si la persona ha comenzado a trabajar o ha retomado la escuela, ya no tiene la obligación de concurrir.

## **DE LOS OTROS DISPOSITIVOS**

### **Espacios de orientación familiar**

El objetivo es recibir en primer término, al familiar, al amigo que viene a consultar por alguien que tiene problemas de consumo de drogas.

Se orienta a la familia acerca de como abordar el tema con el otro, para logra el acercamiento del paciente al programa.

### **G.A.B.A Grupos de Autoayuda Bonaerenses**

Es el espacio menos normativizado y más flexible, el trabajo se basa en la transmisión de la experiencia personal.

- G.A.B.A Familia, este grupo es coordinado por una docente. En este espacio, la familia puede volcar todas sus inquietudes y angustias por la situación. Se intenta orientarla y modificar aspectos del sistema familiar, códigos comunicacionales y características que favorezcan la dependencia del otro.
- G.A.B.A para pacientes. Este espacio está destinado a aquellos pacientes que no tienen un referente familiar que los acompañe o no tienen disponibilidad horaria. Es una modalidad de tratamiento basada en el acompañamiento por personas que atraviesan la misma enfermedad, guiados por alguien que se ha rehabilitado.

El objetivo es lograr la abstinencia, adquirir pautas de cuidado para evitar el consumo, encontrar en el grupo sostén y contención, sustituir actitudes disfuncionales por otras más adaptativas.

### **Medida educativa** de acuerdo a lo previsto en la Ley 23.737

Es llevada a cabo por una docente y está destinada a experimentadores, que no son adictos y no requieren un tratamiento de rehabilitación. En este espacio, se trabajan módulos temáticos a modo de un curso, referidos a la droga, los valores, la familia, la inserción laboral. La modalidad que se utiliza es la de taller.

La medida educativa tiene una duración de cinco meses. Una vez transcurrido este lapso, el Juzgado la da por cumplida. También se realiza un seguimiento para ver si ha cambiado la situación de riesgo.

El modo de funcionamiento del C.P.A ha sido descrito en base a material interno del establecimiento y entrevistas realizadas, entre los meses de agosto y diciembre del 2001, al Lic.Pablo Ingratta

## ÁREA PREVENTIVA

### SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

“Pre-venir, es anticipar lo que va a venir. Anticiparse, adelantarse, estar atento, ¿para qué?. Para modificar lo que no deseamos, lo que no queremos, lo que buscamos transformar de lo que “viene”. Por eso decimos que la prevención o es transformadora o no es”. (Gascón, S. [2001] :1).

El plan de prevención de la Secretaría, parte de una concepción de prevención integral de las adicciones y apunta a lograr el compromiso de toda la comunidad.

En prevención integral se trabaja sobre los factores de riesgo, que son aquellos que potencian el consumo, buscando disminuirlos. Se intenta lograr el desarrollo de una conciencia social para bajar la tolerancia social. Existen sustancias como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, cuyo consumo es aceptado socialmente, olvidando el riesgo que el mismo conlleva para la persona. Es esta tolerancia la que se intenta modificar.

Los objetivos del Plan de Prevención Integral son:

- Disminuir el consumo y uso de drogas
- Generar acciones de gobierno y comunitarias para modificar aquellas condiciones que dan lugar al consumo
- Satisfacer las necesidades de las personas que las llevan a la demanda y el consumo de drogas
- Preparar a familiares y amigos para que puedan brindar apoyo y contención
- Optimizar la elaboración de información sobre el tema que luego se difunda a la población

En este marco, las diferentes C.P.A. de la provincia, realizan acciones preventivas a partir de sus propios diagnósticos.

## **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL DE MAR DEL PLATA**

A partir de lo expresado en las entrevistas realizadas a los profesionales del área preventiva, se ha constatado que los objetivos que se pretende alcanzar son:

- Reconocer, anticipar y disminuir factores de riesgo, como la oferta de droga, la falta de autoestima, la deserción escolar, familias maltratantes. Pero en realidad, ningún factor es en sí mismo determinante.
- Fortalecer y potenciar factores de protección, como buenas alternativas para el tiempo libre, actividades deportivas, grupos de reflexión, buena comunicación, contención familiar.

### **Modo de trabajo**

Se trabaja en distintos ámbitos de la comunidad (barrios, sociedades de fomento, instituciones intermedias, ONGs, comedores, escuelas) realizando prevención primaria y secundaria, específica e inespecífica.

#### ¿Cómo?

Para comenzar hay que establecer un buen vínculo con la gente y lograr que las personas, que conforman las diferentes instituciones, se conozcan entre sí.

Luego se define la problemática imaginaria y la real, para ello se realiza un diagnóstico situacional de carácter participativo. La idea es que el proyecto comunitario responda a las necesidades de las personas y haya mayor compromiso. Se evalúa el territorio y los recursos humanos, materiales, institucionales, comunitarios existentes. Toda estrategia preventiva debe tener en cuenta las características propias de la comunidad, sus necesidades, expectativas, valores, creencias.

Tras haber evaluado y diagnosticado, se arma un pequeño proyecto comunitario: se trabaja con tareas simples, que tienen mayor probabilidad de tener éxito y aseguran la continuidad del grupo. Se apunta al fortalecimiento del mismo: se le brinda al barrio las herramientas para que sean ellos quienes cambien su realidad sociocultural. Se busca que estén unidos en una tarea en común.

Estos datos han sido recabados a través de una entrevista a la Técnica en Prevención de Adicciones y docente, Cecilia Rodríguez, realizada en el mes de agosto del 2001 y una entrevista al Licenciado en Antropología y Técnico en Prevención de Adicciones, Andrés Pepe, realizada en el mes de diciembre del mismo año.

### **Programa 10 000 líderes para el cambio**

Este programa está terminando, fue ejecutado hasta el año 2000 inclusive, pero sus ideas básicas aún sostienen el modo de trabajo en prevención.

Sin embargo en el año 2001, se han operado algunos cambios:

- Antes el equipo de prevención permanecía por largo tiempo en el mismo barrio. Ahora la idea es capacitar, formar líderes barriales y pasar a otro barrio
- En la actualidad, se realiza un diagnóstico más profundo, exhaustivo e importante

#### Objetivos del programa:

Este programa está destinado a prevenir la drogadependencia y otras enfermedades psicosociales (alcoholismo, violencia, SIDA). Para ello busca:

- Reforzar las redes sociales solidarias existentes
- Formar nuevas redes sociales municipales, barriales, regionales
- Realizar un diagnóstico de realidad situacional con la participación de toda la comunidad
- Capacitar líderes naturales y formales (formación de formadores)
- Generar escuelas de prevención (escuelas para padres, escuelas de líderes juveniles, escuela de formación docente)
- Organizar red de redes de "Integración Preventiva", reforzando el concepto de comunidad participativa solidaria

El trabajo en red es fundamental en este programa. Cuando la red de contención y vínculos sociales falla, se da la aparición de enfermedades psicosociales, como la drogadicción, el alcoholismo o el SIDA. Por ello es necesario unir nuevamente la red. Pensar en red es pensar en términos de relación, de articulación de sectores, grupos y organizaciones que conforman la

comunidad. Este programa pretende fortalecer los vínculos de solidaridad social y la vida familiar, que se han visto afectados por las diversas crisis socioculturales y económicas que han azotado al país.

A los efectos de una mayor comprensión de la propuesta, se detalla, a continuación, una síntesis del “esquema operativo” sobre el que se desarrolla la tarea de prevención:

#### Esquema Operativo

FASE I Sensibilización, concientización, diagnóstico

- Participar del equipo técnico programático con Directivos, funcionarios, responsables comunitarios e institucionales

FASE II Difusión, sensibilización, diagnóstico

- Encuentros Masivos
- Encuentros Sectoriales (Directivos escolares, líderes Comunitarios, Personal de Salud, Responsables Comunicacionales)

FASE III Capacitación, información, formación

- Curso de capacitación (cinco encuentros para docentes, padres, alumnos y vecinos)

DINÁMICA:

- a) Teoría de la problemática
- b) Grupos de reflexión
- c) Talleres de Producción.

FASE IV Educación, formación

- Supervisión de los programas preventivos propuestos en la fase III
- Asesoramiento técnico
- Creación de escuelas (padres, jóvenes, Docentes, Líderes comunitarios) (sin año :30)

La estrategia de este programa está basada fundamentalmente en la comunidad educativa y en los sectores y organizaciones comunitarias.

### ¿Qué es un Líder de cambio?

Es cualquier persona de la comunidad (un médico, un docente, un vecino, un religioso, un joven) que desde su lugar va a trabajar en pos de la protección de la familia, los niños, los jóvenes.

### Metodología de la prevención

La prevención apunta a lograr la participación activa y comprometida de todos los actores sociales en la resolución de las problemáticas que los aquejan, a modificar comportamientos y hábitos para mejorar el estilo de vida y a construir redes sociales para disminuir o evitar la aparición de estos trastornos psicosociales.

Dentro de la prevención primaria, se realiza:

- Educación para la salud, (prevención inespecífica), que apunta al desarrollo de actitudes, conductas, valores que permitan mejorar las condiciones de vida a partir del conocimiento, la capacitación, la reflexión y el intercambio.

La educación para la salud, se basa en el rediseño ambiental y personal. El rediseño ambiental apunta a cambiar ciertos aspectos del contexto (el sistema familiar, escolar, grupos de pares) que propician el consumo de drogas. Mientras que el rediseño personal trata de desarrollar recursos y habilidades individuales que protejan al sujeto del consumo de drogas. Se apunta a las capacidades que posee el individuo para comportarse de un modo más saludable.

- Prevención educativa específica, en el sentido que son intervenciones centradas directamente en el tema "adicciones". Se busca desarrollar o fortalecer la capacidad de autodefensa psicológica del individuo y el grupo ante el riesgo de las enfermedades psicosociales. Es la comunidad quien detecta sus problemas, determina sus prioridades y ejecuta los programas que apuntan a mejorar su calidad de vida.

## De la familia y la escuela

El programa se estructura sobre la premisa de que cuando se producen distorsiones en el funcionamiento familiar aparecen trastornos de personalidad, de relación y de adaptación, en alguno o algunos de sus miembros.

La detección precoz en prevención da lugar al surgimiento en la familia de mecanismos de autodefensa psicológicos, que se activarán ante cualquier crisis y que permitirán corregir las disfunciones emergentes.

El sistema familiar está alterado hoy por diversas razones: padre y/o madre ausentes, separaciones, perversiones de los padres, extrema pobreza. El programa entiende que por lo general se trata de familias "expulsivas", que no dan lugar a "la sublimación de las pulsiones y los instintos, necesaria para la entrada a la sociedad". (sin año :65)

La escuela, por su parte, es considerada un espacio adecuado para la prevención porque permite un tiempo prolongado de acción (población cautiva) y abarca varios niveles (niños, padres, docentes, vecinos).

En la actualidad la escuela está en crisis, ya que, entre otras cuestiones: se ha modificado la función del docente perdiendo prestigio su palabra; ha aumentado la violencia en la relación docente-alumno, alumno-alumno; ha aumentado la deserción escolar, la comunicación televisiva se ha convertido en un discurso más penetrante que el escolar.

Cuando la función de la familia y de la escuela, así como de todas las instituciones que participan del proceso de socialización, presenta fallas, surge un adolescente con:

- Empobrecimiento de sus capacidades afectivas
- Déficit en la capacidad para simbolizar la realidad y pasaje al acto
- Escasa tolerancia a la frustración

La capacidad de "holding" de la escuela y la familia es el principal elemento preventivo, por eso el proyecto preventivo implica una transformación de ambas instituciones, que apunta a lograr un mejoramiento de su calidad de vida.

### Jóvenes por la vida

Es un movimiento juvenil, en el cual se trabaja con líderes juveniles que multiplican en su barrio un mensaje preventivo, con sus propios códigos de joven a joven.

### Escuela para padres

Este programa considera que un medio importante de educación de los jóvenes son los padres, por eso se deben elaborar programas destinados a instruirlos sobre los efectos perjudiciales de las adicciones.

La escuela para padres, busca aumentar el cuidado parental como eje de la salud en edades críticas, como son la niñez y la pubertad. La idea es educar a los padres para que cuenten con más herramientas para ayudar a sus hijos. En estos grupos se reflexiona sobre la problemática y se comparten experiencias, dudas e inquietudes.

El programa "10000 líderes para el cambio" trabaja a partir de 10 principios básicos, contenidos en la guía "Formar padres para formar hijos" mediante los cuales los padres pueden ayudar a su hijo a decir "NO" al alcohol y a las drogas:

1. Aprenda a escuchar realmente a su hijo
2. Hable con su hijo acerca del alcohol y las drogas
3. Ayude a su hijo a sentirse bien consigo mismo
4. Ofrezca un buen ejemplo
5. Ayude a su hijo a desarrollar valores firmes y adecuados
6. Ayude a su hijo a afrontar la presión de sus compañeros
7. Establezca normas familiares que ayuden a su hijo a decir "NO"
8. Fomente actividades recreativas
9. Ayude a su hijo a tomar decisiones
10. Actúe como padre... y como ciudadano (sin año :3)

### Centros Preventivos Escolares C.P.E.

El programa apunta a que toda escuela tenga una política preventiva basada en dos ejes:

- Contenidos curriculares informativos, formativos y actitudinales que permitan desarrollar conocimientos sobre las consecuencias del uso indebido de drogas
- Centros preventivos escolares que se basan en tres principios:
  - Conocimiento en la acción
  - Reflexión en la acción
  - Reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en acción.

Los C.P.E. pueden estar conformados por alumnos a partir del tercer ciclo del E.G.B., docentes y padres que buscan "aprender haciendo".

Los C.P.E. y los C.P.A. están integrados en una Red Preventiva que apunta a la participación y el compromiso de toda la comunidad, y se integra a la Dirección Provincial de Educación Preventiva.

Las tareas del C.P.E. son:

- Informativas como campañas de afiches, folletos y manuales.
- De formación como debates, conferencias, cursos
- Organización de fiestas, mateadas, desfiles de carrozas.

#### Centros preventivos laborales C.P.L.

En la provincia de Buenos Aires se manifiesta en el ámbito laboral: abuso del alcohol, uso de medicación sin indicación médica, uso de marihuana, uso de estimulantes, dando lugar a accidentes, daños, robos, ausentismo y en consecuencia, deterioro de la producción. Por ello este programa busca la capacitación de agentes, la creación de Centros Preventivos Laborales y la modificación de situaciones laborales que tiendan al uso y abuso de alcohol y drogas.

## **MARCO TEÓRICO DEL C.P.A.**

### **¿CÓMO ENTIENDE EL C.P.A. A LA DROGADEPENDENCIA?**

Según lo expresado en una de las entrevistas realizadas al Lic. Ingratta, la drogadependencia es una enfermedad multicausal, que evoluciona a través de una serie de etapas. Tiene como agente directo la ingesta reiterada y sostenida de un tóxico o una droga por parte del sujeto e involucra factores sociales, familiares y personales.

### **TRATAMIENTO**

En el C.P.A. se realiza un tratamiento de cambio que apunta a comprender la problemática y a lograr una modificación a largo plazo y en profundidad. Se realiza una intervención en crisis y paralelamente se trabaja con la personalidad y los modelos vinculares del adicto.

### **MARCO TEÓRICO**

El Lic. Ingratta, considera que no hay un marco teórico único para el abordaje de esta realidad clínica. En el C.P.A. se toman elementos pertenecientes a diferentes perspectivas psicológicas. Del texto "Drogadependencia-toxicoddependencia-enfermedad" se desprenden las ideas y los conceptos que caracterizan la fundamentación teórica del trabajo que se lleva a cabo en este establecimiento, por lo que se presenta a continuación una breve síntesis del mismo a la que se le añadió aportes teóricos de otros autores que resultan pertinentes.

#### **Drogadependencia**

Es una enfermedad producida por la ingesta, reiterada y sostenida de tóxicos. Puede ser entendida como un conjunto clínico de signos y síntomas con una forma de inicio, una evolución y una terminación.

Es una enfermedad con tres características:

- Es crónica, en el sentido que no se cura, se rehabilita. Las recaídas son esperables, en tanto forman parte de la "historia natural" de la enfermedad.
- Es progresiva, avanza a través de tres etapas: uso, abuso y adicción
- Es terminal, ya que puede llevar a la muerte, ya sea por sobredosis o por SIDA.

#### ¿Qué es la droga?

La O.M.S. la definió en 1969 como "toda sustancia que introducida al organismo vivo produce un cambio de una o varias de sus funciones". En 1982 la caracterizó como "entidades psicoactivas de uso no médico y susceptibles de ser autoadministradas". Ingratta (1996 :1)

#### ¿Cómo actúa en la persona?

En el curso "10.000 líderes para el cambio" se parte de considerar a la droga como una sustancia química capaz de alterar al organismo afectando la conducta, la percepción y la conciencia.

Cuando la droga ha sido incorporada y el organismo se ha adaptado a ella, se produce la tolerancia, que es un fenómeno biopsicológico por el cual las células se acostumbran a funcionar con drogas. A medida que la tolerancia aumenta, la persona debe elevar la dosis para alcanzar el mismo efecto. Así, la droga comienza a ser la prioridad para ese sujeto.

Cuando a la persona le falta la sustancia y ya se ha producido un acostumbramiento, aparece el fenómeno de la abstinencia, entendido como un conjunto de signos de ansiedad y angustia. La persona no soporta este estado y vuelve a consumir para evitarlo.

A esta altura, hay una dependencia psicofísica porque el organismo necesita la sustancia para sobrevivir. El grado de dependencia varía, según la droga que se consuma.

#### Etapas de evolución hacia la adicción

- Uso: en esta etapa la persona consume ocasionalmente, por lo general los fines de semana intentado cambiar constantemente de sensaciones, sin

presentar intoxicaciones. La droga es regalada o compartida. El consumo no llega a afectar el ámbito laboral, escolar o de pareja.

- **Abuso:** en esta fase la persona presenta un uso regular de la sustancia durante la semana, teniendo algunos episodios de intoxicación. La persona experimenta una profunda confusión, ya que lleva una doble vida: una existencia cotidiana y otra adictiva desconocida por su entorno. El consumo lleva al deterioro de las actividades laborales, escolares y la vida familiar se halla afectada.

- **Adicción:** en esta etapa la persona presenta una total dependencia psicofísica, resultándole imposible soportar la abstinencia y viéndose impulsado a buscar compulsivamente la sustancia. El sujeto lleva una vida dependiente, siéndole imposible prescindir de la droga.

### **Causas de la enfermedad**

En drogadependencia se parte de la idea de "multicausalidad", existen toda una serie de factores que hacen a la adicción de un sujeto, entre ellos:

- La acción química del tóxico que provoca dependencia

Por ejemplo, en el caso de la cocaína:

En el sistema nervioso la información se transmite de neurona a neurona, desde el axón a la dendrita a través del espacio intersináptico mediante neurotransmisores. Ante la presencia de cocaína las neuronas segregan más dopamina (neurotransmisor) lo cual produce euforia, bienestar y placer. Para acomodarse al aumento de dopamina las neuronas receptoras aumentan sus dendritas, por ello se produce la tolerancia. Al haberse incrementado el número de receptores específicos, el cerebro requiere más dopamina. Como las reservas están agotadas, el cerebro va a tardar más en producir este neurotransmisor, dando lugar a un intenso malestar. Esto hace que la persona recurra compulsivamente a la droga, ya que, más cocaína permite mayor dopamina y se vuelve a experimentar placer, o al menos desaparece el dolor.

- La persona del adicto

La estructura de personalidad del adicto hace que sea vulnerable a las drogas. Por lo general el adicto presenta un Yo débil, baja autoestima, poca capacidad de espera, escasa tolerancia a la frustración, pasaje al acto sin previa mediación

del pensamiento, dificultad para aceptar límites y normas, disfunciones en la comunicación con los otros. Ingratta (1996 :5)

Wurmser, entiende a las drogas como una defensa artificial frente a los afectos desbordantes (odio, vergüenza, soledad), frente a los sentimientos de falta de valor personal, debilidad y depresión. El adicto debe recurrir a esta defensa artificial debido a conflictos narcisistas, hiposimbolización, deficiencia del lenguaje. La hiposimbolización, es la dificultad para reconocer y experimentar sentimientos y la incapacidad para simbolizarlos o verbalizarlos de forma adecuada. Así los sentimientos se perciben de forma vaga, no se discriminan, se experimentan como sensaciones fisiológicas desagradables, sobrepasan al individuo y se alivian solo con el efecto de la droga. "Wurmser notó que estos factores constituían una predisposición para el uso compulsivo de drogas y, junto a una razón específica (una crisis narcisista) y una razón precipitante (la disponibilidad de las drogas), constituyen los motivos de este uso" (Spitz, Henry y Rosencan, Jeffrey [1990] : 145)

Existen ciertos cuadros psicopatológicos con los que la adicción se asocia frecuentemente, entre ellos

➤ Trastorno narcisista

Se trata de personas que compensan su baja autoestima con exageradas defensas de grandiosidad. Presentan omnipotencia, necesidad de admiración, tendencia a la manipulación. Inicialmente la cocaína favorece estas defensas narcisistas.

➤ Trastorno del estado de ánimo

La adicción se da fundamentalmente en la distimia y la depresión mayor. Se consume droga, por lo general cocaína para "controlar" sentimientos negativos.

➤ Trastornos de ansiedad (crisis de angustia, agorafobia, fobia social)

La adicción a la marihuana está relacionada con este trastorno y a través de ella se busca "controlar" los sentimientos negativos, los temores y la ansiedad.

- Crisis vitales o accidentales

La personalidad es entendida como "una organización dinámica de los sistemas psicofísicos responsables de la adaptación del individuo al medio". Ingratta (1996 :3)

Su desarrollo consiste en una sucesión de fases diferenciadas. En cada etapa se presenta un equilibrio. Pero entre fase y fase éste se ve alterado por la aparición de crisis.

La crisis según Karl Slaikeu (1991 :11), puede ser entendida como un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza por la incapacidad del individuo de abordar una situación usando métodos conocidos para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo.

Tras la crisis, pueden verse afectadas varias áreas de la personalidad, como el área emocional (puede aparecer ansiedad, miedo, culpa o vergüenza), el área intelectual (puede haber confusión en cuanto a los objetivos que se pretende alcanzar, pobre percepción de la realidad), el área corporal, etc.

Las crisis pueden ser positivas o negativas para el sujeto en tanto representan: una oportunidad de alcanzar un grado de salud o madurez mayor, permitiendo el desarrollo de nuevas capacidades. O bien un peligro, ya que puede ser un factor desencadenante de enfermedad mental, cuando no se logra un nuevo equilibrio y la persona queda con una estructura reducida para enfrentar las situaciones de la nueva etapa. Se puede producir una detención del desarrollo o una fractura.

"La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del Yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros significantes") " (Slaikeu, K. [1991] :12)

Las crisis son accidentales, cuando la alteración es desencadenada por un suceso accidental, capaz de romper el equilibrio, de desestructurar. Ejemplo: enfermedad, desempleo, problemas con familiares o amigos, muerte inesperada de un ser querido, divorcio, catástrofes naturales. Mientras que son evolutivas,

cuando la alteración es desencadenada por un período esperable dentro de la vida de todo individuo. Ejemplo: parto, destete, ingreso a la escuela, pubertad, adolescencia, separación de la familia de origen, crisis de la mitad de la vida, jubilación, vejez.

Ante la crisis el adicto utiliza la droga, como "salida mágica". Con ella afronta las situaciones de la vida cotidiana, careciendo de otros recursos que le permitan elaborar estrategias alternativas para resolver eficazmente el problema. Ingratta (1996 :5)

### **La familia**

Es muy importante la familia del adicto, por el papel que juega en el desarrollo, el mantenimiento y la recuperación de la enfermedad.

El "self" del niño, su forma y estilo dependen de sus recursos constitucionales, pero en interjuego con los vínculos que establece en el seno de su familia, con la madre en un primer momento y con el padre más tarde, que va a ejercer la función de corte simbólico.

Por lo general la familia del adicto está enferma, por lo que no puede contribuir al sano desarrollo del sujeto. Las causas por las que una familia "empuja" a uno de sus miembros a la adicción son variadas, entre ellas:

- "Holding" insuficiente

Es decir, existe una falla en la función de "holding" o sostén, que es la que hace posible la confianza básica. De acuerdo a Donald Winnicott (1971 :27-32) el "holding" es la capacidad de la madre para contener y dar seguridad a su hijo. Es la capacidad de la madre para adaptarse activamente a las necesidades del bebé. La madre "suficientemente buena" se adapta totalmente a las necesidades de su hijo al comienzo y luego gradualmente lo hace de manera menos completa. Esta adaptación incompleta es la que hace que los objetos sean reales: odiados así como amados. La madre ha de ilusionar al bebé para luego desilusionarlo, es decir, debe haber satisfacción y una "frustración óptima". De este modo el niño desarrolla un sentimiento de confianza, que le permiten la separación Yo No-Yo.

En el caso del adicto la madre no logra crear un clima afectivo adecuado. No tiene capacidad para soportar la angustia, calmar y dar consuelo, por lo que el niño no se siente reconocido, cuidado, querido. No se establece la simbiosis para el normal desarrollo del psiquismo. Ese hijo no incorpora la capacidad de tolerar la angustia, de esperar, ni la capacidad de cuidarse a sí mismo.

- Familias centrípetas

En estas familias existe una dificultad para tomar distancia y lograr la diferenciación de sus miembros. En ellas la alianza marital es deficiente y se mantiene a partir de la relación con un hijo inmaduro y dependiente que "canjea" su independencia con su enfermedad.

La diferenciación acarrea una angustia importante, por ello este tipo de familia se ve tentada a buscar la homogeneidad.

La falta de interiorización de los límites por parte del hijo, se produce por haberlo privado, según Winnicott, en los primeros años de la "frustración óptima" y de sufrir decepciones necesarias. Estas familias tienden a evitar "mágicamente" todo sufrimiento y displacer a través de recursos materiales como dinero, regalos valiosos.

Suele haber una oscilación entre la permisividad y el autoritarismo.

Están borradas las líneas que marcan la diferencia entre padres e hijos, por lo que predomina la incongruencia jerárquica.

La madre no puede ejercer su función. Por lo general, se trata de una persona inmadura con inconsistencia yoica y baja autoestima. Llena su vacío con el hijo, lo absorbe y lo usa como un antidepresivo. El hijo, que queda vaciado, busca "llenarse" con la droga.

El padre no demuestra afecto a su hijo. Si bien aparenta fortaleza, en el fondo esconde una profunda inconsistencia. Suele desvalorizar a la madre para marcar su autoridad. A veces trabajan de modo excesivo. Ingratta (1996 :7)

- Ausencia de límites

Cuando hay abandono, padres ausentes, roles invertidos, familias disueltas o inexistencia del grupo familiar, la persona en pleno crecimiento no puede interiorizar límites claros, lugares definidos y el respeto por el otro. Por lo

general, la infancia del adicto tuvo lugar en una familia caótica, sin roles parentales bien definidos, sin estructuras de poder y jerarquías claras.

- Conductas de consumo en los padres

Los padres, presentan por lo general, adicción a psicofármacos (sedantes, estimulantes), a la comida, a drogas socialmente aceptadas como alcohol y tabaco. Ingratta (1996 :8)

### **Tratamiento grupal**

En el C.P.A., el tratamiento es fundamentalmente grupal, porque se considera que la estrategia terapéutica más efectiva, para abordar ésta problemática, es el trabajo con grupos. La adicción es la enfermedad de la negación, de la decepción, del aislamiento y la falta de comunicación. El grupo es muy útil, porque brinda apoyo emocional, contacto con la realidad y promueve la identificación mutua que colabora en la educación acerca de la naturaleza de la enfermedad y su rehabilitación.

Según Spitz (1990 :166-180), que explica el tratamiento grupal de los cocainomanos, no existe un individuo o miembro de la familia para el cual no pueda diseñarse un formato útil de grupo para tratar la drogadependencia.

El apoyo del grupo es de gran ayuda para facilitar el proceso de desintoxicación y establecer un patrón de abstinencia.

El grupo es eficaz para combatir los sentimientos de aislamiento y alienación. La manifestación de interés entre los miembros del mismo genera una sensación de pertenencia y cuidado.

Los temas que se trabajan en las primeras etapas tienen que ver con preocupaciones sobre el trabajo, el miedo al fracaso, problemas de asertividad, la expresión apropiada del odio, la sexualidad (en particular la preocupación sobre la función sexual o miedos relacionados a ser poco aptos en este campo) y las dificultades para obtener placer sin la droga.

En el grupo se desarrollan capacidades para la resolución de problemas, se adquieren estrategias de enfrentamiento alternativas a sentimientos o problemas que antes eran manejados a través del consumo de drogas. Se da un proceso de conocimiento de uno mismo a partir de la participación activa en la

experiencia grupal. Los participantes aprenden a identificar, regular y expresar emociones sin recurrir a las sustancias. Se da una autocomprensión con respecto a los factores motivacionales, familiares y ambientales que llevan al consumo.

El grupo crea una nueva subcultura que minimiza los sentimientos de pérdida asociados al grupo consumidor. Esto permite contrarrestar sentimientos de desesperanza que tienen que ver con el miedo a que dejar la droga equivalga a dejar el placer, los amigos y otros beneficios secundarios.

### **Factores sociales**

En la sociedad no existe un solo estilo de vida tolerado, por lo general, el individuo cuenta con un variado espectro de conductas socialmente aceptadas.

Lo sano se relaciona con la capacidad de adaptación que tenga el individuo a alguna de las formas de vida que impone la sociedad. Lo enfermo está vinculado con la no adaptación o con la sobreadaptación. Con respecto a esta última, es muy común, que la persona consuma drogas para poder responder a los exigentes ritmos de la vida actual.

La post-modernidad se caracteriza por ciertos valores, que hacen que el individuo tenga dificultades para adaptarse. Por ello suele recurrir a las drogas como escape, como huida de una realidad en la que no puede mantenerse. Estos valores son:

- El poder
- La eficacia más allá de cualquier ética. Lo más importante es el "hacer", en detrimento del "ser", del desarrollo de virtudes, del pensamiento, de la palabra.
- La velocidad. Se apunta a que el hombre sea hiperactivo, que no piense, que no medite, que no espere.
- El consumo. La persona "es" en tanto "tiene", en la medida que es el objeto que se consume, el que otorga identidad.

Con respecto a las identidades en la época actual, Galende las caracteriza como frágiles, efímeras y fragmentadas. "Las identidades que se producen en esta nueva cultura (...) se referencian en objetos del consumo, en su

posesión y renovación constante, lo cual produce una ilusión de identidad, ya que estas posesiones sólo pueden recubrir al Yo de una débil máscara (...)  
La identidad que estas posesiones pueden proveer tiene la fragilidad y la duración de esos objetos de consumo. Al perderse no dejan nada al individuo, sólo lo devuelven a un vacío que debe llenar nuevamente (...)"  
(Galende, E. [1997] :130)

- La importancia de la imagen, el ideal de eterna juventud.

Siguiendo a Galende (1997 :117-119), se puede afirmar que en la actualidad se está produciendo un borramiento de las tres diferencias básicas que organizaron la vida social moderna:

- De clase social, ya que se tiende a establecer un solo modelo, identificado con el empresario. Siendo este eficaz, inteligente, rápido, ambicioso y poderoso.
- De género, porque los iconos de identidad, de gestualidad, la forma de vestirse y de comportarse socialmente, se han hecho más comunes a ambos sexos e indiferenciados.
- De generación, en tanto el modelo hegemónico es el de ser joven. La juventud se ha impuesto como modelo eterno.

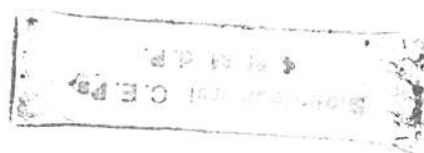
**CONSIDERACIONES  
FINALES**

La descripción y el análisis del modo de funcionamiento y del marco teórico, así como de las acciones preventivas, del Servicio Municipal de Atención a las Adicciones, del Centro Preventivo Asistencial de Adicciones y del Faro, muestran varias similitudes en los programas a través de los cuales se aborda la problemática y las ideas básicas que orientan la labor, a pesar de las aparentes diferencias que caracterizan a cada una de las instituciones. En las mismas, más allá del modo particular de trabajo, se realiza un tratamiento que tiene en cuenta aspectos personales, familiares, sociales y es llevado a cabo por **equipos técnicos** compuestos en general por: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, técnicos en prevención de adicciones, entre otros.

**La fundamentación teórica**, en la que cada institución basa su trabajo es diferente ya que en el SEMDA se toma como base el marco psicoanalítico, mientras que en el CPA y en el Faro, se considera que no existe un marco teórico único para el abordaje de esta problemática. Por ello utilizan elementos aportados por diferentes perspectivas psicológicas.

En consecuencia **la drogadependencia** es entendida de distinto modo. Para el Faro es fundamentalmente un problema psicosocial, que involucra a la persona y a su familia. Para el CPA es una enfermedad crónica, progresiva y terminal, que evoluciona a través de una serie de etapas y responde a una multiplicidad de causas. Mientras que el SEMDA, considera que la drogadependencia no existe, sino que existen personas que se relacionan de diferente modo con el objeto droga.

**Las personas** que asisten a estos establecimientos para tratar su problema de adicciones, son vistas desde ópticas particulares. Para el Faro el adicto es una persona que debe encontrar el sentido con el cual interpretar su existencia y además debe adquirir valores adecuados para moverse en la vida. Es un sujeto que reacciona de manera no adaptativa cuando percibe un peligro, se bloquea y no siente nada. Es indiferente y usa la droga para mantener la indiferencia. Mientras que para el CPA y el SEMDA se trata de una persona que presenta un déficit en la capacidad de simbolización, producto de una falla en la



intervención simbólica del padre que impone un corte a la relación madre-hijo, dando lugar a la diferenciación. Es una persona con escasa tolerancia a la espera y a la frustración, con importantes dificultades para aceptar y respetar límites y normas.

El acercamiento de las personas a las instituciones trabajadas, se produce generalmente, por demanda espontánea, derivación de otras instituciones como hospitales, salas de salud mental o bien por derivación judicial conforme a la Ley 23.737.

**La familia** es tenida en cuenta en los tres establecimientos, ya que en todos ellos se considera que ocupa un papel significativo en la aparición del trastorno, por lo que resulta fundamental trabajar con ella para lograr la recuperación de la persona. El Faro entiende a la familia del residente como un sistema abierto, que presenta disfunciones tanto en las pautas interaccionales como comunicacionales, siendo la persona que se droga, una expresión de dicha disfunción. El CPA, considera que, por lo general, la familia está enferma y por ello no puede contribuir al sano desarrollo del sujeto en crecimiento. Esto puede deberse a "holding" insuficiente, indiferenciación de los miembros, ausencia de límites claros, déficit de comunicación, etc. El SEMDA plantea un fracaso en el proceso de individuación personalizante, es decir, se trata de familias con un padre ausente o desvalorizado desde el discurso de la madre, que no puede desempeñar la función de corte simbólico que hace posible la constitución subjetiva. Por último, cabe mencionar que el Faro y el CPA, apuntan a modificar ciertas conductas, actitudes o modalidades comunicacionales de la familia que determinan la adicción de uno de sus miembros. Mientras que el SEMDA se limita a informar a la familia sobre la evolución del paciente y orientarla para que pueda apoyarlo en el proceso de "cura". Es decir, no realiza un tratamiento paralelo con la familia.

**El tratamiento** que brindan estas instituciones es ambulatorio, a excepción del Faro que ofrece, además, el servicio de Comunidad Terapéutica con Internación. El tratamiento cuenta con espacios individuales, grupales y espacios para la familia. No hay pasos predeterminados a seguir, la

recuperación de cada persona depende de las particularidades de cada caso. El tratamiento que ofrece el Faro es terapéutico-educativo, consiste en reubicar elementos mal ubicados, reaprender conductas desadaptativas y adquirir nuevos valores. Está dividido en fases y a medida que la persona avanza a través de las mismas, adquiere mayores privilegios, pero también más responsabilidades. El tratamiento del CPA, que también se divide en fases, es fundamentalmente grupal, aunque hay instancias individuales, cuando el caso lo requiere. El grupo es considerado una herramienta efectiva para el abordaje de la problemática, porque brinda apoyo emocional, contacto con la realidad y promueve la identificación mutua. En el SEMDA, como el eje del trabajo es la psicoterapia que se realiza en diferentes Salas de Salud Mental, en el espacio compartido dentro de la institución se trabaja para que el paciente pueda aportar material a la misma. El tratamiento, que no está dividido en fases, apunta a alcanzar una rectificación subjetiva que eleve a la persona al estatuto de sujeto deseante.

En relación a ello, para el SEMDA es posible, mediante esta modificación del posicionamiento subjetivo, alcanzar **la cura**. En cambio el CPA y el Faro, no hablan de cura, sino de **rehabilitación**. Para el CPA, existe una vulnerabilidad de por vida y es esperable la aparición de recaídas y el Faro apunta a rehabilitar a la persona a través de la transmisión de valores de los que carece (siendo esto lo que la "inhabilita" para llevar una vida sin drogas).

**Las normas** que las tres instituciones le exigen respetar a la persona para ingresar al tratamiento, son bastante similares. Ante todo se le exige que se abstenga de consumir sustancias estupefacientes o alcohol. Es decir, estas instituciones, no pretenden lograr la abstinencia mediante el tratamiento, (ya que ésta es un requisito para ingresar al programa), sino que apuntan a trabajar para que el sujeto adquiriera recursos que le permitan mantener la abstinencia y desarrollar una vida libre de drogas. También se le exige participación a los familiares de la persona en tratamiento, teniendo familia y paciente que cumplir con las actividades ofrecidas, respetando los horarios y días pautados. La persona debe cuidar y mantener el establecimiento, tener un comportamiento adecuado mediante un trato respetuoso y modales correctos con sus

compañeros y con el personal, abstenerse de todo tipo de conducta violenta y de mantener relaciones íntimas con sus compañeros.

La transgresión a estas normas conlleva sanción, siendo la más extrema, la expulsión del tratamiento. Tanto en el SEMDA, como en el Faro, la sanción no es vista como un castigo. En SEMDA se busca implicar a la persona emocionalmente, pensar junto a ella el porqué de la transgresión y ver la manera de reparar el daño. En el Faro se implementan sanciones que tienen objetivos terapéuticos y que permiten modificar conductas negativas.

En cuanto a **las actividades** que se llevan a cabo durante el tratamiento, la mayoría son grupales. En ellas se busca trabajar aspectos personales, históricos, vinculares. Se intenta que la persona pueda expresar lo que siente, se apunta a que logre autonomía y un mayor compromiso tanto con su decir como con su hacer. Con respecto al poder hablar en estos espacios, existe una diferencia significativa entre las instituciones. En el SEMDA tanto como en el CPA el paciente puede hablar de lo que siente, de lo que quiere e incluso de droga y de consumo. Por lo general, en los grupos se comienza tratando estos temas y a medida que avanza el proceso empiezan a emerger cuestiones más personales. En cambio en el Faro está prohibido hablar de droga o alcohol, porque se considera que estos temas son utilizados como "pantalla" para no enfrentar los conflictos afectivos, que son el verdadero problema. De este modo se espera que se focalice en los problemas que intenta tapar por medio del consumo.

En estos establecimientos se tiene en cuenta lo social, como un factor determinante de las adicciones a diferentes sustancias tóxicas. Se considera que la época actual presenta ciertas características que hacen que la persona se vea impulsada al consumo de drogas para poder huir de la realidad: necesidad de ser asertivos, eficaces y exitosos, rapidez, velocidad, importancia del actuar en detrimento del pensar, consumo de productos para adquirir una identidad, labilidad y superficialidad de los vínculos.

Con respecto a **la prevención de las adicciones**, la Municipalidad de General Pueyrredón y el área preventiva del CPA, trabajan en prevención

específica e inespecífica apuntando fundamentalmente a restablecer lazos sociales, a través de la construcción de nuevas redes sociales y el fortalecimiento de las ya existentes. Se apunta a lograr la participación y el compromiso de toda la comunidad: vecinos, grupos y organizaciones, para la puesta en marcha de pequeños proyectos. Se trata de fortalecer factores de protección y disminuir factores de riesgo, así como también de capacitar y formar agentes comunitarios.

Cabe mencionar que la drogadependencia es una problemática sumamente compleja, que tiene que ver con la desesperanza propia de la época en que vivimos, la crisis de las instituciones que constituyen la base de la sociedad: -la familia y la escuela-, la falta de contención, el desamparo, la ausencia de límites y de proyectos futuros. Las tres instituciones que han sido analizadas tienen en cuenta todos estos aspectos y buscan trabajarlos a través de sus dispositivos de asistencia, es decir, no se centran solo en la persona que presenta el problema. Realizan, cada una a su modo y desde su perspectiva, un tratamiento integral y amplio del problema.

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos, los resultados no parecen ser muy alentadores. Muchos pacientes abandonan los tratamientos antes de tiempo, y aquellos que logran finalizarlos, presentan frecuentemente reincidencia. Pero este no es un problema local, las estadísticas con las que se cuenta a nivel nacional y mundial dan cuenta de la misma situación. Se puede afirmar que la drogadependencia es actualmente un "problema abierto", por lo que la tarea investigativa en este campo resulta, no solo necesaria, sino que adquiere carácter de urgencia.

Para finalizar, y a modo de hipótesis tentativa sobre la que se seguirá trabajando, del estudio realizado surge la idea de que las diferencias a nivel teórico en las instituciones abordadas no se corresponden con diferencias significativas en las prácticas que llevan a cabo. Resulta posible suponer que esta asimetría responde a la "distancia", mencionada en la introducción, entre lo que las personas creen que hacen, dicen que hacen y efectivamente hacen.

## **ANEXO**

## **La Ley 23.737 de Estupefacientes**

Esta Ley fue sancionada el 11 de octubre de 1989 e impone una medida educativa o un tratamiento de desintoxicación por tenencia o consumo de estupefacientes.

En relación a ello, cabe mencionar los siguientes artículos de la misma:

- Art. 14: "Será reprimido de uno a seis años y multa de (...) el que tuviere en su poder estupefacientes.

La pena será de un mes a dos años de prisión, cuando por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal"

- Art. 16: "Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el Juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen"

- Art. 17: "(...) si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el Juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años del tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última"

- Art. 18: "(...) si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del Juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años del tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad"

- Art. 19: "(...) El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare consentimiento para ello, o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás. El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación, según el caso (...)"

- Art. 21: "(...) si el procesado no depende física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentado, el Juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta Ley (...)"

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia".

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arias y otros *La familia del adicto y otros temas*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión. 1990.
- Barenblit, V - Freda, F. H. - Guimon, J. - Maldavsky, D. - Mattioli, G - Vera Ocampo, E. (1989) *Ponencias del seminario: el diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogadependencias*. Barcelona. Grup Igia.
- Bleger, J. (1964) *La Primer entrevista psicológica*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión. 1985.
- Castanedo Secadas, C. (1983) *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Barcelona. Ed. Herder. 1988.
- Ehuletche, A. (2001) "El modelo sistémico". Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Educacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Fagan, J. (1970) *Teoría y técnica de la terapia guesáltica*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Frankl, V (1987) *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona. Herder. 1990.
- Ingratta, P. (1996) "Drogadependencia - toxicoddependencia – enfermedad". Apunte de la cátedra de Psicopatología de la Tecnicatura en Prevención de Adicciones dictada por la Universidad del Salvador.
- Ingratta, P. (1996) "Tratamiento" material interno del C.P.A.
- Galende, E. *De un horizonte incierto*. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1997.
- Gascón, S. "Prevenir es transformar". *Rev. La llave* 2001 año 1 nº (1) :3.
- Goti, M. E. *La Comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión . 1990.
- Le Poulichet, S. (1987) *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires. Amorrortu. 1996.
- Ley 23.737 de Estupefacientes.
- Mayer, H. "Esclavos contemporáneos". *Rev. Zona Erógena* nº (38) :26-29.
- Moreno, J. L. *Psicodrama*. Buenos Aires. Ed Paidós. 1978.
- "Plan de Prevención Provincial: Un compromiso de todos". *Rev. La llave* 2001 año 1 nº (1) :8-9.

- Rodríguez Salgado, C. "Niveles de prevención en salud mental". Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Saborido, A. "Admisión a los dispositivos. Criterios clínicos". Material interno del SEMDA.
- Saborido, A. "Grupos de circulación discursiva". Material interno del SEMDA.
- Saborido, A. "La clínica y las adicciones". Material interno del SEMDA.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. *Guía de estudios y capacitación para directores y coordinadores de programas preventivos*. Convenio de la Provincia de Buenos Aires Universidad del Salvador.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. *Programa 10.000 líderes para el cambio*. Curso de capacitación - guía complementaria.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. *Programa 10.000 líderes para el cambio*. Formar padres para formar hijos
- Slaikou, K. (1991) *Intervención en crisis*. México. Ed. Manual Moderno.
- Spitz, H. y Rosencan, J. (1990) *Abuso de Cocaína. Nuevos enfoques en investigación y tratamiento*. Barcelona. Ed en Neurociencias.
- Sullivan, E. (1998) "Drogas y drogadependencia". Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Jurídica de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Vilanova, A (1993) *Contribuciones a la Psicología Clínica*. Buenos Aires. Ediciones ADIP
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa. 1979