

**UNA EXPERIENCIA EN EL TRABAJO CON REINCIDENTES EN EL
CONSUMO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA HOGARES CLARET**

(1993 – 1998)

Blanca Inés Echeverri Osorio

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Asesor

Edgar Orlando Arroyave Álvarez

Psicólogo,

Magister en Filosofía

Candidato a título de doctor en Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Antioquia

2015

Contenido

Introducción.....	p. 4
1. Historia del problema de las “drogas”.....	p. 9
1.1. Abordaje social y político.....	p. 9
1.2. La concepción de delincuente.....	p. 34
1.3. La concepción de enfermo.....	p. 41
1.4. Tratamientos propuestos.....	p. 44
1.4.1 Tratamiento Médico.....	p. 45
1.4.1.1. Concepción de droga.....	p. 46
1.4.1.2. Concepción de adicción y de adicto.....	p. 47
1.4.1.3. Etapas tratamiento.....	p. 54
1.4.1.4. Concepción de cura y recaída.....	p. 57
1.4.2. Tratamiento en Comunidad Terapéutica.....	p. 58
2. La Comunidad Terapéutica.....	p. 61
2.1. Antecedentes.....	P. 61
2.2. La comunidad terapéutica psiquiátrica.....	P. 64
2.3. Las comunidades terapéuticas para adictos a las drogas.....	P.71
2.3.1. Los Orígenes.....	P.71
2.3.2. Definición y objetivos de la C.T.....	P. 821
2.3.3. Generalidades y contraindicaciones de la C.T... ..	P.86
2.3.4. Fases del tratamiento.....	P. 87
2.3.5. Características de la comunidad Terapéutica.....	p. 95

2.4. Cómo define la Comunidad Terapéutica al adicto y a la adicción.....	P. 98
2.5. Cómo define la recaída.	P.103
3. Otra mirada sobre el tratamiento en la en la C.T.....	p.107
3.1. La reinserción.....	P.109
3.2. La recaída.....	p.121
4. Una experiencia con la recaída en C.T Hogares Claret.....	p.130
4.1. Actividades que se desarrollaban en el hogar.....	p.138
4.1.1. Grupo Psicoterapéutico de orientación analítica.....	p.142
4.1.2. Dos ejemplos de intervención.....	p.150
4.2. Cómo vivían el proceso los residentes.....	p.154
5. Conclusiones.....	p.159
Anexos.....	p.169
Fuentes y Bibliografía.....	p.191

Introducción

El hombre es por naturaleza un ser social que busca la unión, la comprensión y la armonía con sus semejantes, este es el postulado del que parten para su intervención las diferentes ramas de las ciencias sociales que se ocupan de estudiar al hombre y sus comportamientos, entre ellas la psicología. Pretenden entonces con su hacer conseguir la armonía, vendiendo la idea de una sociedad idílica, sin odios, ni peligros, basada en el amor, la equidad y la justicia. Pero el devenir histórico de la humanidad es una muestra palpable de la imposibilidad de hacer existir esos paraísos y de alcanzar esas metas.

El Psicoanálisis, en oposición a la psicología, plantea que las relaciones humanas son complejas, conflictivas, se mueven en la dialéctica del amor-odio, del deseo, de la insatisfacción y de la caída de los ideales.

Sigmund Freud (1980) explica esto mediante la construcción del mito del “asesinato del padre” que instaura la prohibición cultural del incesto, Esta prohibición posibilita la creación de un orden social y garantiza su conservación, según Lacan, (1992) empieza a regir la ley del padre muerto, la ley simbólica. Por esta ley, es por la que hombres y mujeres renuncian al goce pulsional para hacer parte de lo social, de lo cultural, permitiendo que las normas regulen su deseo.

Freud (1980) afirma que esta renuncia genera malestar, malestar que se traduce en psiconeurosis, trastornos sexuales, comportamentales y psíquicos, entre otros. Cuando estos conflictos no son sofocados por los sujetos y se hacen molestos para los otros, la sociedad decide intervenir sobre ellos. Es el caso de los sujetos adictos a las sustancias psicoactivas, quienes le dan salida a su malestar con el consumo, cayendo en un círculo vicioso pues este

mismo consumo desenfrenado se convierte en un acto que los pone por fuera de la ley, agravando su malestar. Estas intervenciones se proponen desde diferentes aspectos: religioso, jurídico, militar, científico, psicoterapéutico, bien sea de forma individual o grupal, esto depende de la época y de las condiciones culturales y políticas en que estas se hagan.

Escohotado (1996a) dice que en las ciudades primitivas donde la ley se articulaba a lo mágico-religioso, periódicamente se realizaban ofrendas en honor a los dioses para pedir su clemencia o se realizaban sacrificios en los que todas las culpas o pecados del grupo eran transferidas mediante una ceremonia a un hombre o a un animal, que se convertía en el “chivo expiatorio” este al ser sacrificado o arrojado del grupo los limpiaba o purificaba para poder recibir los favores de su dios. En otras sociedades se aplicaba la ley del Talión, “ojo por ojo, diente por diente”, siendo aquí el sujeto objeto de la venganza, el quebrantador de la ley.

Muchos historiadores, entre ellos, Montenegro (1987) narran que en la antigua Roma se le concedía al acusado el derecho de ser escuchado, alegando su defensa, pero si se le encontraba culpable, podía incluso ser condenado a la muerte, dependiendo del delito que se le imputara. Durante la edad media, con el predominio de las religiones cristianas, se desató la cacería de brujas que eran sometidas a juicios amañados en los tribunales de la Santa Inquisición y luego condenadas a la hoguera para extraer el mal del que eran portadoras mediante el fuego purificador.

En otras ocasiones, dice García (1990) se han empleado la tortura y la represión, una de sus formas es el encierro, bien sea en las cárceles o en los hospitales mentales, otras son la farmacología (medicación), las cirugías (lobotomías). Cuando esas formas de intervención no consiguen acallar los conflictos en los sujetos van surgiendo otros discursos, también del lado de la medicina, que proponen alguna diferencia en su intervención, tales como la

psicología y la psiquiatría que hacen del hombre el objeto de su saber y desde ese saber proponen soluciones en procura de lograr su “bienestar”. Este es el discurso de la **salud mental**, que ha entrado a formar parte de las políticas de las naciones dirigidas desde la OMS – Organización Mundial de la Salud- y que incluyen dentro de sus soluciones a las psiconeurosis modernas, como lo señala Tomas Szasz (1993) algunos psicofármacos que alteran el ánimo aprobados legalmente, en contraposición a aquellos que se han usado milenariamente pero que por razones de orden político y económico han entrado a formar parte, entre otras, de las prohibiciones establecidas por el Estado.

Otra perspectiva en la intervención sobre estos desequilibrios individuales o grupales es la propuesta por el fundador del Psicoanálisis Sigmund Freud (1980), quien inaugura una clínica que propone que el sujeto es un ser de palabra y que en sus equívocos se encuentra el sentido que busca a su malestar, se trata aquí del sujeto del inconsciente.

Frente al problema que nos ocupa, la adicción de los sujetos a las SPA – Sustancias Psicoactivas-, prohibidas o no, como otra forma de vérselas con el malestar que generan las imposiciones de la cultura se han propuesto varias soluciones: Comunidades Terapéuticas que ofrecen dos modalidades de tratamiento, bien sea como residente interno o como asistente al programa ambulatorio, Teoterapia, Terapia Psicológica, Tratamiento Psiquiátrico, estos dos últimos se imparten en forma individual, grupal, familiar o de pareja, grupos de Alcohólicos Anónimos –AA-, grupos de Narcóticos Anónimos –NA- . No obstante que la finalidad de todos estos tratamientos es “hacer que los sujetos no consuman más, que no alteren su estado de ánimo”, se presentan con mucha frecuencia reincidencias en el consumo que ponen en tela de juicio la efectividad de estos tratamientos. Reincidencias, que social, medica e institucionalmente son asumidas como las recidivas normales que se presentan en el

proceso de la enfermedad, forma como es asumida la adicción a las SPA, lo que de alguna manera acalla y tranquiliza a éstas entidades, razón por la cual no hacen un esfuerzo por preguntarse qué sucede, qué pasa en tantos casos en los que ha fallado el tratamiento.

Esto es lo que intentamos hacer con este trabajo, encontrar otras posibles respuestas a esos episodios de recaídas que le devuelven a la institución y a la familia, en esos actos, una pregunta por su quehacer. Por ello decidimos atender esa pregunta, no para dar una respuesta, sino para posibilitar a los sujetos que han recaído un espacio en el cual reflexionen y elaboren sus respuestas. Respuesta que tendrán una escucha atenta desde el espacio psicológico.

Haremos un rastreo sobre el abordaje social y político del problema de las drogas, enfatizando en el tratamiento que se le ha dado en Colombia al asunto, nos acercaremos a la definición del consumidor como enfermo y como delincuente, tocaremos el modelo de tratamiento de la Comunidad terapéutica, la concepción que tiene de la recaída y el tratamiento que se le da a esta situación.

Presentamos finalmente la experiencia al parecer única en su género, por lo menos no se conoce de otra ni en Colombia, ni en Latinoamérica, que se tuvo con La Comunidad Terapéutica, entre los años 1993 y 1998 en la Fundación Hogares Claret, Hogar la Esperanza, creado para reunir y atender allí a la población que presentaba reincidencias en el consumo durante el proceso de tratamiento o cuando habían finalizado este.

Mostraremos la propuesta de tratamiento que se hizo para la población que asistía allí, aunque no se pudo concretar su implementación por las políticas institucionales que impusieron finalmente su premisa, en el sentido de que quien recaía en el consumo solo debía retomar unos meses del proceso clásico. Aclaro que en ese momento ya se estaban empezando

a implementar algunos cambios en el modelo terapéutico de Hogares Claret con la eliminación de muchas de las ayudas que se implementaban anteriormente, heredadas del modelo de comunidad terapéutica de Synanon y Daytop Village. Finalmente el hogar desapareció en el 2000 con el argumento de que este no era productivo para la Fundación.

1. Historia del problema de las drogas

Es importante hacer un breve recuento de la evolución de la situación de las drogas a nivel general y en Colombia específicamente con el fin de tener claro a que concepciones responden la manera de nombrar a los sujetos que consumen y los modelos que se emplean para su tratamiento.

1.1. Abordaje Social y político

Muchos autores se han ocupado de indagar acerca de la antigüedad y del significado del consumo de SPA¹ a través del tiempo, Inglis (1994) en su obra se pregunta:

¿Por qué se aficionó el hombre a las drogas? Es poco probable que lo lleguemos a saber con certeza algún día; los descubrimientos arqueológicos - las semillas de plantas que producen drogas encontradas en los recipientes de barro; las pinturas de plantas halladas en las cavernas- muestran que el consumo de drogas data de hace miles de años, y existe muy poca información para justificar otra cosa que no sea la especulación (p.11)

James Johnston, (como se citó en Inglis, 1994) dice que uno de los capítulos más importantes de la vida del hombre es el reconocimiento de los narcóticos, habla de tres fases, la primera en la que el hombre descubre como satisfacer sus necesidades materiales, la segunda en la que encuentra como alegrar las preocupaciones de su espíritu y la tercera en la que intenta

¹ Sustancias psicoactivas.

...multiplicar su goce, intelectual y animal, e intensificarlo mientras dura. Esto lo logra con la ayuda de los narcóticos. Y de estos narcóticos, una vez más, es digno de destacar que casi todos los países o tribus tienen los suyos propios autóctonos o importados; de modo que el instinto universal de la raza humana ha llevado, de una u otra manera, a la satisfacción universal de este deseo o necesidad (p.122).

Si bien entre los autores existen algunas diferencias conceptuales, una gran mayoría hacen referencia a que en todos los continentes, en los grupos primitivos las drogas ocuparon un lugar muy importante bien fuera en la celebración de sus festividades religiosas y recreativas, para comunicarse con sus dioses, para hacer magia, en ceremonias rituales como el paso a la madurez, para conjurar el mal y las enfermedades. Escotado (1996a), dice que la fusión de medicina, religión y magia

...es el chamanismo, una institución extendida originalmente por todo el planeta, cuyo sentido es administrar técnicas de éxtasis, entendiendo por éxtasis un trance que borra las barreras entre vigilia y sueño, suelo y subsuelo, vida y muerte. Tomando alguna droga, o dándosela a otro – o a toda la tribu-, el chamán y la chamana tienden un puente entre lo ordinario y lo extraordinario, que sirve tanto para la adivinación mágica como para ceremonias religiosas y terapia. (p.12)

Continúa diciendo Escohotado (1996a) que esa ebriedad religiosa puede ser de viaje o de posesión. La de viaje es propiamente la chamánica que potencia un extraordinario uso de los sentidos y la introspección psíquica, tuvo su origen en Asia Central y de allí se extendió a América y a Europa. En Europa esas drogas visionarias hacen parte de cultos místicos, en América se usaban, y se usan aún, el peyote, la ayahuasca, el guaraná, el mate, y en los Andes la coca como estimulante para el trabajo. La de posesión tuvo su origen en África, la conocemos como vudú, candombe o mandinga y llegó a América con la trata de esclavos, hoy cuenta con muchos adeptos.

Muchos son los relatos que existen, incluso recientes, sobre el uso de las drogas visionarias y de adivinación como el peyote, el tabaco, el cactus, entre otros, en los pueblos ancestrales, al respecto sugiere Inglis (1994), que la adivinación producida por las drogas, tal como se practicaba en las sociedades primitivas merece una atención más seria de la que ha recibido y una valoración del chamanismo y de las drogas con él asociadas.

También nuestros antepasados americanos empleaban de forma ritual algunas sustancias alteradoras del ánimo. Así lo describió Cristóbal Colón al llegar al Nuevo Mundo refiriéndose a los curanderos de la isla La Española, quienes aspiraban por la nariz un polvo al que llamaban cohoba, que les producía visiones, les permitía diagnosticar enfermedades y adivinar los sucesos futuros. Los sacerdotes españoles tildaron estas actividades como diabólicas debido a que siempre eran parte importante de un rito (Gómez, 1988).

Aunque se usaron muchas sustancias: coca, tabaco, yopo, yagé, rapé, chicha, etc., muchos coinciden en afirmar que en el territorio andino la coca tuvo por sobre las demás sustancias una significación muy especial, dice Pérez (1988) que se la usaba para aprender a

pensar, recitar las narraciones sagradas, cantar y bailar en honor de la madre universal tierra, así como en las ceremonias de coronación de los caciques; su uso en todo caso tenía mucho de ritual y religioso, tanto la mujer como el hombre cumplían con unas labores que estaban asociadas con las leyendas sagradas sobre el origen de la planta. Así el consumo de coca fuera diario no había un abuso de la sustancia que permitiera llamar a esto drogadicción.

Continua Pérez (1988) exponiendo que durante la conquista y la colonia se registró un crecimiento considerable en el uso de la coca, las propiedades estimulantes de esa sustancia que aumenta la productividad laboral y disminuye el apetito incidieron en que los españoles pagaran a los indígenas su trabajo con las hojas de la planta que consumían para aliviar el hambre y el maltrato antes desconocidos para ellos, producto de las exigentes y extenuantes jornadas de trabajo impuestas por los españoles ansiosos de aumentar sus riquezas. El consumo de la coca se extendió también entre los soldados españoles. El incremento del uso hizo de la coca un producto rentable lo que repercutió en el aumento de los cultivos y los indígenas fueron destinados a trabajar en ellos, abandonando incluso en ocasiones el trabajo de las minas.

Escohotado (1996b) comenta que de todas las riquezas de América, las plantas fueron las más importantes, llegaron de España boticarios y médicos para aprender de los nativos el uso y preparación de las plantas, incluso El médico Francisco Hernández escribió 17 volúmenes de la *Historia natural de las Indias*, en los que narra la riqueza de la flora americana y describe casi 3.000 plantas, lo que los llenó de admiración, igual que el hecho de que los aztecas tenían depósitos farmacológicos, archivos, herboristas, drogueros y hospitales en los que se atendía a la población pobre, se les diagnosticaba y se les administraban los fármacos.

Pero la iglesia, dice Escohotado (1996a) se constituyó en un obstáculo para quienes querían aprender, debido a que muchas de estas sustancias eran psicoactivas y la doctrina inquisitorial que hacía furor en Europa, exigía combinar los estudios farmacológicos con las pesquisas inquisitoriales y no había una manera clara de distinguir entre las curaciones maravillosas y la magia infernal de los hechiceros. Lamentablemente esta indecisión de los entes religiosos y gubernamentales tocó a la población que no sabía si atender a la sabiduría de sus pueblos o a la teología cristiana, de seguro atemorizados por la posibilidad de morir en la hoguera. Las plantas americanas proscritas fueron la coca, el peyote, el tabaco y el mate. Cárdenas (como se citó en Escohotado, 1996a) afirma que “No hay en la naturaleza más que medicamento que sane, veneno que mate o mantenimiento que sustente y a esta suerte se reducen todos los efectos naturales y connaturales que suceden en el cuerpo humano” (p. 356).

Esta situación se prolongó en el tiempo hasta la época de la ilustración en la que se pone el acento en la razón y se produce el divorcio del imperio y de la iglesia y todas las drogas antes consideradas paganas son ahora estudiadas y ofrecidas por médicos, boticarios y químicos. Literatos, filósofos y artistas se dedican al disfrute, la recreación y la producción artística con estas sustancias. Escohotado (1996b) narra que la química incursiona aislando los principios activos de las plantas, produciendo gran cantidad de sustancias, de remedios que se expenden en las boticas, se estimula su comercio y así como la de todos los aditivos necesarios para su uso, como jeringas, entre otros, mediante la publicidad en vallas y muros.

Del opio se extrae la morfina usada, igual que antes lo fue el opio, como potente analgésico en 1870, en 1879 se habló por primera vez en una revista alemana de la adicción que despertaba la sustancia, en el siguiente número otro médico escribe al respecto: “El morfinismo es una anormalidad que, como el vicio del alcohol, expresa una debilidad de

carácter. Estos casos extremos no permiten afirmar que sean causados por una sustancia química”. (Escohotado, 1996b, p.91).

La heroína, cinco veces más activa que la morfina, aparece en 1898, como analgésico más potente y cura contra la adicción a la morfina. El opio y la morfina empezaron a ser controladas, (Escohotado, 1996b). Continúa diciendo que la cocaína es aislada en 1859 y publicitada como alimento para los nervios y curadora de la tristeza. Sigmund Freud se dedica a investigar la sustancia y la publicita para Parke Davis y para Merck. En 1890 aparecen gran cantidad de bebidas enriquecidas con cocaína, tales como el vino Mariani, vino de coca, y un tónico registrado en 1885 como coca-cola. En buena medida, bajo los auspicios de la empresa farmacéutica norteamericana Parke Davis, se empieza a reemplazar el extracto por el consumo de cocaína pura con fines recreativos en forma de polvo para inhalar. Este tipo de uso de la droga se extendió rápidamente entre todas las clases de la sociedad, tanto en Estados Unidos como en Europa, sobre todo en el submundo de la llamada «alta sociedad» y del mundo artístico (Equipo Nizkor, 2001). Se dan muchas disputas sobre la cocaína, algunos dicen que es mortífera, otros afirman que es una panacea terapéutica y otros concluyen que puede ser útil para unos y para otros no.

En el caso del hachís o cáñamo de la India, en la década de 1840 se realizan experiencias de laboratorio y en la revista *Transactions*, de la Sociedad Médica de Calcuta se afirma que era un importante remedio contra las convulsiones. En Gran Bretaña se le denominaba hachís y se relacionaba con una leyenda siniestra que asociaba su consumo con el asesinato y con la demencia, por lo cual era rechazado por el imperio británico que quería implantar su prohibición en la India, colonia suya por aquella época. Para esto ordenan hacer una investigación, en 1870, con el fin de verificar su peligrosidad y proceder a prohibir su

consumo (Inglis, 1994, p.102). Pese a que la investigación fue manipulada por el prestante médico cirujano Crombie para obtener los resultados que el imperio deseaba, en la India se pidió la conformación de una comisión para confirmar los resultados, después de sus indagaciones pudieron darse cuenta que el médico Crombie nunca revisó las pruebas, se limitó a escribir lo que se le pedía, ajustándose a sus prejuicios y sus ideas preconcebidas. La comisión confirmó que era usada por la mayoría de la población como medicina, en los ritos religiosos y para aliviar la fatiga, por lo tanto no se prohibió su uso en la India.

En 1888, se consumía el peyote en salones de Nueva York, imitando los ritos de los indígenas americanos. En 1850, el cloro y el éter fueron recomendados por los misioneros irlandeses para contrarrestar el consumo de alcohol. Diez años más tarde se le considera una plaga, por su bajo costo puede ser consumido por la población más humilde en reemplazo de los aguardientes. En la actualidad estas sustancias se venden sin ningún control. (Escohotado, 1996b, p.96). A finales del siglo XIX la industria farmacéutica empieza a producir hipnóticos, somníferos y barbitúricos muy potentes, todos con predisposición a la habituación y a la presencia de un síndrome fuerte de abstinencia.

En 1900 todas las drogas estaban a la venta libre en las farmacias y droguerías y se las publicita ampliamente. Pero los ingleses de sectas puritanas profundamente arraigados en los Estados Unidos, consideran esta libertad muy peligrosa y abogan por la prohibición de estas sustancias a las que consideran vicios, igual que al alcohol, ven como un crimen su consumo o como enfermedad contagiosa. (Escohotado, 1996b, p.97). Se asocia el uso de las drogas con algunas poblaciones, religiones o razas y con algunos comportamientos criminales que este discurso señala como naturales de ellas. El opio se liga con actos de corrupción infantil propios de los chinos, la cocaína con las violaciones cometidas por los negros, la marihuana con los

pobres inmigrantes mexicanos, el alcohol con judíos o irlandeses, todos ellos son considerados inferiores moral, social y económicamente. Poco a poco ese estamento religioso discriminador es reemplazado por el terapéutico. Algunos estados ya han prohibido el tabaco y el alcohol y pronto se expande esta mirada prohibicionista a sustancias como la morfina, la cocaína y el opio.

A medida que los Estados Unidos iban adquiriendo importancia política y económica en el panorama mundial iniciaron una campaña a través de los medios de comunicación con el fin de prohibir las drogas, atribuyéndoles a éstas cualidades destructivas, dañinas, incentivadoras de actos criminales, con el fin de crear temor entre las gentes, escondiendo la realidad de sus intereses que eran y son, políticos y económicos, erigiéndose de ésta forma como el estado salvador que ataca el tráfico de drogas y lo controla buscando el bien de la humanidad, constituyéndose así, en ejemplo de moralidad (Pérez, 1988). Añade Pérez que en esta tarea contaron con la ayuda de muchos profesionales, tanto de su país como de otros de Latinoamérica, que solo buscan su promoción personal y el éxito con el apoyo de los colegas de ese país tan desarrollado.

En 1914, se aprueba la Ley Harrison Act, que prohíbe el uso de la morfina, la cocaína y el opio. Dicen algunos autores, entre ellos, Escohotado (1996b) y Pérez (1988) que en esta misma ley se hace una clasificación equivocada de la hoja de coca y de la cocaína, se incluyen como estupefacientes (narcotic, en inglés) como narcóticos, cuando en realidad son estimulantes, es decir, se le clasifica como un depresor del sistema nervioso cuando en realidad lo estimula, igual cosa sucedió con la marihuana que siendo un estimulante alucinógeno fue agrupado también dentro de los narcóticos, estas confusiones no fueron aclaradas en su

momento ni por los expertos, lo que le da a estos actos una connotación eminentemente política y no científica como debería ser.

Hacia 1920 la marihuana empezó a tener una mala reputación, lo que coincidió con la extensión de su cultivo y su consumo. Cuando se creó la oficina Federal de Narcóticos, en 1930, “existía un movimiento para prohibir la marihuana en todo el país” (Inglis, 1994, p.189), Aslinger, su director, para conseguir este fin decidió orientar la opinión pública contra la marihuana a la que calificó de amenaza letal, su oficina preparó un folleto en el que se divulga que las personas que hacen un “consumo habitual de la droga manifiestan una furia delirante tras su administración, durante la cual son (...) irresponsables y propensos a cometer delitos violentos; (...) el consumo prolongado (...) producía degeneración mental” (Inglis, 1994, p.190). En 1937 mediante una ley –Marihuana Tax Act- , se eleva la marihuana a la categoría de narcótico, como producto de esa campaña publicitaria. En 1939 una comisión creada por el alcalde de Nueva York y la Academia de Medicina de Nueva York, hace una investigación que arroja como resultado que la marihuana no es una amenaza, dice en las conclusiones que “La conducta de los fumadores de marihuana (...) era habitualmente de un carácter social y amistoso. No se observan frecuentemente agresividad ni beligerancia” (Inglis, 1994, p.194) misma que es refutada por el Journal de la Asociación Médica de Estados Unidos en 1948 por considerar que era un estudio acrítico y acientífico, no obstante ese informe, el consumo crece y es considerado una buena diversión por los jóvenes. En vista de esto Anslinger aduce que el peligro real de la marihuana consiste en que conduce a la adicción a la heroína y en consecuencia se aprobaron leyes que penalizaban el consumo en diferentes estados. Más adelante se hizo evidente que esto tampoco era cierto.

La influencia de los Estados Unidos se hacía sentir en Colombia, en consecuencia aquí también se perseguía el consumo de marihuana, esta es una noticia de prensa sobre la marihuana publicada por Colombiano de Medellín que aparece el 23 de enero de 1957:

Descubierto un fumadero de marihuana.

Ha sido descubierto un fumadero público de marihuana que funciona detrás del edificio La Libertad, en el barrio Guayaquil, donde numerosos adictos a la “droga verde” se congregan para fumar cigarrillo de esa hierba. Se ha llegado rumorar que ese sitio congregaba a numerosos marihuaneros, debido a que en el mencionado predio los marihuaneros tienen matas sembradas, debidamente mimetizadas en los matorrales.” (El Colombiano, 1957).

Agrega Inglis (1994) que en la convención de drogas de 1961 se hacen acuerdos, ordenados por Estados Unidos, entre los países participantes para que emitan sus propias leyes siguiendo esta clasificación estadounidense, situación que Colombia asume incondicionalmente.

En la década de los sesenta en Colombia, dice Pérez (1992) se gesta un movimiento hippie, supuestamente revolucionario que proclamaba la paz y el amor, imitando el de Norte América, esto dispara el consumo y empieza a hacer su aparición la música rock, se traducían y cantaban algunas canciones, por lo menos las que se podían comprender. Se identifica al hippie con el intelectual de izquierda, con el revolucionario, con el guerrillero y a este último con el consumidor de marihuana, lo que aconteció no solo en Colombia, sino en la mayoría de los

países latinoamericanos. El consumo de marihuana se popularizó llegando a todas las capas sociales, mientras que la cocaína era poco disponible y poco apetecida por sus altos costos. Igual que en Norteamérica se sintió cierto espíritu de tolerancia de parte del gobierno, se redujo el consumo a simple contravención penal que da derecho a la excarcelación mientras se falla el proceso.

Continúa diciendo el autor que los colombianos decidieron también tener su propia organización y algunas familias se dedican al lucrativo negocio de la exportación de marihuana, de esto da cuenta la novela *“La mala hierba”*, escrita en 1981 por el periodista Juan Gossain, por esta misma época se empiezan a gestar los carteles de la cocaína. En 1972, en Estados Unidos, se decide no sancionar la tenencia de marihuana hasta por una onza. Hasta el final de la década persiste la política de tolerancia, la única excepción la constituye la administración de Nixon.

Colombia desde la independencia ha sido objeto de la política neocolonialista de los Estados Unidos. Este hecho ha tenido mucha incidencia en la historia de nuestro país, con base en lo que allá acontece se proponen las acciones para dar respuesta al fenómeno de la acentuación del consumo de marihuana en Colombia. Se alcanzó a formar un pequeño movimiento que promovía la legalización pero se desechó la propuesta porque al país del Norte no le gustaba. Pérez (1988) hace esta relación: En 1970 el decreto 1118 autoriza la dosis personal (30 gramos) pero se prohíbe la compra y tráfico de la misma, al igual que en los Estados Unidos, de la misma manera se empiezan a hacer esfuerzos por recuperar a los jóvenes adictos, el 21 de mayo de 1971 se organizó un grupo de autoayuda con las mismas pautas que seguía Alcohólicos Anónimos. Se intensifican las publicaciones de los medios de

comunicación en este sentido. En 1972 se realizan varios eventos donde se trata de la prevención, usos, efectos y tratamiento de la marihuana.

En 1973, consecuente con la retardataria, regresiva y radical política de Nixon, el presidente Misael Pastrana Borrero se compromete a utilizar todos los recursos que sean necesarios para combatir este peligro creciente que puede destruir la sociedad. En junio 23 de ese mismo año se crea mediante decreto 1206 el Consejo Nacional de Estupefacientes que se encarga de coordinar las tareas en la lucha contra la producción, comercio y uso de drogas que producen dependencia física o psíquica, así como las labores de prevención, investigación científica, judicial y rehabilitación. Además en octubre 18 de 1973 la Cámara de Representantes convirtió en Ley el proyecto que aumenta las penas que fueron fijadas de 1 a 10 años para quienes consuman o comercien con drogas (Pérez, 1988).

En 1974 se crea una dependencia dentro del Ministerio de Salud llamada División de Salud Mental que empieza a ejecutar un programa de farmacodependencia orientado a la prevención, en la que se enfatiza en el deterioro físico y mental que producen las drogas, por lo tanto se invita a no consumirlas. En 1975 además de las políticas y acciones gubernamentales en materia de prevención primaria, se crean varios centros particulares para atender la prevención y el tratamiento en varias ciudades como Medellín, Bogotá y Cali.

Se expide en 1986 la Ley 30 o estatuto nacional de estupefacientes que recoge toda la doctrina norteamericana en materia de drogas. Dice Pérez Gómez (1988) que el gobierno de Colombia permitió de esta manera, el ingreso, la invasión política y cultural de los Estados Unidos, y lo más grave la económica, consintiendo en la instalación de empresas que contrataban mano de obra barata y pagaban pocos impuestos, mientras enriquecían sus arcas a costillas del pueblo colombiano. Sin oponer resistencia entregó todos los recursos naturales

mediante acuerdos en los que las ganancias para el país eran escasas, a veces solo a cambio de disfrutar de algunos de sus avances tecnológicos, en esta ocasión no se requirió de soldados para dominar.

En este contexto se enmarca la evolución del consumo de sustancias en nuestro país, fundamentalmente de dos, la marihuana y la cocaína, la razón de ello estriba en que ambas sustancias han sido producidas y sacadas del país hacia el exterior, especialmente hacia los Estados Unidos. En Colombia se continuó con la producción, procesamiento y comercialización que se impulsó a principios del siglo a pesar de la prohibición, pues ello precisamente hacía que tuviera un alto costo y que fuera un negocio que reportaba mucha utilidad para los terratenientes colombianos, quienes debido a ello se dedicaron al cultivo de la coca y de la marihuana, creando así fuentes de empleo para el campesino, pero también fomentando el consumo entre ellos sobre todo de la coca porque se les daban hojas como parte del salario; situación que fue expuesta por el señor Gerardo Bonilla en un artículo que escribió en 1947, en el que anotaba que los agricultores trabajaban en largas jornadas, alimentándose muy mal pero consumiendo coca y guarapo que los patronos les daban con gusto (Pérez, 1988).

Entre tanto en los Estados Unidos, en 1962, con la decisión de la Corte Suprema de Justicia de declarar la adicción como una enfermedad, se instaura toda una maquinaria que hace de la salud un gran negocio. Se abren clínicas, centros psiquiátricos y comunidades terapéuticas para atender a los adictos. Se populariza el uso de gran cantidad de sustancias sintéticas que alteran el ánimo y que se empiezan a emplear para quitar el aburrimiento, la falta de motivación, el cansancio, drogas que desde los años 30 se fabrican en los laboratorios de las farmacéuticas. Se compran inicialmente sin receta médica, pero ante el consumo desmedido se empezó a reglamentar su uso. Empiezan a elaborarse los manuales de psiquiatría en los cuáles

se clasifican las alteraciones serias de la psiquis que afectan la vida en comunidad de los sujetos, en todos los casos se hace un cuadro descriptivo de los síntomas y se señala o aconseja el medicamento que aliviara la molestia. Desde la producción del primer manual DSM², por la Asociación psiquiátrica estadounidense- APA- en 1952, hasta el último producido hoy (DSM V) se han incrementado mucho el número de patologías allí inscritas, se incluyen las molestias, hasta insignificantes, que se presentan a diario en la convivencia como patológicas y hemos terminado concluyendo que solo podemos vivir si tomamos cualquiera de las drogas psiquiátricas que se están produciendo a montones, situación impulsada desde los consultorios médicos. Se critica, se proscribe la adicción a sustancias que milenariamente han sido usadas por el hombre, pero se nos atiborra en los consultorios de sedantes y tranquilizantes que nos dopan, nos producen adicción (la que no es problema porque son drogas legales) y nos aletargan para que no veamos la cruda realidad a la que nos tiene sometidos este cruel sistema económicos. Callados, drogados, sin protestar...

En Colombia, los cultivos de coca y el consumo de cocaína se extendieron a lo largo del país, en Antioquia se hizo más evidente esta situación, allí empezaron a surgir los traficantes y sus organizaciones, denominadas mafias. La declaración de una guerra frontal contra las drogas del presidente Nixon en la década de los setentas, dio comienzo al uso del glifosato, producido por la multinacional Monsanto, para la aspersion y eliminación de los cultivos de matas de coca. Desde hace algunos años se viene cuestionando el uso de esta sustancia porque produce graves daños a la salud y al medio ambiente. Colombia es el único país que la usa en el mundo. Esto se debe según dijo el doctor Daniel Mejía Londoño, profesor

² Sigla del inglés que traduce Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

e investigador de la Universidad de Los Andes, en una entrevista el 14 de octubre del 2013 a que

En el fondo es porque gran parte de la ayuda militar del Plan Colombia no es en dinero sino en aviones, en contratistas para que hagan la aspersión, canecas de glifosato, etc. Es un regalo que le dan a Colombia para que haga aspersión y así tratar de acabar con los cultivos ilícitos. Hay una presión de Estados Unidos, a pesar de que exdirectores de la Policía Nacional reconocen que la estrategia no está funcionando. (Barrientos, 2013).

Asunto que reviste en la actualidad especial interés debido a la realización de las negociaciones de paz con las Farc, ya que este es uno de los puntos que se pactaron, no obstante por el debate que se ha suscitado no es claro que el ejecutivo lo vaya a cumplir, debido a las presiones de los Estados Unidos para que estas aspersiones no se suspendan.

En fin el tema de la guerra contra las drogas ha suscitado innumerables cuestionamientos de escritores independientes que abogan porque esta cese y develan a la luz pública las realidades y el trasfondo de los manejos políticos y económicos que hay detrás de estas decisiones. Uno de estos es el escritor de opinión Antonio Caballero quien en su columna de la revista *Semana* manifiesta:

...la guerra contra la droga. (...) (Administración del Cumplimiento de Leyes sobre Drogas. ¿Cuáles leyes? Las de los Estados Unidos). (...) la guerra contra la droga no resuelve el problema de la adicción, sino que lo

agrava; y que no le sirve a nadie, salvo a las mafias de narcotraficantes.(...)
Le sirve, para empezar, a la DEA (del Departamento de Justicia), que es la agencia más poderosa de los Estados Unidos(...) le sirve también al Departamento de Estado. Es un instrumento de coacción sobre gobiernos extranjeros -los de Colombia, por ejemplo- (...). Le sirve al Departamento del Tesoro, que a menudo confisca las fortunas de los narcotraficantes extraditados y presos o negocia con ellos condenas ligeras a cambio de entrega de bienes. (...) Le sirve a la Policía para mostrar estadísticas: cientos de miles de detenidos, negros e hispanos en su inmensa mayoría, pequeños vendedores o simples consumidores. Nunca un gran capo, (...) le conviene, en fin, a la economía norteamericana en su conjunto: allá se queda el dinero, de allá salen las armas. Antonio Caballero, (2011).

La guerra contra las drogas no ha tenido como escenario solo a Colombia, también se han visto afectados muchos países del planeta, pero ninguno se ha atrevido a confrontar esta política, salvo Pepe Mujica, el ex presidente uruguayo que legalizó la marihuana, al respecto la *revista Semana* escribió:

(...) algo está cambiando. En América Latina se multiplican las voces que piden un debate sobre la despenalización. En Estados Unidos por primera vez una mayoría piensa que se debería liberalizar el consumo. Pero en Uruguay, las propuestas cautelosas y las opiniones tímidas mutaron en decisiones reales. Hace diez días el presidente José 'Pepe' Mujica prendió el

debate al anunciar que legalizaba la marihuana.

Una propuesta que no deja de levantar ampollas, pero que es valiente en un continente que ha padecido como ninguno la ineficaz y trágica guerra contra el narcotráfico. Más claro no podía decirlo Mujica: "Alguien tiene que ser el primero, porque estamos perdiendo la batalla contra las drogas y el crimen". (Semana, 2012).

Tal vez inspiradas en esa decisión empiezan a levantarse voces que abogan por el fin de la guerra a las drogas, y denuncian el prohibicionismo que no deja más que pérdida de vidas, la extensión y acentuación del consumo y el despilfarro de recursos en la guerra, en detrimento de la inversión en educación:

(...) estas personalidades estamparon su firma en señal de promover una política alternativa de drogas y de evidenciar los altos costos y las consecuencias no deseadas del prohibicionismo.

La insistencia en la estrategia militar y policial de la 'guerra contra las drogas' mundial ha generado muchos resultados negativos y daños colaterales. Estos incluyen encarcelaciones masivas en los Estados Unidos, políticas altamente represivas en Asia, niveles incontrolables de corrupción y desestabilización política en Afganistán y África Occidental, violencia sistemática en América Latina, epidemias de VIH en Rusia y continuas violaciones de los derechos humanos alrededor del mundo”, (...) Sin embargo, hasta el momento ha sido muy difícil derrumbar el modelo prohibicionista. Presiones geopolíticas,

intereses económicos, creencias religiosas y morales y, en general, miedo, han sido algunas de las razones para mantener esta estructura pese a que su fracaso ha sido evidente.

En el informe se insta a los gobiernos del mundo a replantear sus políticas de drogas y a dirigir las hacia el tratamiento y reducción de daños en lugar de hacia la persecución y la criminalización. También está dirigido a la Asamblea General de las Naciones Unidas, (...) El objetivo es impulsar a los países a desarrollar sus propias políticas, porque el modelo de “una política para todos” de la ONU no ha demostrado ser eficaz. (Semana.com, 2014)

Colombia en los diálogos de paz de la Habana, con las FARC, ha tocado este tema en vista de la política prohibicionista que penaliza la producción y comercialización y debido a que el grupo guerrillero ha sostenido sus finanzas con el narcotráfico. Además porque sostienen que el campesino pobre no puede vivir de los cultivos de pan coger que son arrasados por las aspersiones con glifosato y se atenta gravemente contra su salud, frente al tema la postura del movimiento armado es contraria a los intereses de los Estados Unidos, lo que quedó plasmado en los acuerdos firmados hasta el momento:

(...) Las Farc dicen que, concretado el acuerdo final de paz, pondrán "fin a cualquier relación que en función de la rebelión hayan establecido" con el narcotráfico.

(...) En el acuerdo, las partes coincidieron en fortalecer la erradicación manual. Se estableció que se dejará a las comunidades que

decidan voluntariamente erradicar sus cultivos ilícitos. (...) "si los cultivadores no manifiestan su decisión de sustituir los cultivos de uso ilícito o incumplan los compromisos adquiridos (...) el Gobierno procederá a su erradicación manual, previo un proceso de socialización e información con las comunidades".

(...) En caso de que no haya acuerdo con las comunidades, el Gobierno procederá a la erradicación manual "respetando los derechos humanos, el medio ambiente y el buen vivir". En este punto se dice textualmente que las Farc consideran que en cualquier caso (...) haya erradicación manual. Sin embargo, el jefe del equipo negociador del Gobierno, Humberto de la Calle, señaló que la aspersión "es una posibilidad que está abierta para casos extremos".

(...) En cuanto a lavado de activos, se acordó (...), control financiero de redes criminales asociadas al narcotráfico, una campaña nacional contra el lavado y nuevos mecanismos para mejorar la aplicación de la figura de la extinción de dominio.

Consumo de drogas:

(...) construir una política de Estado "más comprometida con la promoción en salud, prevención, reducción del daño, atención integral e inclusión social de los consumidores (...) con especial énfasis en niños y adolescentes".

(...) articular las instituciones que tienen por competencia la reducción del consumo de drogas. (...) se buscará garantizar la participación

de comunidades, consumidores y expertos en el diseño y puesta en marcha de la nueva política estatal. En materia de consumo, también se pactó el fortalecimiento de la atención institucional en los territorios.

Otro de los aspectos acordados tiene que ver con la lucha contra la corrupción asociada con las redes de narcotráfico. (...) Por una parte, el Gobierno se comprometió a blindar a las instituciones de cualquier relación con redes de narcotráfico, mientras que las Farc se comprometieron, en un escenario de fin del conflicto, a abandonar el tráfico de drogas. (López, 2014)

Colombia tampoco ha diseñado claramente una política de intervención frente a los consumidores, diferente de las aprobadas y aplicadas en los Estados Unidos, El modelo de comunidad terapéutica implementado en Colombia por instituciones privadas es descendiente de las comunidades de Synanon y Daytop Village³ y como un símil de las políticas estatales, este modelo también se ha distribuido por todo el mundo. Esperemos que con la finalización del conflicto armado, los acuerdos que se hicieron en esta materia se cumplan, atendiendo a las condiciones de nuestro país y enfrentando el problema como un asunto de salud pública que no estigmatice al consumidor y le facilite su recuperación, si la desea y la requiere.

En la actualidad en Colombia se implementan programas de recuperación en régimen interno en su gran mayoría de comunidad terapéutica y psiquiátricos, pero existen programas que atienden ambulatoriamente. En este momento están en todo su furor los tratamientos de reducción del daño, que buscan respetar la decisión del sujeto de consumir tratando de que la vida no se altere, ni se deterioren sus relaciones familiares, laborales y

³ Primeras comunidades terapéuticas, su modelo se ha extendido por todo el mundo.

sociales. En este mismo sentido se empezarán a implementar las campañas preventivas del uso de drogas, haciendo énfasis en que la decisión del sujeto de consumir es una elección.

En Medellín la Alcaldía está implementando en las instituciones escolares, a través de operadores externos privados como Surgir, Hogares Claret y otros, programas que buscan rescatar a jóvenes y adolescentes del consumo sin sustraerlos de su entorno posibilitando su desempeño escolar, de alguna manera los tratamientos psiquiátricos de la adicción buscan esto mismo con los adultos.

Estas políticas orientadas a la reducción del daño se han debido proponer debido al aumento en el consumo de drogas, aumento que ha sido interpretado por analistas locales y nacionales como un fracaso de las políticas públicas prohibicionistas aplicadas hasta ahora. En la administración del presidente Santos se ha visto un interés por acercarse a otras miradas sobre este fenómeno, a las reformas legislativas de países como Uruguay, se han atrevido a pensar y cuestionar la prohibición, esta postura "... se identifica con el análisis y propuestas descriminalizadoras de los estudios de la OEA para enfrentar el problema de las drogas en las Américas,[aunque] las recomendaciones de la Comisión Asesora en Políticas de Drogas aún no se han materializado". (Drogas y democracia, s.f)

En Colombia la Ley vigente en esta materia es la Ley 30 de 1986, Estatuto Nacional de Estupefacientes (ENE). Con todas las situaciones que se están presentando con relación al tema se ha propuesto en el Ejecutivo hacer unas modificaciones a esta norma, con este fin se presentó al Congreso una propuesta para un nuevo estatuto nacional de drogas y sustancias psicoactivas, que reemplazaría la Ley 30 y defina la cantidad de cada sustancia que se puede portar, es decir la dosis mínima. "El proyecto definiría por primera vez las dosis mínimas de drogas sintéticas" (Drogas y democracia. S.f) que no se encuentran expresadas en

la Ley 30 del 86. Además, el nuevo estatuto establecería, por primera vez, la obligación de que todos los municipios destinen partidas para programas de prevención de consumo y tratamiento para adictos y seguiría dentro de la línea marcada por la Corte Constitucional de mantener a salvo de castigos penales al consumidor.

La Sentencia C-221 del 5 de mayo de 1994 de la Corte Constitucional, con ponencia de Carlos Gaviria Díaz, cambió la orientación represiva de la Ley 30 en lo relacionado con el uso de sustancias, con el argumento de que vulnera el derecho al libre desarrollo de la personalidad, esta Sentencia declaró inexecutable los artículos de la Ley 30 de 1986 que fijan sanciones a quienes porten o usen dosis mínimas permitidas de drogas. Esta medida hizo de Colombia un país pionero en establecer un marco jurídico alternativo a la prohibición total de las drogas. (Revista de Psicología UNAL, 1995)

En 2009 se hizo una reforma constitucional que prohibió el consumo de drogas, pero no se enunciaba claramente la imposición de sanciones o medidas terapéuticas obligatorias a los consumidores, medida que fue considerada un retroceso por un sector de la opinión pública por su ambigüedad, situación que se podría prestar para abusos en el ejercicio de la Ley y para la corrupción de las autoridades pues se penalizaría a aquellos a quienes quisieran perseguir y castigar, con esto se corría el riesgo de que se repitiera lo sucedido antes en Estados Unidos, se penalizaba por consumo y porte de drogas a quienes se oponían con sus argumento, por ejemplo, a la guerra del Vietnam o a quien no entregara, como soborno, una cantidad de dinero por su libertad.

En consonancia con esta reforma en el 2011 se promulgó la Ley de Seguridad Ciudadana que reforma el Código Penal y elimina la excepción de no castigar el delito de porte

de estupefacientes en cantidades de dosis personal, lo que suscitó pequeños conatos de protesta de los consumidores en las calles.

Al respecto dice Lina Santos, investigadora del Centro de derechos, justicia y sociedad que:

Pero al parecer las promesas de no mandar a la cárcel a los consumidores resultaron falsas, pues la aprobación de la Ley 1453 de 2011 introdujo una modificación peligrosa. La recién aprobada Ley de Seguridad Ciudadana modificó, en su artículo 11, el artículo 376 del Código Penal eliminando la expresión “salvo lo dispuesto sobre dosis para uso personal”. De esta forma, parece abrirse la puerta para imponer penas de entre 10 y 30 años incluso a quienes porten la dosis personal, pues el nuevo artículo penal no distingue entre consumidores o portadores de dosis para uso personal y aquellos que tienen fines lucrativos.

(...) le permite a las autoridades iniciar un proceso penal contra quienes sean retenidos portando o consumiendo la dosis personal. (...) vale la pena denunciar los efectos nefastos que puede tener (...): i) arbitrariedad y corrupción policial; ii) congestión judicial (...) iii) hacinamiento carcelario.

No sobra advertir (...) el país sigue evadiendo un debate con argumentos serios y profundos sobre si la criminalización del consumo es realmente el medio idóneo para combatir el narcotráfico y evitar que surjan nuevos consumidores”. (Santos, 2011)

Este estatuto y la nueva Ley que lo reglamentaba fueron seriamente cuestionados, se suscitó un debate entre quienes querían echarla atrás porque ponía en peligro los avances dispuestos por la Corte Constitucional en 1994 y aquellos defensores a ultranza de la reforma, como el procurador Alejandro Ordoñez, finalmente la Corte Constitucional se pronunció ratificando lo dicho en 1994,

Pero, y a pesar de la oposición de la Procuraduría General de la Nación, se mantuvo el fallo de no sancionar el porte de dosis mínimas. Una vez más, la Corte Constitucional, mediante la sentencia C-491 de 2012, aclaró que la dosis personal se mantiene despenalizada y que el consumo de drogas sigue entendiéndose como una actividad amparada por el derecho al libre desarrollo de la personalidad. (Drogas y democracia, s.f)

A pesar de esto en la práctica la Ley de Seguridad Ciudadana ha sido muy confusa en su aplicación respecto al tema de la dosis mínima. A pesar de que tanto la Corte Constitucional como la Corte Suprema de Justicia han dejado en claro que la dosis mínima no está penalizada, es bastante común que en la calle un policía aplique una medida represiva cuando una persona porta una cantidad mínima, especialmente si esta persona pertenece o es de un estrato social bajo.

También se expidió en el marco de la legislación colombiana la Ley 1566 de 2012 que ordena al sistema de seguridad en salud atender y dar tratamiento a los sujetos consumidores de sustancias psicoactivas. No obstante el progreso en esta materia no se ve, las empresas prestadoras de salud dilatan los procesos de adjudicación del servicio por meses o

argumentan que no cuentan con centros para ofrecer esta atención. Al respecto una experta sobre el tema asegura que “los consumidores son estigmatizados y excluidos de los distintos círculos sociales dejándolos más vulnerables a caer a las cloacas donde además del consumo está el riesgo de incurrir en algunos delitos”. (Drogas y democracia, s.f)

El Gobierno está preparando un nuevo plan para enfrentar el consumo de drogas y los problemas de salud que se derivan de él, este se iba a presentar a fines del 2014 pero no se hizo. Se espera que esta propuesta este en consonancia con los acuerdos firmados con las Farc en el proceso de paz sobre el tema y oriente la política antidroga con un enfoque de salud pública.

Se mueven de todas formas algunos vientos de reforma en el tratamiento del asunto de las drogas, existe el interés de algunos legisladores por ir menguando la política represiva y prohibicionista, ejemplo de ello es el proyecto de ley 27 de 2014 presentado por el senador Juan Manuel Galán al Congreso, cuyo fin es reglamentar el uso del cannabis con fines terapéuticos. La propuesta fue aprobada en un primer debate por el Senado en noviembre de ese año. (Drogas y democracia, s.f). El proyecto contó con la oposición visceral, sin argumentos de peso del procurador, del partido conservador y de algunos senadores de la Unidad Democrática, quienes dicen de los peligros del consumo y de la posibilidad de que habrá la puerta a la legalización, no obstante este fue defendido con argumentos de peso producto de un juicioso estudio del tema.

Habrá que ver lo que sucederá durante este año, ojalá se impongan las posiciones claras y juiciosas sobre el tema siguiendo la misma vía de la Sentencia C-221 del 5 de mayo de 1994 de la Corte Constitucional y se respete el libre desarrollo de la personalidad y el derecho de los sujetos a elegir, puede suceder, ya por lo menos las propuestas de prevención van

encaminadas en este sentido. De igual forma es imperativo que se suspendan los riegos con glifosato para no dañar a la población campesina y al ecosistema, por lo demás ésta sería la manera de recuperar un poco la ultrajada dignidad nacional que se ha sometido a los designios del país del norte durante tantas décadas.

1.2. La concepción de delincuente

La adicción a las sustancias psicoactivas es vista desde diferentes concepciones de orden económico y político, se le asocia a situaciones y problemas sociales de manera indiscriminada sin hacer un estudio serio que dé cuenta de las diferencias de las sustancias, sus efectos en el sujeto y en el entorno familiar y social. Los discursos gubernamentales y científicos que acatan las órdenes y sugerencias de Estados Unidos hablan de las “drogas” como sustancias que incitan a la comisión de delitos, por lo tanto su consumo es prohibido y ellas mismas son prohibidas. Al consumidor se le sitúa, en un símil del *borderline*, como delincuente o como enfermo. Mientras que el narcotraficante productor, el distribuidor mayoritario y el minoritario son catalogados como delincuentes. Nos referiremos aquí a la postura que considera la adicción como un crimen y al sujeto adicto como un criminal.

Las drogas son una importante fuente de ingresos, como ya hemos visto, especialmente para el país que promueve su prohibición en el planeta, Estados Unidos, esto de por sí hace que se conviertan en un problema político, económico, jurídico y social y es lo que determina las diferentes posiciones que se han asumido frente al consumo desordenado y compulsivo de algunos sujetos.

Frente al consumo de sustancias psicoactivas hay básicamente tres posiciones: una prohibicionista que considera la droga como un objeto peligroso, capaz de dañar al hombre e inducirlo a la criminalidad, la segunda es la que considera a la droga como portadora de un virus que daña, enferma al sujeto, haciéndole imposible enfrentar la realidad con responsabilidad y determina su dependencia de otros para organizar su vida y la tercera que es, por decirlo de alguna manera, liberal, una postura ética, que posibilita que un sujeto decida libre y voluntariamente cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué consumir una sustancia psicoactiva,

La adicción a las sustancias psicoactivas se considera como delito a partir de algunas concepciones de orden económico y político, esta idea ha estado ligada con diferentes situaciones y problemas sociales en los que se involucra a los inmigrantes y a las minorías étnicas, los discursos gubernamentales establecen una forzada relación entre estos y el uso de diferentes drogas. Pérez Gómez (1988) al respecto afirma que en el discurso gubernamental no se establece entre estas sustancias ninguna diferencia derivada de sus propiedades, se las agrupa a todas bajo un denominador común: son sustancias prohibidas y se las llama genéricamente “droga”, incluyéndose en este mismo discurso legal al consumidor y al traficante sin hacer tampoco ninguna distinción entre ellos. Esta etiqueta de delincuente que se le asigna al consumidor se usa por primera vez en Estados Unidos.

Lo que llama la atención de esto es que cualquier sustancia es potencialmente tóxica según sus cantidades, como se ha establecido claramente desde la antigüedad, por lo tanto esta se puede declarar tóxica o no dependiendo de la cantidad más que de la sustancia como tal. Sin embargo, desde 1909 se señalan las drogas como peligrosas y tóxicas por su significación cultural y no por la definición técnica de lo que se considera tóxico.

Debido a que el uso de drogas se centraba en los sectores más deprimidos, se empezó a pensar la droga como un problema de salud pública que se controlaba mediante la prohibición. La prohibición está atravesada por una situación económica, social y política que no se evidencia a la luz pública y tiene que ver con la llegada a los Estados Unidos de la población inmigrante y su situación laboral. Para facilitar la comprensión de este asunto nos ocuparemos brevemente de los sucesos que en el caso particular de algunas sustancias derivaron en su prohibición.

El opio fue introducido a los Estados Unidos por los inmigrantes chinos a mediados del siglo XIX, algunos autores informan que muchos de los empleadores que contrataban trabajadores chinos importaban una clase especial de opio para ofrecerles como pago una ración de este a cambio de su labor. Pero pronto la población blanca empezó a fumar opio en lugares frecuentados por gente perteneciente al mundo del hampa, para pedir su prohibición se vinculó la adicción al opio con las actividades delictivas y con la población inmigrante de origen chino. En 1875 se prohibió tanto el consumo en sus diferentes formas (fumado, comido o inyectado) como la tenencia de opio y de pipas para fumarlo en algunos estados de Norte América, no obstante los médicos la distribuían libremente como tratamiento para algunas dolencias. (Escohotado, 1996c)

Agrega Escohotado (1996 c) que en 1909 se aprobó la legislación “The Opium Exclusion Act”, la explicación es muy clara, en este caso había que desplazar la mano de obra china - únicos fumadores en esa época- porque se había vuelto una amenazante competencia en el mercado laboral para la población de ese país, este mismo año se realiza por presión de Estados Unidos, la primera reunión sobre drogas en Shanghai. El verdadero fin de esta era evitar que Inglaterra renegociara con China algunos tratados internacionales, ya que los comerciantes

norteamericanos habían sido sacados del comercio de China por los negociantes británicos, sin embargo para conseguir que se aprobara la prohibición como política alegaron motivos de orden humanitario.

En 1912 se celebra la Convención de La Haya donde se retomaron los temas tratados en la reunión de Shanghai y se establecieron los principios del control internacional de estupefacientes. A partir de entonces se formuló toda la política norteamericana en materia de drogas. Se gestó allí una gran cruzada, impulsada por los puritanos, para combatir el opio, la morfina y la cocaína, sustancias psicoactivas que consideraban de alta peligrosidad, aludía a ellos como si fueran objetos animados que provocaban en quienes los consumían la ejecución de actos delictivos que iban desde el robo y agresiones sexuales, hasta el asesinato. Su interés, decían, era proteger a la población sobre todo a los jóvenes de caer en esta situación pecaminosa. Bajo este contexto se aprobó la Harrison Anti - Narcotic Act en 1914, que prohibía el consumo de opio, morfina y cocaína y trató el problema de las drogas con un enfoque punitivo.

Para estimular el odio hacia la cocaína y sus consumidores, se valieron incluso del discurso de profesionales de la medicina que se prestaban para esos fines, un médico norteamericano, apellidado Wright, afirmaba que esa droga incentivaba a la población negra del sur a cometer el delito de violación. Afirmación esta que coincide, casualmente, con la rebelión de la población negra que quería abandonar su esclavizante trabajo en los cultivos de algodón, lo que de suceder colapsaría la economía de la región que estaba en poder de la sociedad blanca. Era necesario pues tener una herramienta para someterlos y dominarlos legalmente, obligándolos a quedarse en los cultivos y aislándolos más de lo que ya estaban del resto de la población. La divulgación de este discurso los forzó a quedarse en el sur para evitar

el apresamiento y la persecución por ser consumidores de cocaína y presuntos violadores. Fue así como se conjuró y se dominó la posible revuelta de la población negra. (Escohotado, 1996 c).

Con esta Ley se dio origen a la División de Estupefacientes que en 1927 se convirtió en la Oficina de prohibición. En 1930 se crea además la Oficina de Control de Abuso de Drogas, a la que se le destinó un presupuesto altísimo, esta última dependencia tenía poco funcionamiento, para justificar su existencia, el director decidió lanzar una campaña consistente en la elaboración de informes, artículos de prensa y presentación de casos en los tribunales, con el fin de despertar la alarma pública e infundir temor frente a las drogas y su consumo. Esta dependencia estaba bajo la dirección de Harry Anslinger.

En 1930 se hace evidente el consumo de marihuana, Anslinger logró, en 1937, que mediante la ley de impuesto a la marihuana – Marihuana Tax Act-, ésta sustancia se anexara a la lista de las drogas ya prohibidas en 1914 y así logró prolongar el funcionamiento de la oficina y la asignación del presupuesto. (Inglis, 1994)

Dice Inglis (1994) que, Anslinger, preocupado por la poca alarma que había logrado despertar el aviso sobre los efectos nefastos de la marihuana y con el fin de conservar el presupuesto que ya se había empezado a ser objeto de reducciones, inició toda una arremetida publicitaria, en la revista *American Magazine* relata un crimen horrendo ocurrido en la ciudad de Florida, según él, cometido por sujetos que estaban bajo la influencia de la marihuana. Su acción tuvo éxito porque estimuló en la población el consumo de la hierba, ahora considerada una droga dura. Esta norma buscaba desacreditar y acorrallar a la población inmigrante mexicana que se estaba convirtiendo ya en un problema social, al vender barata su mano de obra fomentaba la desocupación de la población estadounidense de bajos recursos.

La prohibición legal “sentó las bases para concebir el problema de los estupefacientes con un enfoque punitivo. Todo adicto sería entonces definido como delincuente en los Estados Unidos y tendría que convertirse en delincuente para poder mantener su adicción” (Del Olmo, 1985, p.53) y soportar el síndrome de abstinencia en los casos en que este se presentaba. Agrega la autora que “La concepción del adicto como delincuente no produjo los resultados inicialmente esperados en cuanto a reducir el consumo de drogas. Todo lo contrario, la historia y los hechos concretamente demostraron que se afirmó y se agravó el problema”. (p. 54)

Las leyes que hicieron del adicto un delincuente han dado lugar a la creación de la “industria de la represión policial” no solo al interior de los Estados Unidos sino que se han encargado de reproducir y exigir que se cumpla su política en este sentido, instalando para ello sucursales de sus oficinas de antinarcóticos en todos los países en los que tienen injerencia, oficinas que no dependen de los gobiernos locales sino de la oficina de Washington.

Este movimiento represivo y prohibicionista trae como consecuencias el aumento del precio de las sustancias y por lo tanto el incremento de las ganancias económicas de los traficantes, trae también beneficios políticos para el Estado que puede reprimir con excusas y amparado en instrumentos legales a los más vulnerables, los consumidores explotados que tienen que traficar para satisfacer su deseo de consumir. “Por otra parte, en el caso concreto de individuos que se oponen abiertamente al sistema, las drogas han servido [y sirven] en múltiples ocasiones como excusa para reprimirlos” (Del Olmo, 1985, p.54 – 55).

La posición de Estados Unidos como potencia económica mundial, explica Del Olmo (1987) tiene incidencia en la dominación en materia cultural, política y hasta jurídica de otros países, lo que se traduce en la expedición de tratados internacionales, de leyes y normas

internas, en el caso de Colombia, que atacan este fenómeno social de igual manera que lo hace ese país norteamericano, aunque con ello se ponga en tela de juicio la soberanía nacional. Los organismos internacionales como la OMS y la ONU han contribuido a universalizar estas posiciones, la primera con los informes técnicos elaborados por profesionales de la medicina y la segunda con la expedición de convenios y tratados y con la creación de organismos que garanticen su cumplimiento.

Todavía quedan muchos rezagos de lo que dejó esa concepción errónea del consumidor como delincuente y de las drogas como sustancias que incitan al delito, al respecto decía un interno en el Hogar La Esperanza, *“el bazuco me hace robar y el alcohol me vuelve agresivo”*. (Entrevista personal residente Hogar La Esperanza, 1997).

Además de que la prohibición dispara el consumo, es también importante resaltar el hecho de que esta no permite dar una mirada objetiva al asunto de las sustancias, desprovista de todo prejuicio, por lo tanto al carecer de esta objetividad no se logra conocer cada droga y las consecuencias reales del consumo exacerbado de una sustancia que pueda poner en riesgo la vida. Traemos esta cita que resume claramente el problema

El tratamiento policivo y persecutorio al problema de la oferta y la demanda de estas drogas descuida lo que debe ser una permanente y razonada instrucción sobre su nocividad. Así el problema se cubre con un manto y no se hacen esfuerzos por aclarar y dar a conocer el efecto secundario de esos productos. **No hay una relación normal con el asunto,**

sino una relación sobre todo facilista. Prohibir es facilista, instruir es tortuoso⁴. (Hoyos, 1995, p.140).

1.3. La concepción de enfermedad

Del Olmo (1987) que en la década de los cincuenta los sujetos consumidores eran vistos socialmente como viciosos que podían ser susceptibles de incurrir en actos delictivos y de tener un comportamiento sexual desenfrenado. En ese momento en los Estados Unidos se daba a los consumidores como tratamiento el encierro en hospitales – prisión, con lo que empezó a imponerse el modelo médico de tratamiento, combinado con lo jurídico y lo moral. Empezaba a haber una modificación en el discurso que los señalaba como delincuentes, ahora los señalamientos eran más bien de tipo moralista y eran un prelude de lo que vendría después.

El surgimiento de las Ciencias Sociales ha posibilitado explicar algunos hechos que perturban de cierta manera el desarrollo “normal” de la sociedad y hacer una lectura de los cambios que se estaban presentando en el continente Americano, tales como la rebeldía juvenil, los movimientos místicos y pacifistas, la revolución de los negros, la revolución cubana, la guerra del Vietnam, los movimientos guerrilleros, la Alianza para Progreso, el estallido de las drogas, entre ellas las psicodélicas como el LSD, el afianzamiento de la industria farmacéutica en los países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos, el incremento violento del consumo de drogas que hasta ese momento había sido propio de los grupos marginales y se hizo extensivo a la juventud blanca de clase media, todo esto produjo la alteración en los

⁴ Resaltado por fuera del texto original.

ideales de la cultura norteamericana, por esto se asocia específicamente el consumo de drogas con los movimientos en contra de los valores tradicionales de ese país. (Del Olmo, 1975, p.19).

No solo consumieron drogas sino que también fueron tomando conciencia de los derechos de las minorías de su país, de la agresión de su país a los estados tercermundistas, en ese momento estaba en todo su furor la guerra del Vietnam, participaron en actividades políticas como protestas por las condiciones de las minorías y exigiendo que finalizara la intervención de Estados Unidos en Vietnam. Esto incidió también en el cambio de la percepción que se tenía de la marihuana, replanteando sustancialmente el discurso que la representaba, pasó de ser la “yerba asesina” productora de violencia y agresividad a ser la droga productora de pasividad y de falta de motivación. De esta manera se le endilgaba a esta sustancia la falta de participación y la oposición de los jóvenes al “American way of life” - ideal de vida americano -, se decía que padecían de “síndrome amotivacional” como consecuencia del consumo. La marihuana era el “virus contagioso”, se consumía colectivamente por los jóvenes blancos de clase media en sesiones compartidas y comunitarias. Todo esto hizo que se empezara a hablar de esta droga como el enemigo interno del país. (Del Olmo, 1987, p.20).

Se procede a la revisión de la legislación ya que existían demasiadas presiones conducentes a impedir que los jóvenes de clase media fueran declarados como delincuentes según la legislación vigente en ese momento. Además circulaba también el discurso sobre la responsabilidad de la sociedad en la delincuencia lo que genera una responsabilidad social que debía sumir el estado, mientras que el concepto de enfermedad es individual, no responsabiliza a la sociedad, pero si al individuo y a su familia, se desplaza así el acento de lo social a lo individual.

En 1961 la Organización de las Naciones Unidas –ONU- realizaron la Convención sobre Estupefacientes en la ciudad de Nueva York, en la que se empieza a hablar de “dependencia” y se denomina al consumidor como “enfermo”, posteriormente la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos “en 1962 ratificó lo planteado en 1924: el adicto es un enfermo y por lo tanto no es un delincuente; necesita ayuda médica” (Del Olmo, 1985, p.56). Se asume entonces que los sujetos que “padecen” este “mal” deben estar aislados (internos) y sometidos a un tratamiento con el fin de rehabilitarlos y volverlos productivos para vivir dentro de la sociedad.

La nueva propuesta plantea que la ley debe ser menos represiva con el consumidor, pero que debe castigarse ejemplarmente al traficante callejero, que es visto como el que incita al consumo. Esta Ley tiene en realidad un trasfondo claramente clasista. “Muchos consumidores son los hijos de los propios funcionarios y miembros de las clases dominantes y por lo tanto, no pueden ser delincuentes, tienen que ser enfermos” (Del Olmo, 1985, p.58) Mientras que el pequeño distribuidor es, generalmente, a la vez consumidor y la labor de expender la sustancia es la que le procura el dinero para su consumo. Son estos pequeños distribuidores los que serán llevados a la cárcel, se les dará el tratamiento de delincuentes, no el de enfermos que pregonan la ley, sentirán la ley y el castigo con más rigor los adictos sin dinero. El único que sale bien librado es el gran expendedor y descaradamente la Corte Constitucional así lo afirma, cuando dice que el consumo de droga se difunde de un consumidor a otro y también por la motivación, pero no por las ambiciones económicas del proveedor no – adicto. (Del Olmo, 1985)

Esta situación se sustenta en un doble discurso, de un lado está el discurso jurídico y de otro lado está el discurso médico, reforzándose el uno al otro y permitiendo así la

diferenciación entre delincuente y enfermo, entre traficante y consumidor, tan necesaria para dejar “bien parados” a los jóvenes blancos de clase media. No obstante, es claro que ambos discursos operan como mecanismos de control social. (Del Olmo, 1985).

En América Latina se empezó el lanzamiento de las campañas antidrogas, diseñadas por los Estados Unidos con igual contenido e implementadas a través de sus embajadas. De igual manera en algunos países se modificaron las leyes, introduciendo el nuevo discurso médico-jurídico, con el fin de aumentar las penas como fue el caso de Venezuela, de incorporar el concepto “dependencia” como lo hizo Brasil o para disponer la reclusión clínica de la persona que perturbe la paz pública cuando se hallare en estado de intoxicación, como medida de protección pública, tal como se hizo en Colombia.

Pero más allá de la ley, el concepto de la adicción como enfermedad tiene que ver con la industria de la salud mental, instaurada a partir de la necesidad de controlar todo aquello que se escapa, a pesar de la normatividad represiva que intenta acallar esas manifestaciones que ponen en tela de juicio la efectividad del estado como regulador del comportamiento humano. La salud mental es entonces un problema de orden público. Es así como surge el Estado Terapéutico, con el fin de tratar los problemas sociales más arraigados desde una perspectiva médica, de tratamiento, de los cuales deben hacerse cargo los terapeutas de la salud y no los policías. (Szasz, 1993)

1.4. Tratamientos propuestos

Frente a la decisión de hacer del consumo desenfrenado y compulsivo una enfermedad surgen algunas posibilidades de tratamiento que tienen como fin la reeducación, la rehabilitación, en fin la abstención.

En 1966 se aprueba en los Estados Unidos la Narcotic Addict Rehabilitation Act, en la que se le permite al consumidor escoger obligatoriamente entre el tratamiento de rehabilitación o la prisión. Esto posibilita la emergencia y proliferación de diferentes clases de tratamiento y de las instituciones dedicadas a su implementación. Se da inicio al gran corporativismo de la salud mental, pues son los terapeutas quienes deben hacerse cargo de los adictos. Hay una proliferación de centros de tratamiento y rehabilitación, clínicas, comunidades terapéuticas, consultorios ambulatorios, centros de asesoramiento y prevención. Del Olmo (1985), señala que es un gran negocio trabajar con adictos.

Los programas todos gozan de mucha popularidad, pero no logran dar cumplimiento a sus objetivos, el nivel de rehabilitación es muy bajo, en general en la primera etapa se hace la desintoxicación con metadona en el caso de heroínómanos, lo que resulta ser el cambio de una sustancia por otra y en las comunidades terapéuticas, una vez salen del duro tratamiento regresan al consumo o retornan a la comunidad terapéutica. (Del Olmo, 1985, p.81)

Haremos una breve reseña sobre el tratamiento médico para tener conocimiento de la ruta que este propone para alcanzar la “cura” de esa “enfermedad”.

1.4.1. Tratamiento médico.

Nos ocuparemos del tratamiento médico de las adicciones para conocer cuál es la concepción de droga, de adicción y de adicto que se maneja, mirar cómo es el tratamiento y cómo se concibe la recaída.

1.4.1.1. Concepción de droga.

Desde el punto de vista de la medicina y en particular desde la psiquiatría cuando se habla de drogas se incluyen en ésta categoría: opiáceos, barbitúricos, depresores, cannabis (marihuana), anfetaminas, estimulantes, alucinógenos, solventes, entre otros, denominándose la adicción a ellas como farmacodependencia.

Lewin, creador de la Psicofarmacología moderna, fue en 1924 según Inglis, (1994) y en 1928 según otros autores, quien a juicio de algunos expertos en medicina psiquiátrica, ha hecho la mejor clasificación de las "sustancias tóxicas;" habló de cinco tipos:

Eufórica (euphorica): el opio, sus derivados y la cocaína.

Phantastica: mescalina, marihuana, beleño, ácido lisérgico, etc.

Inebriantia: alcohol, éter, cloroformo, bencina, etc.

Hiypnotica: barbitúricos, el cloral y otros somníferos.

Excitantia: café, cafeína, tabaco, cola, cat, anfetaminas, etc. (p.222)

Después de ésta clasificación se han hecho muchas otras con la pretensión de corregir las fallas que ella presenta. También menciona el autor la clasificación en drogas "fatalmente adictivas" y drogas que "solo originan hábito", realizada por un médico llamado A. Porot, quien en 1953, propuso "distinguir las grandes toxicomanías (opio, marihuana, cocaína) y cierto número de pequeños hábitos familiares en relación con algunas sustancias inofensivas en su uso habitual: alcohol, tabaco, café, somníferos. (Escohotado, 1995, p.31)

En el Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo⁵, aparece una clasificación que diferencia "las drogas psicotrópicas susceptibles de producir dependencia o drogas de abuso y los psicofármacos que por su acción y consumo han demostrado que no producen adicción" (Rebage, 1994, p.51) aunque ambas alteren la actividad mental y física. Las drogas de abuso se agrupan en dos grandes categorías, depresoras y estimulantes del sistema nervioso central.

La adicción al alcohol o alcoholismo es considerada diferente a la adicción de otras sustancias por un sector de la medicina, el alcohol está por fuera de la categoría droga y se le trata de manera particular, así este aparezca inscrito en las clasificaciones elaboradas.

1.4.1.2. Concepción de adicción y de adicto.

El modelo médico se acoge a la denominación de farmacodependencia que la OMS⁶ adoptó para remplazar las de toxicomanía, adicción y habituación, que son consideradas definiciones antiguas que ponen de presente la acción sobre el individuo y la sociedad.

La OMS define la farmacodependencia como

...un estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua a periódica a fin de

*El tema del alcoholismo no se desarrolla acá porque no es objeto de este trabajo.

⁶ Organización mundial de la salud.

experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación. (González, 1977, p.82).

La OMS define la dependencia así

...la condición psíquica y a veces física que resulta de la interacción entre un organismo viviente y una droga y que se caracteriza por respuestas conductuales. Incluye la compulsión a tomar una droga en una forma continua y periódica para poder experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de su ausencia. La tolerancia puede o no estar presente". (González, 1977, p.82).

Se dice que incluye:

Dependencia Psíquica, que es un sentimiento de satisfacción o un impulso psíquico que requiere el uso periódico o continuo de la droga con el fin de procurarse placer o eliminar un malestar. Al estado anterior se puede añadir la tolerancia que es la tendencia a aumentar la dosis, pues no se logran conseguir los efectos experimentados con cantidades más bajas. Es parcialmente determinada por cambios metabólicos en el sistema nervioso central. Se desarrolla así una adaptación entre la sustancia dada y el organismo del individuo.

Dependencia Física, que se define como un estado de adaptación que se manifiesta por intensos síntomas somáticos cuando se suspende la administración del fármaco o cuando su acción es contrarrestada por un antagonista.

Síndrome de Abstinencia, que está constituido por los intensos problemas físicos que se mencionan en la dependencia física, y por los llamados síntomas y signos de privación, que tienen particularidades y diversos grados de severidad según el medicamento utilizado.

Respecto a las causas de la farmacodependencia, refiere González (1977) se habla de que no es posible establecer un factor específico de la dependencia de las drogas, se reconocen múltiples factores que resultan de la interacción recíproca entre el fármaco, el usuario⁷ y el ambiente.

Se tiene en cuenta por ejemplo la droga, su naturaleza y sus efectos farmacológicos. Se reconoce que hay drogas que producen dependencia o muestran posibilidades de abuso, ubicándose allí aquellas que producen bienestar o experiencias subjetivas placenteras y que actúan a la manera de reforzadores positivos.

Sin embargo, se anota que es difícil generalizar que la acción de una droga sea siempre agradable, se sabe que de acuerdo a variaciones individuales se puede generar placer en unas ocasiones y malestar en otras.

La dependencia que pueden producir ciertas drogas se relaciona con el suministro suficiente y regular de estas. Se dice que son drogas que generan mayor tolerancia y fenómenos de abstinencia. Al contrario se afirma que las drogas con efectos desagradables predominantes no producen dependencia.

También se habla de que algunos fármacos precisan entonces de ciertas características del individuo, haciendo que este recurra a ellas como una forma de reacción ante diversas circunstancias de su existencia o especiales condiciones de su estado afectivo. "Es así

⁷ Tema que ya fue desarrollado en la manera como se concibe al adicto o farmacodependiente.

como determinadas drogas que no producen dependencia física toman prioridad e importancia. La conducta se hace adaptativa por acción del fármaco y se establece un uso continuado. Entre estas drogas se ubican las anfetaminas, la marihuana y los alucinógenos.

Se reconoce que son importantes las propiedades farmacológicas específicas de un fármaco para que este produzca el fenómeno de abuso, pero se señala que estas cualidades no son suficientes para establecer la dependencia en todo individuo.

El otro factor que se tiene en cuenta dentro de las causas de la farmacodependencia es el ambiente. González (1993) sostiene que la sociedad con sus normas y tradiciones culturales puede limitar o favorecer el contacto con el fármaco. Dentro de los motivos que producen necesariamente un aumento epidémico del consumo, haciendo que una proporción grande de usuarios vaya a hacerse dependiente, se señalan: problemas colectivos, cambios sociales inesperados, desesperanza en amplios grupos de la población combinados con la aceptación y permisividad de uno o varios fármacos, así como la ausencia de restricción legal.

Otros hechos que relacionados con este aumento son:

- El estado por razones económicas o religiosas induce al abuso.
- Los medios de comunicación que ponderan la inocuidad de ciertos tóxicos.
- El proselitismo que los consumidores realizan en grupos influyentes a nivel escolar, barrial y de laboral.
- La experiencia inicial nace básicamente de la necesidad de pertenecer a un grupo, la búsqueda de modelos de reafirmación y la noción de pertenencia.

- La familia incide notoriamente en el desencadenamiento del problema, en su mantenimiento y a veces en las posibilidades de recaída. (González,1993, p.84)

Algunos médicos psiquiatras miran la adicción a las SPA (sustancias psicoactivas) desde una perspectiva psicoanalítica, es el caso de Ey, H. Bernard P.y Brisset, Ch. (1975) que considera la toxicomanía (conducta del toxicómano) como una perversión, la forma como esta es concebida tiene por supuesto consecuencias en la propuesta de tratamiento que se le oferta desde este lugar a un adicto. Dicen de la toxicomanía Ey et al., (1975) que ésta.

...se asemeja a las perversiones sexuales en la medida en que posee la característica fundamental: la regresión a un "placer parcial"; sería un abuso del lenguaje hablar de toxicomanía fuera de tales criterios. No se puede definir la toxicomanía como el uso habitual de uno o de varios productos (todos los alcohólicos por ejemplo no son toxicómanos); sino que debe ser definida por la conducta específica, de tipo perverso, que constituye una regresión instintivo afectiva, un verdadero y profundo desequilibrio de la integración de las pulsiones. (p. 345)

Añaden los autores que la toxicomanía es una conducta regresiva de la etapa oral, señalan además la relación entre "la compulsión de repetición y la muerte". Sin embargo enfatizan en la juventud que rechaza la sociedad y está a la búsqueda de un grupo de semejantes con los cuales identificarse. Distingue los siguientes grupos:

- ◆ Aquellos que prueban con una droga cualquiera y la intoxicación les ofrece la ocasión de experimentar un delirio más o menos conseguido.
- ◆ Aquellos que buscan en el grupo, más que en la droga un soporte que apacigüe su angustia de tipo neurótico. La conducta obedece a la necesidad de transgredir la normatividad cultural, frente a lo que experimenta un sentimiento de culpabilidad.
- ◆ Aquellos que acabarán siendo verdaderos perversos toxicómanos, que buscan la satisfacción inmediata, se arriesgan al máximo y no experimentan ninguna culpabilidad. (Ey at al., 1975, p.351)

A la hora de establecer la etiología de la farmacodependencia y el alcoholismo, al individuo se le considera uno de los factores que interviene e interactúa con otros, en la aparición de dicho "estado" y "enfermedad".

Hay pocas evidencias científicas de que existan factores de personalidad característicos del farmacodependiente, aunque se intenta hacer forzosamente una caracterización, se han hecho estudios que muestran la insostenibilidad de esto,

"Las características de personalidad que se describen en relación al problema, son tan variadas que cuando se comparan con grupos de control

resultan insostenibles. Las pruebas psicológicas aplicadas a individuos que padecen farmacodependencia son por demás objetables pues difícilmente discriminan rasgos previos de las posibles características adquiridas por la droga y sus consecuencias". (Morgan, 1994, p.1732)

No puede por tanto afirmarse que exista un tipo esquemático de la personalidad del farmacodependiente. Lo que generalmente se acepta es que se encuentra un determinado tipo de personas que son más vulnerables, quienes por sus características buscan satisfacción en las drogas. (González, 1977, p.85).

A pesar de las pocas evidencias científicas que tratan acerca de la existencia de factores de personalidad característicos del farmacodependiente, la "personalidad adictiva" ha sido descrita de diversas formas por científicos conductistas y sus opiniones son tenidas en cuenta en muchos tratamientos de rehabilitación. Entre las conclusiones a las que han llegado algunos de ellos, se señalan:

Los adictos son básicamente "escapistas" personas que no pueden enfrentarse con las realidades adversas y huyen de ellas.

Son individuos esquizoides que son temerosos, retraídos y deprimidos, que tienen una historia de frecuentes intentos de suicidio y numerosas lesiones auto infligidas.

Son individuos básicamente dependientes y egoístas en sus relaciones. Además exhiben con frecuencia ira abierta o encubierta e inmadurez sexual. . (Morgan, 1994, p.1728)

Morgan (1994) sostiene que la génesis de estas descripciones pueden ser las actitudes de quien las efectuó y que los clínicos, los pacientes y la sociedad tienen propensión a situar el abuso de drogas en el contexto de una vida disfuncional y prefieren culpar a la droga o a su consumo de las dificultades, antes que enunciar la necesidad de encarar la responsabilidad que el sujeto tiene en el hecho de que su comportamiento no sea el más adecuado en relación con lo que se espera de él en su desempeño social.

Diferentes autores han postulado que los motivos para que una persona determinada lleve el abuso de una sustancia más allá de períodos experimentales y lo haga de una manera continuada son: el placer, la evitación de molestias o la facilidad para hacer una integración social.

Ey et al. (1975, p.345) por otro lado, describen al toxicómano como un sujeto con características mórbidas y móviles inconscientes que lo llevan a asumir una conducta toxicomaniaca con el fin de satisfacer sus necesidades de buscar placer y evitar el sufrimiento, mediante " la absorción habitual" de uno o de varios "tóxicos", y que se ve sometido además a la influencia de los factores sociales sobre su patología mental. No obstante aclaran que su psicopatología corresponde al terreno de lo individual, de lo estructural, se habla aquí de un sujeto con una estructura perversa (en el sentido psicoanalítico).

1.4.1.3. Etapas del tratamiento.

En la medida en que se establecen estas diferencias entre Farmacodependencia y Alcoholismo se observan modos distintos de intervención para cada una de ellas. En el caso del alcoholismo se considera que ésta debe ser integral por lo que se tienen en cuenta para su

evaluación y tratamiento el aspecto físico del enfermo, el entorno familiar, las circunstancias sociales y los patrones de vida del paciente (Velásquez de P., 1977, p.77)

En cuanto al tratamiento de las Farmacodependencias, Toxicomanías como las llaman Ey, et.al, (1975) anotan los autores que

...-es evidente que el problema de la toxicomanía pertenece actualmente al terreno de los síntomas de la crisis sociocultural y que, por lo tanto, se escapa de la competencia y la acción del psiquiatra, a pesar de lo cual, este no puede ignorar el trasfondo sobre el que se destacan las peticiones de cuidados individuales que le son planteadas". (p.346)

Mencionan más adelante que las intoxicaciones en masa de los jóvenes han producido una transformación en el tratamiento, pasando de la atención individual a la implementación de "métodos colectivos", respondiendo así a ésta nueva situación social que se presenta; aunque de todas formas asumen que el tratamiento individual puede ser de utilidad en algunos casos y por ello hacen una descripción de estos procedimientos:

Dicen Ey et al. (1975, p.346) que la desintoxicación es de larga duración y debe hacerse en un hospital, especialmente si el sujeto consumía heroína. Durante ella deben seguirse estrictas reglas que consisten en el aislamiento y el control de visitas y paquetes etc., para evitar que le lleven SPA al centro donde está interno. Enumeran las siguientes fases para el tratamiento psiquiátrico de los adictos:

Deprivación: Se alude aquí a la supresión de la droga de uso, el autor insiste, en que esta debe hacerse de manera rápida, no una disminución lenta, como lo reclama el

toxicómano, aludiendo en muchos casos a las secuelas que, dice, puede generar un retiro brusco de la sustancia. Frente a esto se ha generado una gran controversia que los autores resuelven anotando que ésta es una experiencia en la que se entremezclan signos objetivos y subjetivos consistentes en trastornos fisiológicos debidos a la necesidad de la sustancia y alteraciones originadas en la angustia y el chantaje. Aconsejan que se haga un examen médico general y se suministren medicamentos en caso de ser necesario. Sugieren la "cura de sueño" de algunos días y la administración de insulina o de tranquilizantes para evitar la angustia que genera la abstinencia.

Tratamiento: Recomienda la psicoterapia porque consideran los autores (1975) que el principal problema en la desintoxicación no es la suspensión del consumo, sino la realización de un adecuado diagnóstico que dé cuenta de los conflictos internos y de los trastornos de la personalidad del sujeto. Por ello recomienda una psicoterapia que ayude a compensar los conflictos y permita que el sujeto escape a las recaídas; esto opera solo en los casos en los que se evidencia angustia y culpabilidad en el toxicómano, cuando esto no se da, dice que solo las medidas externas consistentes en la hospitalización prolongada o la readaptación social podrían ser de ayuda.

Utilización de metadona.

Aquí el autor se refiere específicamente a los repetidos fracasos en la desintoxicación de la heroína; anota que ante la incapacidad para lograr una desintoxicación total y permanente de ella, los médicos buscaron un paliativo, una droga que fuera menos nociva para reemplazarla: la Metadona. Bajo los efectos de esta sustancia se cree que el sujeto es más fácil de curar, de reeducar y de reincluir en la sociedad. Podemos rastrear ya aquí una de las propuestas que va adquiriendo fuerza en la actualidad relacionada con los tratamientos que

optan por la disminución del daño, aunque se dice que la metadona es mucho más adictiva, pero su prescripción es legal, por lo tanto hablaríamos de la reducción del daño no por la condición orgánica que produzca la droga en el sujeto y su psiquismo, sino por la forma en que será visto en la sociedad. Otros autores rechazan este método de tratamiento por considerar que no se debe sustituir una intoxicación por otra.

Frente a esto Del Olmo (1985) dice que el tratamiento con metadona considera al adicto con una enfermedad de deficiencia metabólica, considera que la adicción es una enfermedad física que debe tratarse medicamente. La metadona es una droga sintética creada en Alemania, durante la segunda guerra mundial, cuando había escasez de morfina para atender las crisis de los soldados heridos. Se llamó dolofina en honor a Adolfo Hitler. La metadona es altísimamente adictiva, la diferencia entre la heroína y la metadona es que la primera es ilegal y la segunda es legal. Luego lo que se hace es cambiar la adicción de una droga ilegal por una legal. Se pone en juego la doble moral del estado terapéutico, como lo llama Szasz (1993), en el que vivimos.

1.4.1.4, Concepción de cura y recaída.

En el tratamiento médico "se plantea la abstinencia como prioridad y la recaída como un evento común" (García Jurado, 1994, p. 181)

Respecto a la idea de cura, el modelo médico habla generalmente de una "recuperación de la enfermedad", la cual asocia con la abstinencia, cuando esta se logra es porque se ha producido la suspensión del consumo, así sea por épocas muy cortas.

En los casos de consumo de opiáceos, por ejemplo, en los que el paciente presenta comportamientos delictivos, apatía e irritabilidad, se plantea que la abstinencia en sí misma, no

es el objetivo principal, sino que se busca más lograr una rehabilitación social del sujeto que le posibilite un mejor desempeño social. (González, 1997, p.101)

Dentro del tratamiento médico la recaída tiene un lugar claramente definido y enunciado. Se la asume como un aspecto que se da de forma normal dentro del proceso de "la recuperación", esta situación deviene de la concepción que se tiene de la drogadicción como enfermedad y en toda enfermedad hay recidivas. Se anota que la familia a veces incide en las posibilidades de que se presente una recaída, por la manera en la que se relacionan con el miembro de ella que está en tratamiento.

En la gran mayoría de las instituciones médicas se hace un seguimiento de los pacientes que han estado en tratamiento para las adicciones a sustancias psicoactivas, esta parte del proceso de cura es atendido en ocasiones por un psiquiatra, un psicólogo o un médico general, especialista en el tema, y puede hacerse de dos formas el control, bien sea individual o colectivamente, esto lo determinan las condiciones en las que se encuentra cada paciente finalizado el proceso de atención interna o ambulatoria.

1.4.2. Comunidad Terapéutica C.T⁸.

Las comunidades de exadictos nacieron en los Estados Unidos, se han hecho extensivas a lo largo de casi todo el planeta, este modelo se heredó de –Daytop Village y de Synanon-, que fueron las primeras comunidades terapéuticas, por eso en estas instituciones se alude a ellas , especialmente a Daytop Village, como la madre de las comunidades terapéuticas.

También encontramos las comunidades terapéuticas de corte psiquiátrico. Ey et al. (1975, p.352) citan también las experiencias de Comunidad terapéutica inglesas o psiquiátricas

⁸ Comunidad terapéutica.

que se aplican en algunos centros para el tratamiento de las toxicomanías y afirman que estas nuevas formas de enfrentar el problema se adaptan a las toxicomanías en masa y sugieren que deben ser seguidas con atención y detenimiento para mirar su efecto .

García (1994, p.178) afirma que en general la mayoría de las propuestas de tratamiento de las C.T, tanto psiquiátricas como de exadictos, tienen como objetivo la abstinencia total. El modelo clínico de intervención que ha cobrado actualidad, articula la atención en las áreas biológica, psicológica y social y cuenta con una variada gama de enfoques para su ejecución.

Comenta la autora que como primera medida se procede a realizar la evaluación clínica que tiene como objetivo hacer un diagnóstico global del paciente, teniendo en cuenta los daños y alteraciones que la adicción ha producido en las diferentes áreas. Se realizan además pruebas de laboratorio para descartar alteraciones orgánicas, otros exámenes como VIH y química sanguínea se ordenan solo a los que presentan conductas de alto riesgo de contagio. Se hace una clasificación de la farmacodependencia según esta sea experimental, de abuso o adictiva.

Se hace además un diagnóstico caracterológico de la personalidad y un diagnóstico familiar. Y finalizado ésta se inicia el tratamiento como tal. Las formas de intervención terapéutica están a cargo del equipo interdisciplinario y se privilegian acciones para las áreas más comprometidas.

Tradicionalmente, se han empleado en las C.T. psiquiátricas, en el trabajo con farmacodependientes, varias de las técnicas usadas en el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales y los escasos beneficios de estos procedimientos han llevado a abandonarlos (González, 1977, p.110)

La Comunidad terapéutica de ex adictos se trabajara aparte, es importante enfatizar en ella porque el trabajo que se va a exponer se realizó en el hogar de una comunidad terapéutica de ex adictos: Fundación Hogares Claret.

2. Comunidad Terapéutica

Nos ocuparemos en este capítulo de la comunidad terapéutica. Abordaremos la definición, orígenes, clases de comunidades terapéuticas: las psiquiátricas y las comunidades dirigidas por ex adictos. Nos detendremos en estas últimas por ser ellas el centro de nuestra intervención ya que surgen como respuesta al fracaso de los tratamientos médicos, psiquiátricos y psicológicos y para trabajar la exclusión social de que eran y son objeto los adictos.

Desde que se empezó a tomar el consumo de drogas recreativas como un problema, se ejerce sobre el consumidor un estricto control social que ha determinado que se le catalogue como delincuente o como enfermo y esto ha definido las maneras en que se le ha abordado para su tratamiento, esto es, desde lo policivo o lo psiquiátrico. En ambos casos la solución que más se ha implementado ha sido el encierro en las cárceles y en los hospitales o comunidades terapéuticas.

Enunciaremos algunas generalidades de la comunidad terapéutica psiquiátrica con el fin de hacer visible las diferencias entre éstas y la comunidad terapéutica para ex adictos, la que si será ampliamente documentad.

2.1. Antecedentes

Joan Corominas (1954) afirma que etimológicamente la palabra comunidad proviene del latín y está formada por la preposición *com* (*cum*), que indica una relación de unión y compañía, y significa con, en compañía de, en unión de, juntamente con. *Comune*, también tomado del latín, significa comunidad, y *communis*, de común. Por otro lado, García Pelayo y

Gross, (1985) define comunidad como calidad de común, común de algún pueblo, provincia o reino. Congregación de personas que viven unidas y bajo ciertas reglas: como los conventos, antiguos colegios, etc. En *Ética y Comunidad Terapéutica*, Palacios (2004) precisa el término como aquel grupo de personas que se unen para alcanzar uno o varios objetivos que por sí solas no podrían o les sería difícil cumplir.

Por su parte, el término terapéutico, afirman Sáenz de Jubera y Raimundo de Miguel (1931), fue “tomado” del latín tardío *Therapeutica-Orum*, tratado de medicina, que viene a su vez del adjetivo griego *Therapeutikos*, propiamente servicial, que cuida de algo o de alguien. Éste también se un derivado de *Therapedu*, “yo cuido”, especialmente hablando de enfermos y del médico. De ésta palabra proviene “terapeuta” que emana del griego *Therapeutes* “servidor”. En el Diccionario Ideológico de la Lengua Española de Julio Casares (1958) se llama terapeuta a cada uno de los individuos de una secta judía que observaba algunas prácticas del cristianismo o que profesa la terapéutica. Y la terapéutica es descrita como la parte de la medicina que trata de la curación de las enfermedades.

Frederick Glaser, (como aparece citado por Goti, 2003), cuenta que en los rollos del Mar Muerto, se encontró un manuscrito, en el cual estaba anotada

“la Regla de la Comunidad o El Manual de Disciplina se describe el problema por el cual la gente ingresaba en dicha comunidad y que, asombrosamente! resulta casi una transcripción de lo que vemos hoy en día como modo de vida, cultura y sufrimientos de los cientos de jóvenes adictos que son asistidos actualmente en las comunidades. Incluso sus

códigos de convivencia nos remiten a los vigentes hoy en día en nuestras Comunidades Terapéuticas”. (Goti, 2003)

En algunos documentos de la comunidad terapéutica -C.T- “Hogares Claret”, (s/f) se hace alusión a la misma historia de los papiros encontrados cerca al Mar Muerto en 1946, que contenían las Reglas de la Comunidad religiosa de los esenios, en ellos se asevera que éstas eran un conjunto de normas, un estricto código de disciplina, cuya base era la corrección fraterna mutua que debían cumplir quienes ingresaban a la comunidad. Se afirma además que “esos códigos de convivencia son muy similares a los que tienen las comunidades terapéuticas de nuestros días. De ser así, estas comunidades tendrían dos milenios de antigüedad y fuertes raíces religiosas” (Hogares Claret, s.f). No obstante un estudio más acucioso sobre los esenios muestra que existen diferencias en la forma de organización de la comunidad, ya que entre ellos no existían jerarquías, contrario a lo que observamos en las comunidades terapéuticas para adictos a las sustancias psicoactivas –SPA.

Existen además comunidades terapéuticas de corte psiquiátrico en las que se abordan diferentes “trastornos”, se atienden pacientes con perturbaciones mentales de diversa índole, adictos al alcohol, a las SPA, al juego, en fin, todos aquellos que la sociedad margina porque son diferentes, se convierten en un problema y no se ajustan a las normas impuestas en procura del buen funcionamiento de la sociedad.

De acuerdo con lo consultado podemos decir que la Comunidad Terapéutica es una congregación de personas que viven unidas bajo ciertas reglas, trabajan en grupo buscando un objetivo común y que tienen un terapeuta o servidor que cuida de ellas.

Por lo visto, el concepto de comunidad terapéutica tiene una larga tradición hasta en la actualidad que está asociada al tratamiento de pacientes considerados enfermos por el consumo de drogas recreativas.

2.2. La comunidad terapéutica psiquiátrica

Abordaremos el tema de los orígenes de la comunidad terapéutica de corte psiquiátrico, haciendo un rastreo muy breve que nos ilustre sobre el por qué y para qué surgieron estas, quienes fueron los promotores de orientar el trabajo en esa dirección y cuáles eran sus objetivos. En 1926, en Alemania, Ernest Simmel abrió una clínica para el tratamiento de las toxicomanías, las psicosis y las neurosis graves, empleando en su labor los métodos freudianos. Implementó para ello algunas normas “restringía expresamente la vida pulsional de los pacientes, es decir, nada de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas” (www.tuanalista.com, s.f). Se rastrea aquí un tímido inicio de la C.T. de corte psiquiátrico.

García Badaracco (1990), narra cómo en 1929, Harry Stack Sullivan, en los Estados Unidos, funda una sala experimental en el hospital Sheppard y Enoch Pratt, siendo quizá él, el primero en sugerir que la institución hospitalaria podría funcionar como una entidad social. Dispuso la sala para darle un ambiente más terapéutico, basado en la organización y la propuesta de cura en las relaciones interpersonales y reemplazó, a su vez, a las enfermeras por asistentes preparados por él mismo. Stack Sullivan observó, introduciendo estos cambios, como de esta manera algunos pacientes lograron notables mejorías.

Posteriormente en la década de los treinta se empiezan a desarrollar trabajos psicoterapéuticos grupales con pacientes internos y externos. Se da inicio al estudio sobre la familia y sus relaciones con aquel miembro de ella que sufre trastornos mentales.

Rowland en 1938, basado en sus observaciones sistemáticas sobre el funcionamiento de las entidades hospitalarias argumenta que allí se presenta una “estructura social enferma”. (García, B., 1990, p.25)

Maine, en 1946, usa por primera vez el término “comunidad terapéutica” en un boletín de la Meninger Clinic; afirma que “para que un hospital sea una comunidad terapéutica debe propiciar a los enfermos la máxima participación en la vida de la institución”, (García, 1990, p.26) enfatiza así en el papel del grupo para producir efectos terapéuticos. Maine pensaba que las barreras entre el hospital y la ciudad no deben existir, allí al socializar los impulsos neuróticos y las exigencias del medio social se trabajaba en la adaptación del individuo a la realidad lo que produce un efecto terapéutico. (p. 26).

Desde entonces, se difundió la idea de cómo se debe organizar un centro hospitalario para que se convierta en comunidad terapéutica. Según Leyva Marín (1976)

[la] utilización del hospital, [se debe concebir] no como una organización manejada por médicos interesados en aumentar su propia eficiencia técnica, sino como una comunidad con el objetivo inmediato de obtener la completa participación de todos sus miembros en la vida diaria del hospital y el objetivo final de re socializar al neurótico para siempre, dentro de la sociedad. (p.46)

En 1950 el psiquiatra Caudhill, se somete a vivir como un paciente en un hospital psiquiátrico, observando la influencia y las presiones del grupo en el comportamiento de un paciente nuevo, así como en la adopción de los valores impuestos por el grupo en éstas instituciones cerrada (García B, 1990).

En el documento, Surgimiento y Desarrollo de las Comunidades Terapéuticas, de la Comunidad Terapéutica, Hogares Claret, (s/f) se informa que fue Maxwell Jones quien le aportó al término Comunidad Terapéutica todo el contenido conceptual y le dio un lugar significativo en el movimiento psiquiátrico de la época. En Inglaterra se interesó por las personas que presentaban dificultades serias en la capacidad de adaptación a la sociedad y en el establecimiento de relaciones. Inicialmente trabajó con soldados que presentaban trastornos emocionales. En 1947 dirigió una dependencia del hospital Belmoth en Gran Bretaña en la que atendía a las personas desempleadas, en un pabellón denominado “Unidad de neurosis industrial”; luego se le denominó “Unidad de rehabilitación social”; y en 1958 se le dio el nombre de Henderson Hospital (Koyman, 1996, p.280).

En este hospital, según Koyman, (1996), se puso en funcionamiento el modelo de Comunidad Terapéutica con la colaboración de diferentes profesionales que contaban con experiencia en unidades psiquiátricas, prisiones, escuelas y centros de día. Su objetivo era buscar la adaptación a la vida social y a las condiciones de trabajo fuera de la comunidad misma.

Para Jones (1970), la forma del paciente relacionarse con otras personas en un medio relativamente familiar, concebido el hospital dentro de esta estructura democrática, puede llevar a los internos a entender que sus acciones tienen efectos sobre los otros y esto es, a su vez, producir una situación potencialmente terapéutica.

Por ello enfatiza Leyva Marín (1976) en que “los pacientes no son en el proceso de su tratamiento (...) los objetos pasivos del tesón o de la compasión del equipo” (p. 46); el paciente juega ahora un papel activo en el proceso de su recuperación y puede hacer uso de papeles sociales y vocacionales mientras esté en el hospital... esos roles se aproximarán a aquellos que el paciente encuentra en la sociedad en la que vive, en el exterior.

El énfasis está puesto en lo social, en los efectos que en el proceso de socialización tiene la cultura grupal. El paciente es tan responsable de su tratamiento como lo es el equipo profesional. Leyva Marín (1976) resalta la importancia de la comunicación libre entre los miembros de la comunidad terapéutica, planteando la importancia de aprovechar todo lo que el paciente aporte en su propio beneficio. Para Jones (1970) en las reuniones se debe procurar que la interacción de los miembros produzca el desarrollo de una cultura terapéutica en la que las ideas y actitudes de cada paciente se sometan a examen y donde todo lo que acontece y como acontece forme parte del tratamiento.

Esta modalidad de intervención exige del psiquiatra unas condiciones especiales; debe estar preparado para hacer diagnósticos y terapias, debe aprender a reconocer y a modificar la organización social y cultural del grupo a su cargo y estar en condiciones de manejar la complejidad del tratamiento grupal.

El deseo de Jones (1970) al proponer su modelo de comunidad terapéutica, parte del conocimiento de las secuelas que deja el hospital psiquiátrico tradicional; considera que la verticalidad y el autoritarismo de médicos y enfermeras, la estructura psiquiátrica rígida que sobrevalora el rango y el status, los conflictos que dividen el grupo de profesionales, el énfasis del tratamiento puesto en la contención y el enfoque directivo y autoritario fomentan el sometimiento, la pérdida de la iniciativa y el respeto por sí mismo y pueden degenerar en un

daño mayor de la personalidad. En otras palabras, el paciente se siente incapaz de vivir sin dirección, sin contención y ello favorece sus repetidos ingresos convirtiéndose así en pacientes crónicos.

Para García Badaracco, (1990) este concepto de psiquiatría social, que busca la creación de un ambiente semejante al externo, propone a su vez dar mayor libertad a los pacientes, organizar diariamente actividades de terapia ocupacional y trabajo industrial, impulsar y permitir la relación entre los dos sexos, mantener las puertas abiertas, en otras palabras, “es permitir la vida y el trabajo al interior de la institución, con el fin de que su estadía sea realmente terapéutica, fundamentando el respeto, una ideología democrática y la comunicación libre, mediante el ejercicio de la autoridad, no del autoritarismo” (P. 28)

Afirma Rapaport, (como se le cita en García, 1990) “la comunidad terapéutica difiere de otros hospitales en que en ésta las influencias socio-ambientales o interpersonales desempeñan un papel importante.” (p.34).

Maxwell Jones, teniendo en cuenta la tradición anterior, formula su propuesta que se constituye en el prototipo de la comunidad terapéutica de corte psiquiátrico. Su propuesta está contenida en los siguientes puntos:

- Asistencia en régimen cerrado
- Reuniones comunitarias, consenso en la toma de decisiones

(comunicación en doble sentido)

- Reuniones de supervisión de trabajadores, liderazgo compartido

- Aprendizaje mediante situaciones vividas, análisis del aquí y del ahora y de la intervención social. (Documento Surgimiento y Desarrollo de las Comunidades Terapéuticas, CTH⁹, Hogares Claret, s/f)

Jones (1970), sin embargo, considera que por ser la comunidad terapéutica un espacio de tratamiento en muchas ocasiones el terapeuta debe tomar decisiones a ese respecto, pero éstas no deben ser confundidas con diferencias entre pacientes y trabajadores. Así mismo recalca que los pacientes pueden hacer lo que deseen, pero sus actuaciones no deben interferir en sus relaciones con los demás, cuando esto suceda se debe someter el comportamiento al análisis y confrontación del grupo.¿

La propuesta de Jones fue adoptada por algunas clínicas psiquiátricas en Inglaterra y en los Estados Unidos en un comienzo, posteriormente otros países se acogieron a ella. Muchos de estos países, especialmente europeos, implementaron este tratamiento en el abordaje de la farmacodependencia.

En el documento de la C.T. Hogares Claret, se afirma que la comunidad terapéutica de Jones tiene cuatro principios básicos que deben ser seguidos para que la institución funcione de manera democrática:

Democracia: tanto los pacientes como los trabajadores del centro deben ejercer el mismo nivel de poder y de toma de decisiones en los temas relacionados con la comunidad.

⁹ Comunidad terapéutica Hogares Claret.

Permisividad: Todos los miembros del centro deben tolerar hasta cierto nivel conductas que en el exterior son calificadas como inapropiadas o desviadas.

Comunitarismo: Deben fomentarse las relaciones cercanas y agradables, compartir espacios comunes (sala de estar, comedor, entre otros), dirigirse a las personas por su nombre y fomentar la comunicación libre entre sus miembros.

Confrontación: a los pacientes se les debe ofrecer una interpretación real de sus conductas, es decir tal y como es percibida por los demás miembros del centro, con el objeto de modificar las tendencias a la distorsión, negación o huida de las dificultades en las relaciones y convivencia interpersonal. (Documento Surgimiento y Desarrollo de las Comunidades Terapéuticas, CTH, Hogares Claret, s/f).

Jones (1970) creía que los pacientes tenían capacidad para hacer frente a cierto nivel de responsabilidad, permitía y consideraba democrático asignarles algunas tareas y tener en cuenta sus sugerencias para el funcionamiento del centro.

Como vimos anteriormente a lo largo del siglo XX se configuraron las nociones principales de lo que se concibe, hasta el día de hoy como comunidades terapéuticas, empleadas en el tratamiento de adictos a nivel hospitalario, aunque en este momento se enfatiza en los tratamientos ambulatorios porque las EPS¹⁰ solo buscan su enriquecimiento y no

¹⁰ Empresas prestadoras de salud.

procuran una atención de calidad, con régimen interno, cuando el paciente por sus condiciones personales lo requiera, en los inicios del tratamiento.

2.3. Las comunidades terapéuticas para adictos a las drogas.

Es muy importante abordar los orígenes de las comunidades terapéuticas para comprender algunos fenómenos que suceden hoy en día en nuestro país con algunas de éstas instituciones que con su tratamiento afectan física y mentalmente las condiciones de quienes asisten a ellas para recuperarse de su adicción.

2.3.1. Los orígenes.

“Las Comunidades Terapéuticas tienen como antecesor directo a los grupos de autoayuda, siendo el más antiguo y más grande del mundo el grupo de los Alcohólicos Anónimos, nacido en 1935 en Ohio, Estados Unidos” (<http://www.risolidaria.tdata.cl>).

A este grupo de A.A¹¹ perteneció Charles Dederich, fundador de Synanon, la primera comunidad terapéutica y de él extrajo algunas de las terapias que replicó en la comunidad como lo veremos más adelante.

Hogares Claret en su documento Surgimiento y Desarrollo de las Comunidades Terapéuticas, (s.f) relata que en 1958, Charles Dederich, un ex – alcohólico, miembro de Alcohólicos Anónimos que no se sentía satisfecho con la ayuda que AA ofrecía a sus asociados, decidió dar comienzo a unas reuniones en su domicilio, en Santa Mónica, California, donde con otros miembros discutían sobre temas relacionados con su situación;

¹¹ Alcohólicos Anónimos.

estas reuniones se efectuaban cada semana y las denominó “Reunión de libre asociación, sin orden del día específico” (s.f). En poco tiempo aumentó el número de asistentes y la frecuencia de las reuniones. Por razones económicas y de subsistencia éstos decidieron organizarse para vivir juntos e igualmente se hizo evidente la posibilidad que tenían de mantenerse sobrios por largos períodos de tiempo sin la intervención médica. Charles Dederich, como líder de la organización, los alentaba en el proceso y condenaba de manera radical sus recaídas.

Por el aumento de sus miembros se vio en la necesidad de conseguir un espacio más amplio para sus reuniones en el que pudieran convivir juntos alcohólicos y heroínómanos, “nació así la C.T Synanon” (CTH, Hogares Claret, s.f) en San Francisco. Dederich consideraba que el tratamiento interno era la mejor opción para su recuperación, dando así comienzo en 1959 a la estructura y al modelo que se utilizaría desde entonces, formuló algunas reglas y propuso terapias que fueron lideradas por ex toxicómanos y ex delincuentes, reglas y terapias orientadas a ser “(*Punishment Cure*)” un castigo para la cura (Del Olmo, 1985, p.22). La comunidad se fundó con un criterio clínico-comunitario y más adelante con carácter de secta. Con un personaje central que la dirige [Dederich]. (p. 22).

Debido a la procedencia de Dederich, Alcohólicos Anónimos ejerció una gran influencia en la creación de ésta comunidad, de estos grupos tomó la creencia en un poder superior al individuo (Dios y luego el grupo), los doce pasos, la no intervención de profesionales, entre otros asuntos. Entre los aspectos que lo diferenciaban de AA estaban: el paso de un proceso ambulatorio a un proceso residencial, la implementación de juegos en los que se confrontaban unos a otros en forma directa y emocional y las reuniones grupales en las que se le pedía a los miembros que compartiesen sus problemas más íntimos, asunto que en AA se reservaba al “padrino”, a un doctor o a un sacerdote.

Relata Trujillo (s.f, p.59) como Dederich observa muchas mentiras y deshonestidad en los consumidores de heroína y por ello implementó un estilo de confrontación en la que se permitió la agresión verbal (gritos e insultos), ideada con el fin de “desmontar la mentira, mecanismo de defensa tras el cual se protege el adicto” (s.f, p.26) asunto sobre el que se pensaba que no se presentaba en los consumidores de alcohol. En ese momento se consideraba ya al alcohólico como un enfermo, pero se seguía dando al heroinómano el lugar de pecador y delincuente. Los problemas existentes entre alcohólicos y heroinómanos dificultaron la convivencia e hicieron que Dederich optara por dar tratamiento solamente a los adictos a las drogas.

Se incluían en este modelo, refiere Koyman (1996) actividades laborales, grupos para la discusión de textos, la organización del centro, la exposición de problemas íntimos, etc.; estos grupos fueron convirtiéndose en el centro y motor del grupo y los llamó juegos. Dederich y muchos de los residentes y operadores de Synanon habían pasado por procesos médicos o de psicoterapia que no habían surtido efectos positivos, decidieron entonces desterrar todo tipo de ayuda profesional, especialmente la psicología, llegando a considerársela contraria a estos tratamientos. Se implantó como norma la abstinencia tanto para los miembros del grupo como para los responsables del centro, estos últimos quienes se convirtieron en modelos que los residentes en proceso de rehabilitación debían imitar, los líderes de Synanon eran ex toxicómanos y ex delincuentes y quienes administraban sin compasión su “cura de castigo”, heredada del sistema penal, consistente en acciones que denigraban de la condición humana de los residentes y las que debían acatar sin oponer resistencia y guardar como un secreto frente al exterior, algunas de ellas eran: raparles el cabello, tirarles basura, insultarlos en las confrontaciones grupales, tirarles agua durante la noche, colgarles un cartel con un aviso sobre

su falta, levantarlos con ruidos - de tapas de las ollas - al amanecer, extenuantes jornadas de aseo solo a todo el centro, prohibirles las salidas, prohibirles las visitas, entre otras que se negó a nombrar, además no hay vida privada. De igual modo deben trabajar en la llamada “ocupacional” o “autogestión” que como su nombre lo indica produce objetos o alimentos como traperas, escobas, palos de queso, pan, entre otros. (Hogar La Esperanza, entrevista personal, 29 de octubre de 1998).

Al respecto, refiriéndose al alto contenido represivo de esta organización, dice Riera Encinoza, en la introducción al texto *La Socio-Política de las drogas de Del Olmo* (1985) “Así, las comunidades terapéuticas –que tratan el problema del consumidor como una deficiencia de la personalidad- se llenan de ese olor a cárcel y a dependencia. (p.VIII).

Koyman (1996) anota que Dederich, hizo de Synanon un modelo de Comunidad Terapéutica con una estructura jerárquica autocrática del grupo, que imitaba la familia. El equipo clínico analiza y decide la dirección del tratamiento. Además fue influenciado por las ideas del filósofo R. W. Emerson sobre la autoconfianza, su objetivo era crear una sociedad mejor permitiendo que los asistentes a la comunidad interiorizaran creencias y convicciones para auto dirigir su vida. Esta comunidad se declaró como organización sin ánimo de lucro y obtuvo ayuda del Estado. Agrega que los residentes de Synanon se negaron a regresar a la sociedad de la que se habían aislado y crearon allí,

...una sociedad ideal, así fue como hicieron de Synanon el lugar que deseaban: sus residentes renunciaron a la propiedad privada, trabajaban siete días seguidos de otros siete de tiempo libre y adoptaron otras normas. A cualquier hora podían interrumpir el trabajo para desarrollar un juego con el

fin de resolver conflictos. No había dinero en la comunidad, llevaban varios negocios y granjas. Synanon se convirtió en un fascinante experimento social. El experimento sin embargo fracasó debido a una falta de control suficiente por parte del líder. Entre otras cosas, Dederich ordenó a las parejas que cambiaran de compañero y que se esterilizaran y llegó a permitir finalmente la violencia física en el trato con los delincuentes juveniles. Synanon fracasó pero dio origen al tempestuoso desarrollo de las comunidades terapéuticas para adictos. (p.59)

Continúa diciendo Koyman (1996) que en 1962, el psicoanalista Dans Casriel y el criminólogo Alexander Bassin, visitaron Synanon con el fin de observar esta experiencia, su objetivo era fundar un centro de tratamiento para adictos en Nueva York, en ese entonces la comunidad contaba con más de cien miembros que al parecer lograban el éxito viviendo juntos sin recaer en el consumo de heroína, Casriel se quedó allí algunos días y pudo detectar que la vida en comunidad no tenía nada que ver con las prácticas amistosas y comprensivas de la mayoría de los centros de tratamiento de profesionales de aquel entonces. Al comienzo de los años sesenta ésta fue una situación única, pues se aplicaba ya en la mayoría de hospitales psiquiátricos el modelo de intervención propuesto por Maxwell Jones.

En el documento fotocopiado de la CT Daytpo Village, El milagro de la comunidad terapéutica: del nacimiento a la locura, del parto a la recuperación total, escrito por Bassin (s.f), se cuenta que Casriel fundó en Nueva York la comunidad terapéutica Daytpo Village en 1963, con un programa que buscaba la reestructuración de la vida de los residentes de tal manera que pudieran funcionar de nuevo en la sociedad sin necesidad de drogas.

Según Bassin (s.f), el modelo propuesto por Daytop Village, expresado en el documento, se fundamentó en el concepto de autoayuda, “ayudar a otros a ayudarse a sí mismos y a los demás, personas que han vivido la misma experiencia se ayudan recíprocamente en la solución de sus problemas” (s.f). Aquí no existen operadores profesionales sino ex-adictos que van alcanzando niveles jerárquicos de autoridad en la medida que han ido superando su propia dependencia, por su esfuerzo y honestidad. Los residentes de la CT no son considerados como pacientes sino como personas que han optado libremente por ingresar a ella, aceptando sus principios metodológicos y sus normas.

Para ejercer la autoridad hay que “ganársela a través de la honestidad, la exigencia, la responsabilidad y el esfuerzo personal, solo así se asciende en la jerarquía dentro de la comunidad”. Documento de Daytop Village (s.f).

Además de Daytop se creó Phoenix House, en ella se contó con la colaboración y los aportes de líderes procedentes de Synanon, de allí en adelante, anota Koyman (1996), se incrementaron rápidamente las comunidades terapéuticas en Norte América y en otros países como Canadá (C.T Portage en Montreal), Filipinas (C.T Dare en Manila), Hawai, entre otras, en ellas se contó con la colaboración de líderes provenientes de Daytop Village. En algunos de estos centros se recibió asesoría de profesionales lo que contribuyó en la evaluación y el desarrollo científico de estas propuestas.

Se fundaron comunidades terapéuticas en Inglaterra siguiendo el modelo americano desde 1970, contando para ello con la participación de ex adictos graduados en Phoenix House, también se enviaban equipos de trabajo profesionales a las comunidades terapéuticas con el fin de aprender de esa experiencia de trabajo.

En Roma se inició este movimiento en 1976, según el autor Martien Koyman (1996) a partir de la conversión del CEIS – Centro Italiano de Solidarità-, que era un programa ambulatorio. Según documentos de la Fundación del Proyecto Hombre (s.f), comenzó en 1969, constituyéndose allí el “Proyecto Hombre” que siguió los lineamientos de Daytop Village, este programa se ha difundido ampliamente por Italia y España, incluso se creó en Roma un centro donde se ofrecen cursos para la preparación de equipos humanos que trabajen en comunidad terapéutica tanto de Italia como del resto de Europa.

También se organizaron comunidades terapéuticas en Bélgica, Suiza, Alemania, Austria, Grecia y Asia, que seguían los lineamientos de Phoenix House y Daytop Village. Este modelo, dice Koyman (1996) fracasó en países como Francia y Dinamarca, donde no tuvieron ayuda del Estado, pues la propuesta iba en contravía de los principios democráticos de estos países y fueron rechazados por los políticos y por los profesionales que laboraban en este campo. Sin embargo aparecieron en la sombra comunidades como la de El Patriarca, que fueron muy criticadas por la dureza de sus intervenciones, heredadas de la vida carcelaria.

No obstante muchas de las comunidades para drogodependientes en Europa siguen los principios propuestos por Maxwell Jones e implementan un tratamiento donde se da la convivencia con un trato igualitario, democráticos para todos los residentes y descartando la estructura jerárquica y autocrática del modelo americano. Incluso se empiezan a conformar centros para tratar otros comportamientos que comprometen la vida de los sujetos, tales como el hábito de fumar, comer, jugar entre otros, siguiendo estos lineamientos.

Dice Koyman (1996) que se gestaron también en Europa del Este algunas comunidades que no tuvieron influencia de estos movimientos sino que seguían el modelo propuesto por Makarenko, basado en una ideología socialista que considera el trabajo común

como el “elemento terapéutico principal”, sus miembros trabajaron en proyectos, sobre todo en actividades agrícolas, aunque no nombraban su intervención como terapia. La mayor organización de las comunidades agrícolas para los adictos es la Monar de Polonia, fundado en 1970. En Yugoslavia y la antigua Checoslovaquia, profesionales establecieron las comunidades terapéuticas para los alcohólicos con la filosofía de la ayuda mutua.

Según Koyman (1996) algunas de las comunidades que en sus orígenes eran atendidas solo por profesionales y basaban su intervención en la propuesta de Jones, considerando que no se observaban los resultados esperados por lo anti terapéutico de su labor, ya que no se ejercía suficiente presión para obligar a los pacientes a actuar responsablemente y que permanecían en estado regresivo volvieron su mirada a la propuesta americana e insertaron en sus equipos miembros que hubiesen hecho el proceso como residentes y que se constituyeran en modelos a imitar para el grupo en tratamiento, igualmente dieron un vuelco total a toda la estructura pasando del modelo democrático a uno autoritario y cita el autor a la C.T Emiliehoeve de Holanda como la primera de ellas, este cambio fue justificado con el argumento de que en la comunidad democrática el grupo permitía que cada individuo esquivara sus responsabilidades, además de que las decisiones que se tomaban en consenso para organizar el trabajo del día pocas veces arrojaban como resultado el tener una terapia o dedicarse al trabajo, en cambio era normal que se optara por actividades recreativas lo que se permitía con el fin de evitar conflictos. Se empezó a considerar a los pacientes drogodependientes como residentes, poco fiables, poco honrados, manipuladores, inmaduros, egocéntricos y no se les trató más como iguales, aceptaron finalmente la idea que antes rechazaban de que antiguos residentes adictos sirvieran como modelos de recuperación.

Este mismo modelo autocrático y jerárquico acogido por algunos, fue duramente criticado por otros profesionales y por algunos políticos que veían esta propuesta con recelo, pues se prestaba para que se diera en ella el abuso del poder que se le otorgaba especialmente a los antiguos residentes, miembros del equipo. Koyman (1996) dice que de igual modo otras comunidades jerárquicas introdujeron en su modelo terapias como: psicodrama, análisis transicional, grito primal, bioenergética, grupos de vínculo, entre otras, tomadas de las comunidades terapéuticas psiquiátricas.

O'Brien (1998) explica que las comunidades terapéuticas de ex adictos se agrupan en federaciones nacionales y continentales y a su vez éstas se organizan en La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, conformada en 1980, estos organismos se reúnen con el fin de intercambiar ideas, experiencias y de reafirmar los principios que dieron vida a este movimiento.

En Colombia encontramos tres vertientes de la comunidad terapéutica.

...los Hogares Crea de Puerto Rico, que provienen de la experiencia norteamericana de Daytop Village, la Comunidad Terapéutica Colombiana a cargo de la Congregación religiosa de los Terciarios Capuchinos, que adopta los lineamientos del "Proyecto Hombre", también relacionados con la propuesta de Daytop Village y la Fundación de Hogares Claret de República Dominicana, que introduce algunas modificaciones a la experiencia norteamericana. (www.risolidaria.cl, s.f).

En nuestro país en la actualidad existen muchas comunidades terapéuticas, ésta forma de tratamiento de la que vamos a ocuparnos en este capítulo, se ha ido multiplicando de manera asombrosa, sin contar en muchas ocasiones con la vigilancia y supervisión necesarias para su funcionamiento.

En la página Web de Cotecol (s.f) encontramos que la primera comunidad terapéutica colombiana, Cotecol nace el 6 de septiembre de 1982, en Bogotá, bajo la dirección del Padre Marco Fidel López Fernández, quien inspirado en los principios pedagógicos de los Religiosos Terciarios Capuchinos y de la metodología terapéutica del Proyecto Homo del Centro Italiano de Solidaridad CEIS, en Roma, lo convierte en programa pionero desde Colombia para Latinoamérica.

El 10 de noviembre de 1986 se crea en Medellín la Comunidad Convivencial Luis Amigó, debido a la gran demanda de la población de consumidores de ésta ciudad que solicitaba ser aceptada en el tratamiento en Bogotá. Su fundador fue el Padre Marino Martínez.

En documento de Hogares Crea (s.f) encontramos que el 20 de noviembre de 1983, se da origen al Hogar Crea de Barranquilla, como dependiente del Hogar Crea de Puerto Rico, este a su vez fue fundado en 1968 por Juan José García Ríos, un ex adicto. Para la implementación del tratamiento se trajeron operadores reeducados de Puerto Rico.

El 12 de Mayo de 1988 en Medellín, se firma el acta de la Fundación Hogares Claret e inicia oficialmente como Comunidad Terapéutica, fundada por el sacerdote claretiano Gabriel Mejía, inspirada en el programa de la comunidad terapéutica Daytop Village de Nueva York. Contó para ello con la asesoría y apoyo en recurso humano (reeducados) del Hogar Crea Dominicano, instituido en Santo Domingo, República Dominicana, el 15 de febrero de 1975, donde fue llevado de Puerto Rico por su fundador Juan José García Ríos.

Esta institución es la que más se ha expandido, tiene sedes en diferentes ciudades. Durante su proceso de consolidación oscilaba entre dos posiciones, incluir profesionales en el tratamiento y en la dirección de hogares o dejarlos de lado y confiar el manejo a los ex adictos. Finalmente ha optado por tener profesionales de planta con el fin de cumplir con los estándares de la Ley colombiana para validar estas instituciones. Cuenta con varias modalidades de intervención: ambulatoria, residencial, tratamiento mixto –médico y terapéutico-, hogares para adultos y para adolescentes. En las dos últimas décadas transformó mucho su modelo de tratamiento.

Existen otras comunidades en nuestro país, creadas todas por ex adictos que han hecho su proceso de reeducación en estos centros, algunas de ellas son: Hogares Crear, El Faro, Revive, Mamá Teresa, La Misión, La Luz; Las Palmas, Conciencia y Cambio, entre otras. Recientemente se han organizado otras menos conocidas, hasta el año 2005 se reportaba la existencia de cuatrocientas cincuenta y una (451) comunidades terapéuticas en Colombia, este es un fenómeno que reviste especial interés y que será objeto de un análisis más detenido.

Las comunidades terapéuticas que implementan la teoterapia funcionan de forma muy independiente y con una modalidad diferente, excepto la comunidad de EL SHADDAI, que en un documento de su producción (s.f) deja ver que su organización toma como base los lineamientos de la Federación Colombiana de las Comunidades Terapéuticas.

2.3.2. Definición y objetivos de la C.T:

Las C.T. se pueden clasificar de diferentes maneras, así, de acuerdo a la problemática que atienden, las hay para anoréxicos, obesos, alcohólicos, entre otras. Según la población, pueden ser para mujeres, adultos o niños. Según la metodología de trabajo y los operadores,

son jerárquicas operadas por ex adictos, son democráticas operadas por profesionales o las mixtas atendidas por ambos.

En la democrática, cuyo modelo es el médico clínico se emplea tratamiento sustitutivo como los programas con metadona, afirma Koyman (1996). Respecto a los profesionales se considera que deben pertenecer al área de la salud, tanto física como mental. Entre ellos se mencionan al médico clínico, psicólogos y terapeutas de familia. En la C.T. jerárquica no se suministra sustituto alguno de drogas durante el tratamiento y por eso se la ha llamado también "libre de drogas". Goti, (1990).

Este es una de las principales características que establecen una clara diferencia entre ambos modelos.

Durante este capítulo nos dedicaremos específicamente a las C.T. jerárquicas, establecidas por ex adictos para la recuperación de consumidores de sustancias psicoactivas. El modelo que descende de Daytop Village, no obstante los autores que trabajan el modelo omiten siempre nombrar las “ayudas” o castigos, heredado de la época en que se asumía al adicto como un delincuente, que se da a los residentes del programa y que son bastante duras. El interno incluso hace una promesa de guardar el secreto de la terapia.

Todavía en la década de los noventa no se había elaborado una definición clara de la Comunidad Terapéutica para la reeducación de adictos a las sustancias psicoactivas, ésta tanto como el modelo mismo de la comunidad se encontraban en un proceso de construcción, según lo manifestaba el padre Marco Fidel López (1994), porque además los modelos de las comunidades responderían a los procesos culturales propios de cada región.

Las definiciones encontradas sobre C.T aluden al ambiente en el cual se desarrolla el tratamiento, el objetivo, los valores y normas que la rigen, entre otros aspectos que la conforman y que tendremos en cuenta por separado. En el blog The National Institute on Drug Abuse se afirma que

En general, las CT son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces. (NIDA, s.f)

Kooyman (1996) plantea que la C.T. es un lugar en el que se desaprende la conducta adictiva y se aprende otra, reforzando el comportamiento positivo. Goti, habla de que

...la C.T. es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de drogadictos"...“La CT es una modalidad de tratamiento para el abuso de drogas que tiene hoy en día una amplia aceptación, generada hace más de 40 años desde un ámbito no profesional sólo recientemente va ganando espacio en el mundo académico y de la investigación. (Sembrando Esperanza, 2011)

Aunque señala también que no es necesariamente residencial para aquellos adictos que cuentan con suficiente contención familiar, es decir que tienen vínculos sólidos y relativamente sanos o que mantienen alguna actividad laboral y/o escolar estable. Adictos con los que según ella se puede trabajar en régimen de comunidad de día (pasan el día en la C.T. y vuelven a su casa en horas de la tarde), para lo cual la familia debe participar activamente en todas las actividades que el proceso incluya.

Existen, en lo relacionado con el objetivo central de la C.T., dos posiciones: una de ellas propone que este es la reinserción del adicto a la sociedad de la cual proviene, y la otra sostiene que lo fundamental es fomentar el crecimiento personal, Goti (1990) y Kholer (1998) cuentan que algunas C.T. de Alemania han empezado a introducir una propuesta de tratamiento en la que el objetivo es la reducción del daño, es decir, trabajar con los adictos permitiéndoles el consumo de sustancias psicoactivas dentro o fuera del proceso, la meta es que el adicto sea productivo al interior de la sociedad evitando así convertirlo en un desecho.

La C.T. cuenta con unos valores generales y unos particulares para cada una de ellas. Dentro de los valores que son comunes a todas, Goti (1990) señala el amor responsable, la honestidad, la responsabilidad, la solidaridad y los valores espirituales o de trascendencia

Las reglas básicas de la mayoría de las C.T. son, según Koyman (1996):

- Nada de drogas, alcohol o demás sustancias perturbadoras de la mente.
- Ningún uso de violencia o amenazas de violencia y
- Nada de sexo entre residentes

En documento de la C.T. Hogares Claret (s.f) se afirma que la organización de la C.T requiere de la presencia de límites y funciones establecidas, en este aspecto se establece una analogía con la organización familiar. Encontramos que los operadores o staffs asumen roles parentales. Los residentes funcionan como hijos y como hermanos entre sí (de ahí la prohibición de relaciones de pareja entre residentes).

Los residentes y el equipo (staff) funcionan como elementos de ayuda, subrayando la responsabilidad que cada uno debe asumir por su vida y su mejoramiento personal. Los residentes son apoyados y atendidos por el equipo, existiendo una coparticipación en el trabajo.

Las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en el uso que hace de la comunidad, tanto de la compuesta por el personal que imparte el tratamiento como por aquellos que están en proceso de recuperación, como agentes claves del cambio. Este enfoque, en el cual el grupo es parte importante del tratamiento y del cambio, se conoce como "la comunidad como método".

“...Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces. Los miembros de la CT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas: (NIDA, s.f)

Y agregan que la autoridad al interior de la C.T. se da en dos sentidos, horizontal y vertical, poniendo así en ejecución el concepto de responsabilidad compartida. Se apoya el proceso de participación en la toma de decisiones cuando es factible y está de acuerdo con la filosofía y objetivos de la C.T.

Goti (2003) señala que las tareas en la C.T. están estrictamente repartidas en áreas laborales cada una de las cuales tienen una valoración asignada, frecuentemente hay una menor valoración de las labores manuales y una máxima valoración de aquellas que tienen que ver con la dirección de la comunidad. Las actividades rutinarias requeridas sirven para contrarrestar las vidas característicamente desordenadas que tenían los residentes al ingresar a la C.T. y enseñarles cómo planificar, fijar y lograr metas lo que se espera, les conducirá a ser personas responsables.

2.3.3. Generalidades y contraindicaciones de la C.T.

Koyman (1996) advierte que en la C.T. para adictos está contraindicada la admisión de residentes con trastornos cerebrales, con dificultades cognitivas, así como el ingreso de adictos con psicosis, tales como esquizofrenia, estados paranoicos o psicosis de pánico, maníaco depresivas (que se presenten posteriores a la drogadicción) ello porque esta condición les incapacita para comprender los conceptos del programa en los dos primeros casos y en los casos de psicosis porque se pueden activar crisis generadas por los efectos del tratamiento que allí se imparte y la comunidad no cuenta con los medios para hacer una efectiva contención, tendrían necesariamente que remitirlos a un centro psiquiátrico. Además el modelo de la comunidad que apunta a que los exadictos sean líderes del programa, exige de todos los residentes la capacidad para comprender y acompañar al otro y la fortaleza psíquica

para evitar que al asumir estos lugares de representación de la ley puedan también presentar una crisis psicótica.

En la C.T. pueden trabajar distintos tipos de personas, pero las que revisten mayor importancia son los ex adictos, quienes son considerados imprescindibles sobre todo en las primeras etapas del proceso "Son el testimonio vivo para el recién llegado de que se puede y de que vale la pena el esfuerzo" (Goti, 1990). Se habla de que sin la presencia del ex adicto sería muy difícil que los adictos ingresaran a la C.T. y se quedaran. Los ex adictos son incluidos en todas las etapas del proceso, pero para poder trabajar deben reunir ciertas condiciones personales además de haber pasado por una formación que los habilite para su desempeño en la C.T.

2.3.4. Fases del tratamiento.

Para entender lo que pasa con el adicto María Elena Goti (2003) recurre al modelo de Casriel, en el que la conducta humana está definida como una unidad integrada por una percepción, un sentimiento y una acción que tienen una dirección, un fin. Ese fin es buscar el placer y/o evitar el dolor ya sea alejándose, huyendo, luchando o eliminando la fuente de peligro. Las anteriores son consideradas respuestas adaptativas "normales". Afirma además que el adicto responde frente a la posibilidad de sentir displacer con una reacción no adaptativa ya que se retrae, se bloquea. No siente nada cuando utiliza drogas. El sentimiento es la indiferencia, no sentir.

Goti, define el tratamiento en C.T. como de rehabilitación de la drogadicción, lo considera activo, voluntario y sin drogas, "consiste en una forma de aprendizaje social que lleva al adicto a madurar individualmente y a convertirse en un miembro activo, útil y

productivo de una micro sociedad de forma tal que, más adelante traslade lo aprendido a la sociedad exterior" (1990, p.38)

Agrega que el residente en la C.T es sometido a un sistema de control las 24 horas del día con el fin de ejercer presión continua y constante sobre él. Todos sus gestos, movimientos y actividades son controlados. Se pretende así, por un lado confrontarlo con la realidad de que está inmerso en un programa terapéutico donde ha ido a pedir ayuda para cambiar de vida, "que no crea que está descansando o veraneando" (1990, p.35) y por otro lado, que actúe sus aspectos positivos y negativos frente a sus pares, para que trabaje su patología, es decir, los aspectos negativos.

La participación en la CT está diseñada para ayudar a las personas a identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y constructiva. Los conceptos de vivir decentemente y de responsabilidad personal y social se incorporan a los grupos, reuniones y seminarios de las CT. El fin de estas actividades es el de aumentar el conocimiento sobre las actitudes o comportamientos específicos negativos y su impacto en la persona y en el ambiente social y el aprendizaje de comportamientos positivos e igualmente como impactan a cada persona y al entorno social.

Como miembro de la comunidad, se espera que el residente bajo tratamiento se adhiera a las normas de conducta que son estrictas y explícitas para que pueda llegar a ser un modelo a imitar por aquellos que recién ingresan en el proceso o aspiran a entrar en él. Estas normas se refuerzan, para su aprendizaje, con premios y castigos dirigidos al desarrollo del auto-control y de la responsabilidad. El residente progresará, ascenderá en la organización jerárquica, que a la vez implica un mayor grado de esfuerzo en el cumplimiento de sus funciones cada vez más importantes, con más privilegios y responsabilidades. Otros aspectos

del enfoque terapéutico de las CT son la terapia individual y de grupo, las sesiones de grupos con compañeros, el aprendizaje basado en la comunidad, las confrontaciones, los juegos y el desempeño de papeles("role-playing"), estos están dirigidos a cambiar los patrones negativos de pensamiento y de conducta. (Goti, 1990).

El residente recibe aprobación de la comunidad cuando logra superar alguna actitud negativa y se le señala implacablemente cuando persiste en sus antiguos comportamientos que lo llevaron a su destrucción. Así se somete al residente a una retroalimentación social continua, inescusable y permanente con el fin de que entienda a quién, cuándo, cómo y porqué sus actos afectan a los demás, de que enfrente y vea como puede reparar lo hecho y sobre todo como no volver a incurrir nuevamente en lo mismo.

"El tratamiento está dividido en fases o momentos, los cuales debe transitar el residente en el proceso de "crecimiento" y cambio hasta lograr llevar una vida útil, digna y sin drogas" (Goti, 1990, p.51). El paso de una fase a otra es una señal del "crecimiento" de sus miembros, es interpretado en la C.T. como un logro y es motivo del reconocimiento de los demás integrantes del grupo.

Todas las comunidades terapéuticas tienen las mismas fases, aunque difieren en el nombre y/o en la duración, el objetivo de cada etapa es el mismo. Goti (1990) señala las siguientes:

- Admisión o ingreso:

Es la fase inicial, la etapa de motivación donde el candidato debe manifestar su decisión de quedarse, ya que se tiene en cuenta que muchos llegan a la C.T. presionados por factores externos de orden familiar o legal. La C.T. pone a prueba la motivación del residente de diferentes maneras: a través de un cambio en su apariencia exterior, exigiéndole que tolere

esperas o que se presente en diferentes oportunidades. En esta etapa señala Goti (1990), también se estudia al candidato para determinar si reúne el perfil requerido según los criterios de selección de la C.T, además se establece el primer contacto con la familia del residente.

Dura aproximadamente 30 días en los cuáles se trata de asimilar a la persona en la CT. El residente nuevo aprende las políticas y los procedimientos de la CT, establece una relación de confianza con el personal y los demás residentes, con ayuda inician una evaluación personal de sí mismo, sus circunstancias y necesidades, empieza a comprender la naturaleza de la adicción y deberá comenzar a comprometerse con el proceso de recuperación.

Indica que se habla de unos rasgos comunes a todos los adictos. Dentro de las características se señalan: mentirosos, chocan con la autoridad, inmaduros, con baja autoestima o sin autovaloración, rebeldes, anárquicos, no miden las consecuencias que su accionar irresponsable puede o no producir en los demás, conformistas, Koyman (1996) indica que no despliegan confianza en sí mismos y no confían en los demás, manipulan las personas para evitar el rechazo, no son capaces de sostener relaciones afectivas. Físicamente se les describe como sucios, desaliñados se dice que constantemente huyen y que se sienten culpabilizados, golpeados, cansados, incomprensidos, inútiles, fracasados, creen que no hay un lugar para ellos en el mundo, sienten miedo a ser rechazados, se sienten "víctimas" del medio cuando culpan a la sociedad, a los otros y a la adicción de su situación. En sus experiencias se ubica el haber pasado por varios tratamientos, clínicas y hospitales de día en los que han fracasado.

Sus familias, dice Goti (1990) que están cansadas, desalentadas, frustradas y que han peleado con ellos. Socialmente han recibido castigos o sanciones y viven a contra mano con la sociedad circundante.

Cuando es admitido el residente entra en un momento de adaptación superficial: acepta las normas de la C.T., se presentan cambios importantes en todos los aspectos externos como el lenguaje, las compañías, el aseo, logra cierta consistencia en su conducta, aprende el rol de ayudar al otro y empieza a familiarizarse con los rituales, valores y filosofía de la C.T. Estos cambios, dice Goti no son profundos ni estables (1990, p.52) y son entendidos como una “domesticación” que es necesaria antes de la inclusión del candidato en el medio comunitario estricto y estructurado de la C.T.

- Tratamiento, rehabilitación o reeducación

Es la fase siguiente, llamada del tratamiento, a la cual el residente entra una vez muestra estar compenetrado con la filosofía, integrado en el grupo y dispuesto a tolerar sufrir. Es considerada la etapa del crecimiento y del cambio, se habla de ella como la fase más dura y penosa del tratamiento ya que en ésta el residente se enfrenta consigo mismo "con algo de sí mismo muy doloroso, algo que le produce mucha culpa" (Goti, 1990, p.52). Proceso que se califica como largo y difícil.

Es el momento en el que toda la estructura de la C.T. está puesta al servicio del residente. Todos le harán saber que lo apoyan, que lo quieren y lo empujarán a que se atreva a avanzar más profundamente en ese enfrentamiento. Estas personas comprenden y no juzgan al residente ya que también sufrieron lo mismo, añade Goti. Se utilizan intervenciones para cambiar las actitudes, las percepciones y los comportamientos de la persona relacionados con el uso de drogas y dirigirse a sus necesidades sociales, educacionales, vocacionales, familiares, y emocionales.

En el aspecto laboral los residentes van escalando posiciones de mayor responsabilidad pero también de más presión. Ascenden en la jerarquía "familiar" y se les asignan roles relacionados con el cuidado de sus "hermanos menores".

En esta etapa se intensifica gradualmente el contacto con el mundo exterior. De la incomunicación total se pasa a la primera llamada telefónica, las primeras salidas en compañía de otro miembro de la comunidad terapéutica hasta visitar su casa los fines de semana, sin acompañante de la C.T. Entre los logros alcanzados en esta etapa se señalan: un buen manejo en diversas áreas laborales, la ayuda que presta a los staffs supervisando a otros residentes o acompañándolos en sus salidas.

El equipo terapéutico evalúa al residente en cada uno de sus gestos, actitudes, compromiso, salidas, capacitación, insights, comunicación y determina si está listo para usar en la sociedad exterior esos valores que ha ido incorporando durante su estadía en la C.T. En este momento se define si es promovido o no a la siguiente fase.

El día en la CT es rigurosamente planeado. Un día típico en una CT comienza a las 6 de la mañana con las actividades ocupacionales y termina a las 10 de la noche. Incluye reuniones de todos los residentes en la mañana y en la tarde, asignación de tareas, grupos, seminarios, terapia individual, recreación y consejería individual o atención psicológica. El trabajo es un componente característico del modelo de la CT., ya que el empleo y la responsabilidad en él se consideran elementos importantes de participación exitosa en la sociedad.

En la CT, todas las actividades y las interacciones interpersonales y sociales se consideran oportunidades importantes para facilitar el cambio individual. Koyman

(1996) manifiesta que estos métodos se pueden organizar por su propósito primario, de la siguiente manera:

Los grupos clínicos (encuentros y retiros en grupo) usan una variedad de enfoques terapéuticos para dirigirse a los problemas importantes de la vida.

Las reuniones en comunidad (reunión matutina y diaria del hogar, las reuniones generales) revisan los objetivos, los procedimientos y el funcionamiento de la CT.

Las actividades vocacionales y educativas ocurren en las sesiones de grupo y proporcionan entrenamiento en cuanto a las habilidades laborales, de comunicación e interpersonales.

Las actividades comunitarias y de manejo clínico (privilegios, sanciones disciplinarias, seguridad y vigilancia) mantienen la seguridad física y psicológica del ambiente y aseguran que la vida de los residentes sea ordenada y productiva.

- Desprendimiento gradual y reinserción

Es considerada la etapa de la realidad, en ella el residente debe encarar el mundo exterior porque se le obligara la salida del medio protegido de la C.T. En ella el residente se enfrenta en la cotidianidad a temas que fueron encarados teóricamente durante su estadía en la C.T.: familia, trabajo, vivienda, estudio, capacitación y manejo del dinero, entre otros. (Blog NIDA, s.f).

Goti (1990) señala que es una etapa en la que se generan inevitablemente conflictos, debido al contraste entre la cultura protectora de "adentro" es decir la C.T. y la cultura de "afuera" o sea el mundo exterior. Menciona Koyman (1996) que es una etapa en la

que se ponen de relieve lo individual y las capacidades adquiridas por el residente durante el tiempo que ha estado en la C.T., se replantean los grados de autonomía, se da el desarrollo de relaciones entre "adultos" pasando a formar parte del staff. Se establece como objetivo de esta fase el cambiar la identificación del residente con la C.T. por otra identificación personal ya nunca más referida a la adicción. (1996. 62)

Se trata de facilitar la separación de la persona de la CT y su transición exitosa a la sociedad en general. Un graduado de una CT deja el programa libre de drogas, en algunas ocasiones cuenta con un empleo o regresa a las instituciones educativas superiores, para adultos o de secundaria. Los servicios después del tratamiento residencial pueden incluir consejería individual, a un grupo de egresados o a la familia y en ocasiones se hace un asesoramiento vocacional y educativo. A menudo el tratamiento en la CT incorpora a los grupos de auto-ayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos animando a los residentes de la CT a que participen en estos grupos después del tratamiento.

- Graduación

Una vez evaluada la autonomía del residente llega el momento de lo que se considera como una graduación, donde se le da el "alta terapéutica" al residente. Al interior de la C.T. la ida de un residente sirve como modelo para los miembros incorporados más recientemente, pues "ven en esa persona que se va un motivo concreto y corporizado de seguir en esa lucha" (Koyman, 1996, p.54).

Refiere que después de la graduación las C.T. tienen en general algún tipo de cuidado informal para sus egresados que incluye sistemas de contención y asesoramiento en forma de terapias o grupos de seguimiento, por ejemplo.

Algunas C.T. como es el caso de Hogares Claret, han establecido de manera más formal, posterior a la reinserción, la etapa de **seguimiento**, que se plantea como una fase externa y de duración indefinida. En ellas se ha creado el departamento de seguimiento que cuenta con un equipo conformado por ex adictos que han terminado el tratamiento (llamados también reeducados) y profesionales, es la instancia encargada al interior de algunas C.T. de llevar a cabo el objetivo de esta fase. Dicho objetivo es, brindar servicio y asesoría al ex adicto a través de reuniones periódicas, consulta individual, de pareja o grupal, ésta última generalmente se refiere al trabajo de familia. Lo que se pretende es que el ex adicto cuente con mecanismos para enfrentar áreas críticas o factores de riesgo en su desempeño social.

2.3.5. Características de la Comunidad Terapéutica.

Para Martien Kooyman (1996, p.67) lo terapéutico en estas instituciones está constituido por las características propias de la C.T., que ha denominado "Factores terapéuticos de la C.T. para adictos". Según él, estos factores son esenciales para el proceso terapéutico y de no estar presente alguno, el tratamiento se hace menos eficaz. Entre ellos ubica:

- La familia sustitutiva: en tanto la C.T. se constituye en otra familia para el residente.
- La filosofía consistente: que a manera de valores y principios rige a cada C.T.
- La estructura terapéutica: que está hecha para prevenir el caos, ofrecer seguridad y resguardo al residente. Que cuenta con reglas que son pocas y claras, proporciona presión suficiente para el aprendizaje y donde los mensajes se dan en una sola dirección.

- Equilibrio entre democracia, terapia y autonomía: ya que se evita delegar todo el poder en los residentes que son la mayoría en comparación con el equipo, pues puede convertirse en anti terapéutica y utilizarse como defensa colectiva en contra de la terapia. Al interior de la C.T. la terapia resulta obligatoria, el residente no puede elegir entre tomar parte o no. La autonomía del individuo está limitado por el hecho de formar parte de un grupo.
- Aprendizaje social mediante interacción social: donde "el residente aprende a desenvolverse en distintos roles sociales. A través del feed back mejora la introspección de su propia conducta, aprende a hacer elecciones y a aceptar las consecuencias de las mismas".
- Aprendizaje a través de crisis: está basado en la teoría del aprendizaje social de Erikson, que sostiene que "la madurez sobreviene al soportar una serie de crisis conducentes a la desorganización, seguidas de una reintegración a mayor nivel, tras haber sido dominada la situación de crisis".
- El impacto terapéutico de todas las actividades dentro de la C.T.: pues cualquier cosa que suceda en la C.T. es terapia.
- Responsabilidad del residente de su conducta: ya que no es considerado un paciente o una víctima, se le responsabiliza de su adicción.
- Aumento de autoestima mediante logros personales: al implicar al residente en actividades creadoras, en las clases de educación recibidas en la C.T. y en acciones que implican ayudar a otras personas, aumenta su autoestima y hace decrecer en él el miedo al fracaso o al rechazo.

- Interiorización de un sistema positivo de valores: "el residente aprende a ser honrado, a confrontar y criticar la conducta y actitud negativas".
- Confrontación: esta es ejercida entre los mismos residentes a causa de su conducta negativa. Se hace sentir al residente que es responsabilidad suya observar y criticar o hacer comentarios sobre el comportamiento y actitudes de cada uno de los demás residentes.
- Presión positiva entre iguales: consigue que una persona decida abstenerse del consumo de drogas o alcohol, y desarrolle dentro de la C.T. una conducta positiva. Esto se logra a través de la confrontación continua que ejercen entre sí los residentes.
- Aprender a comprender y expresar emociones: "en los grupos de encuentro y en otras reuniones terapéuticas de grupo, se anima al residente a que exprese sus emociones" y "aprenda a sobreponerse al miedo de manifestar su enojo, temor y pena". Aprendiendo también a experimentar emociones positivas.
- Cambio de actitudes de vida negativas en positivas: se trata de superar las perspectivas negativas que tienen la mayor parte de los adictos sobre sus vidas.
- Mejora de relaciones con la familia propia: añadiendo la terapia de familia al tratamiento en la C.T., o en los grupos de terapia de la C.T. se pueden trabajar "asuntos pendientes" con sus padres presentes tan sólo de forma simbólica (sillas vacías, rol de padres representado por otros residentes o miembros del equipo).

2.4. Como define la C.T. al adicto y a la adicción.

Para la C.T. el adicto, dice Koyman (1996) "es el responsable de sus propios actos". Y en ese sentido se le ubica como el "responsable de su adicción". Además se le designa como una persona que necesita ayuda y que necesita aprender a pedirla

González Echeverri, en un estudio comparativo de algunas C.T. de nuestra ciudad anota que "la C.T. no trata a los residentes como enfermos o pacientes sino como individuos que deben aprender a asumir responsabilidades y a dejar de engañarse a sí mismos y a los demás". (1998: 63)

La C.T. CREA plantea que

...un adicto a las drogas es una persona que muestra una dependencia mental continua hacia una o varios tipos de drogas narcóticas o de otro tipo, con el fin de experimentar unas experiencias psicológicas como forma de evadir realidades. Un adicto a drogas es una persona que no ha crecido emocionalmente, que tiene todas las características de un niño que a pesar de haber crecido cronológicamente, en su edad emocional se ha quedado atrasado. (Documento fotocopiado, 1986)

No obstante lo que se evidencia al interior de las comunidades y durante el tratamiento es la gran importancia que se le da al "adicto como enfermo", situación que se hace más notoria cuando ingresan nuevamente a la C.T. aquellos sujetos que han presentado reincidencias en el consumo después de haber realizado un tratamiento.

Para hablar de cómo la C.T. define la adicción, Kooyman establece diferencias entre el uso de drogas y la adicción a ellas. Dice que

"...el uso se convierte en adicción en caso de que la persona haya perdido el control sobre la droga. En lugar de esto, la droga ha tomado el control de su vida. El adicto ya no es libre para usarla o no. El no usarla llega a ser una situación insufrible, y el usarla se convierte en una obsesión".

(1996, 82)

Así define la adicción como un proceso dañino y continuado, que es el resultado de una conducta adaptativa, de ajuste, que perdió el control y se convirtió ella misma en un problema.

Goti, (1990) la describe como, un proceso sin fin que le permite al sujeto seguir evitando la realidad a través de la utilización de más "cápsulas". Menciona como se refuerza el "encapsulamiento" cada vez que el sujeto ha comprobado que la "cápsula" es exitosa y le permite no sentir algo que le es desagradable. Se considera que la adicción es una condición causada por muchos factores que pueden actuar recíprocamente y reforzarse mutuamente.

La Fundación Hogares Claret (s.f) explica la adicción a las Sustancias Psicoactivas –SPA- como consecuencia de problemáticas en el proceso de maduración psicosocial del individuo, originadas en el vacío existencial del hombre y el nihilismo de la modernidad.

Otra explicación a la adicción dada por la fundación el Shaddai, es que ésta es una enfermedad que abarca más que el consumo de drogas. "No elegimos convertirnos en adictos, por desgracia sufrimos una enfermedad que tiene manifestaciones antisociales, éramos hostiles,

rencorosos, egocéntricos, nos aislábamos y este aislamiento contra la sociedad se convirtió en nuestra vida". (1996).

Si bien cada comunidad adapta a su programa la definición de adicción que promueve en el tratamiento, también es cierto que en la base de ésta, se hable explícitamente de ella o no, está la concepción y el status de "enfermedad" que le otorga la OMS a ésta condición. Se dice que la enfermedad es incurable, pero es tratable y se puede controlar, igual que sucede con una diabetes, por ejemplo.

Señala María Elena Goti que en la C.T. se cree "que la adicción puede ser superada mediante un re – aprendizaje, que ésta no es incurable y que se puede lograr la sobriedad sin drogas sustitutas". (1990, p.67) La C.T. es entonces la institución en la cual el adicto inicia un proceso de crecimiento personal acompañado de un proceso de aprendizaje social que lo llevará a la madurez. No es un lugar donde alguien se "cura", sino donde cambia, crece y madura, y donde aprende a ser un miembro útil y productivo a la sociedad. "Para que el adicto supere la adicción es necesario entonces que adopte un nuevo código de valores, que llegue al centro de sí mismo y enfrente su realidad". (1990, p.67)

Para la C.T. el adicto se constituye en "el principal actor de su propia cura" pues lo hace responsable de su propio tratamiento desde que ingresa. "Recibirá únicamente el apoyo y la ayuda que esté dispuesto a recibir". En este sentido se habla de que en la C.T. no hay profesionales que curan. La comunidad es considerada como el agente primario del cambio y la "auto-ayuda" como un principio fundamental que propicia el cambio. La auto-ayuda" implica que las personas en tratamiento son los principales contribuyentes al proceso de cambio. La "auto-ayuda mutua" "significa que las personas también asumen una responsabilidad parcial en

la recuperación de sus compañeros, constituyéndose esto en un aspecto importante del propio tratamiento y recuperación de la persona adicta en proceso de recuperación” (NIDA, s.f)

Kooyman menciona que "el fin último del tratamiento en una C.T. no consiste solamente en habilitar al adicto para que lleve una vida independiente del consumo de drogas o de cualquier otra conducta adictiva autodestructiva". Es decir, que "no consiste tan sólo en la desaparición de una conducta sintomática negativa". Señala que consiste además en:

Realzar un estilo de vida positivo que enseñe al adicto a ser capaz de afrontar el estrés de modo positivo.

Transformar su auto concepto negativo por uno positivo.

Aprender a mantener plenas e íntimas relaciones con otras personas.

Aprender a disfrutar de la vida. (1996, p.71).

Goti, se refiere a que al adicto se le da el "alta terapéutica" en el momento que ha cumplido ciertos requisitos (establecidos por cada C.T.) que se vislumbran al final del tratamiento. Dichas condiciones tienen que ver con el hecho de que "sea una persona diferente, que ha encontrado un motivo para vivir y que se ha convertido en un miembro útil para la sociedad". Es decir, que ha logrado su autonomía. Es en ese momento cuando "la C.T. le entrega la responsabilidad total sobre su vida". (1990, p.55)

Kooyman establece una serie de características que deben reunir los graduados ideales de un programa de C.T. y entre las que ubica las siguientes:

No son dependientes de sustancias, ni del programa ni de cualquier ayuda profesional.

No están implicados en conductas criminales.

Se auto controlan.

Son emotivamente abiertos: dan y reciben amor.

Resuelven conflictos.

Piden ayuda y muestran sus necesidades a otras personas

Están seguros de sí mismos.

Buscan responsabilidades.

Entablan relaciones provechosas con otras personas.

Saben enjuiciar.

Disfrutan de la amistad

Sienten las emociones y las expresan.

Se sienten responsables de sus propias vidas.

Aumentan sus cualidades sociales, creativas, intelectuales, físicas y sexuales.

Son honestos.

Se imponen metas.

Conocen las limitaciones de sus capacidades.

Funcionan a un nivel social aceptable para ellos mismos.

Son críticos con ellos mismos, con el programa y con la sociedad.

Deberían ser capaces de funcionar al mismo nivel emotivo y social de los miembros del equipo de programa terapéutico. (1996, p.71)

2.5. Cómo concibe la recaída

Al interior de la C.T la recaída es asociada con la pérdida de la sobriedad.

Kooyman (1996) menciona que durante el tiempo que pasa el adicto en la C.T la atención se concentra en los factores psicológicos que desempeñan un papel en la recaída, en el abuso de drogas. Ya que "los mismos factores que le pueden haber conducido a la adicción, como respuesta al querer afrontar una determinada situación, pueden causar una recaída tras haber dejado la conducta adictiva por un determinado período de tiempo" (1996, p.56)

Dentro de las causas que pueden conducir a una recaída se señalan, "Suprimir apresuradamente la cápsula sin más (sin el apoyo de los pares) como podría ocurrir en una clínica o un hospital, una elección forzada de quedarse en el tratamiento" (Goti: 1990: 30 - 36). Kooyman dice que "el hecho de no haber aumentado la autoestima durante la permanencia en el programa eleva el riesgo de recaída" (1977, p.60)

También se trabaja en torno a que el egresado de la C.T desarrolle su capacidad de evaluación para determinar en qué circunstancias puede estar en peligro de arriesgar su sobriedad como una medida para prevenir la recaída.

Se encuentran en los textos bibliográficos consultados, en los documentos elaborados por las C.T o por los programas como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, algunas menciones sobre la recaída, pero no hay una propuesta clara de intervención desde el tratamiento para prevenirla, ni para atenderla en caso de que se presente. Los residentes del Hogar Claret La Esperanza, afirman que a quienes recaen después de terminado el tratamiento se les ofrece la posibilidad de reiniciar otro proceso igual al primero (en el mismo lugar donde comienzan otros adictos el tratamiento por primera vez) la única

diferencia estriba en que en esta ocasión se realiza en un lapso de tiempo más corto. El propósito de su estadía es que trabaje en torno a aquellos aspectos de la personalidad que no fueron abordados completamente en su primer proceso (o primeros procesos), bien porque el residente no estuvo todo el tiempo que la C.T propone para realizar el tratamiento o porque no se esforzó mucho en el proceso para trabajar todos los aspectos de su personalidad.

Se espera que los miembros de la CT reeducados sirvan como modelos a imitar, reflejando activamente los valores y las enseñanzas de la comunidad. Tal vez por esto el tema de la recaída no es abordado dentro de las fases del tratamiento, este es considerado casi que un tema tabú, pero paradójicamente la reincidencia en el consumo es considerada como una falta gravísima cuando se presenta y el reincidente es sometido a una serie de “ayudas terapéuticas”, terapias de choque, que tienen como finalidad hacer que el residente retroalimente aquellos aspectos que no trabajó bien durante su proceso anterior. Durante las etapas de reinserción y seguimiento (en las C.T que cuentan con ella), especialmente en ésta última, se le brinda a los residentes y a sus familias la posibilidad de acceder a alguna información sobre el tema de la recaída, con el fin de prevenirla, mucha de esta información va circulando de comunidad en comunidad y no se citan los autores, otra es tomada, en el caso de Claret, de documentos de A.A.¹² Alcohólicos Anónimos - que han sido adaptados para trabajar el tratamiento a la adicción de sustancias psicoactivas en la C.T. y de algunos otros autores (generalmente extranjeros)¹³ de la rama de la salud, dedicados al trabajo con sujetos consumidores de drogas. En ellos se nombra la adicción como una enfermedad que no tiene cura y de la cual el adicto no es responsable, lo que está en contradicción con la visión que dicen tener las C.T sobre el

¹² A n° 1.

¹³ Anexo n° 2.

asunto. Se mueven en la dialéctica de la responsabilidad que como sujetos tienen frente a la adicción y la posible recaída porque no se trabaja lo suficiente para alcanzar la madurez y el crecimiento personal y de la irresponsabilidad subjetiva frente a la recaída porque la adicción es una enfermedad incurable¹⁴.

Es importante anotar que aunque abierta y claramente las Comunidades Terapéuticas dirigidas por ex adictos aluden a que la adicción es el resultado de la falta de madurez y de crecimiento personal, aspectos en los cuáles se centra el proceso de recuperación, en todo su quehacer desde el momento de ingreso hasta la salida de la C.T. subyace implícitamente el concepto de la adicción como enfermedad incurable. Este es básicamente el argumento con el cual se alude a la posibilidad de una recaída, pareciera que en últimas la abstención definitiva, aunque es la conducta que se espera conseguir con el tratamiento, se pusiera en tela de juicio ante la gravedad de la “enfermedad” y hasta los excusara frente a una recaída.

A diferencia de otras C.T., HOGARES CLARET, comunidad con un modelo de intervención mixto (profesionales y ex adictos) creó, en 1993, el Hogar de Reingresos “La Esperanza”, donde agrupó, por unos años, exclusivamente a aquellos que habían reincidido en el consumo. Primero funcionó en la sede de Envigado y se trasladó en 1994 al municipio de la Estrella.

En un principio, como había sido usual se planteó un proceso igual al de la C.T, tradicional pero con un período de tiempo más reducido para que el sujeto que había recaído trabajara los asuntos que le había faltado abordar en su primer proceso, Luego se propuso

¹⁴ Anexo n° 3.

incrementar la consulta psicológica para que se trabajara más en las situaciones de orden personal.

Posteriormente, como producto del debate entre operadores y profesionales y de la escucha atenta del discurso de los residentes que reingresaban, los profesionales de la psicología proponen un nuevo diseño, un nuevo proyecto que recogía para su ejecución tanto actividades de la C.T, especialmente en lo logístico, así como otras actividades terapéuticas profesionales propuestas con alguna orientación desde el discurso psicoanalítico. La mayoría de las actividades, debían contar con la presencia de profesionales de la psicología y estaban dirigidas especialmente a la reflexión en torno a la situación del consumo, a la elección de ese modo de vida – muerte.

La población que asistía al Hogar para recaídos de la Fundación Hogares Claret, La Esperanza, era generalmente gente adulta con más de un proceso previo en comunidad terapéutica. Con el transcurso de los años y ante la evidencia de los muy escasos logros que se obtuvieron con la conformación del hogar, dado que la mayoría de la población volvía a reincidir en el consumo y algunos regresaban incluso de nuevo a este hogar, la Fundación desistió del proyecto y cerró definitivamente el hogar en 2000, dos años después de mi retiro del proceso.

Por ser la recaída el interrogante que nos convoca nos ocuparemos de ella específicamente en el siguiente capítulo, así como de la etapa de la reinserción que es en la que se presenta mayormente la reincidencia en el consumo

3. Otra mirada sobre el tratamiento en la en la C.T.

Es importante recordar la teoría sobre la drogadicción manejada por la comunidad terapéutica Hogares Claret y en la que se soporta el tratamiento que se imparte, expresada en los documentos de su producción:

La comunidad terapéutica comparte la concepción que explica la farmacodependencia como la resultante de una compleja interacción de factores bio-psico-socio-culturales. No obstante entre esta complejidad enfatiza, para efectos de su modelo de intervención, en los factores psicológicos y socioculturales, (...) que gran parte de la problemática adictiva está asociada a la relación de dependencia que establece el sujeto con la droga, en la cual su psiquismo, los marcos de referencia familiares, sociales y culturales no brindan salidas que le permitan encontrar vías alternativas a su existencia” (Documento Hogares Claret, s.f)

De esta teoría se deduce que

...el farmacodependiente es aquella persona que ha establecido con la droga, un tipo de relación muy particular" (...) y que lo que caracteriza el comportamiento del farmacodependiente es, por una parte el impulso irresponsable de consumir dosis cada vez mayores de una o varias clases de SPA -tolerancia-, con el fin de experimentar sensaciones placenteras o para

evitar el malestar producido por la privación -síndrome de Abstinencia- ...

(Documento H. Claret: s.f)

Algunas palabras de los residentes ponen en tela de juicio este discurso sobre el escalamiento progresivo a drogas más fuertes, como condición segura de la “enfermedad”, “...*"solo consumo alcohol y algunas veces cocaína, probé el bazuco y lo consumí como un mes, pero lo dejé porque me parecía una bobada estar mal, estar asustado..."*, refiriéndose al bazuco, sustancia a la que se le hizo en esa época mucha apología, desde los discursos policivos y de la salud, porque era más fuerte que la cocaína.

Esta concepción del fenómeno, dice Eduardo Vera (1988), pone el énfasis en la droga y sus efectos -parte activa-, y opaca al sujeto que sufre los efectos de la droga, es decir, se considera que es *"la droga la que hace al toxicómano"*, es por lo que la droga tiene, por su composición química, por lo que llega a crear la dependencia del consumidor; se habla de la drogadicción como enfermedad, la droga sería por supuesto el virus que la contagia y el farmacodependiente el enfermo. Esto puede observarse en el discurso de algunos recaídos cuando ingresan al hogar "la Esperanza"

"...me di cuenta que no estaba curado porque abandoné mi antídoto"

"...cuando recaí supe que mi enfermedad la llevaría hasta tres días después de la muerte" “... la drogadicción es una enfermedad para toda la vida...”

"...como no voy a recaer si soy un enfermo.... en todas las enfermedades hay recaídas" “...es una enfermedad tan grave, que mi padre consumió y

consumió, hasta que se murió...” “...La droga me hace daño físicamente, es

un problema muy grave...” (Residentes Hogar La Esperanza, comunicación personal, 1993, 1996, 1997).

Vale la pena hacerse esta pregunta ¿por qué entonces no todos los que se drogan se vuelven dependientes? Más adelante se podrá responder esta pregunta.

3.1. La reinserción

Nos ocuparemos en este capítulo de la etapa de la reinserción, también llamada egreso, por ser una etapa crucial en la que se ponen en juego los recursos físicos, emocionales, familiares, laborales y escolares conseguidos por el residente para continuar con su vida sin recaer en el consumo.

Las comunidades terapéuticas son las instituciones especializadas en el tratamiento de la adicción a las sustancias que alteran el ánimo cuando se hace imposible soportar la cotidianidad de la vida sin recurrir a su uso. Transcurrido el tiempo del tratamiento empieza a plantearse la necesidad de regresar al medio social del que se sustrajo para ingresar al tratamiento, empiezan a trazarse pequeñas metas consistentes en visitas cada vez más prolongadas hasta llegar al egreso definitivo y la instalación en el sitio en el cual residirá una vez culmine su proceso. En esta etapa del proceso es en la que se presentan las reincidencias en el consumo o tiempo después de haber culminado el tratamiento.

Un sujeto acude a internarse en la institución cuando ya le es imposible desenvolverse en su medio habitual, ha llegado a una situación límite que se hace insostenible tanto para el residente, como para la familia y para el medio social del que empieza a ser excluido. Surge entonces en las personas con quienes ha compartido su vida la demanda de que

haya un cambio como requisito para aceptarlo, para permitirle que se quede. Es aquí cuando se plantea la necesidad, generalmente de los otros, de que ingrese a un proceso de recuperación interno en una comunidad Cabe aquí anotar que la situación límite no es igual para todos los sujetos, es la que cada sujeto vive como tal, desde la singularidad de su historia personal y familiar.

La mayoría de las veces los individuos aceptan el tratamiento en la C.T. porque este es el deseo de la familia, la novia, la esposa, etc., en algunos de ellos logra instalarse una demanda propia, pero no sucede lo mismo con otros y puede suceder que abandonen el proceso o que decidan quedarse en la institución sólo porque con ello se harán acreedores al reconocimiento de los otros, bien sea su familia o los líderes de la comunidad.

Se da comienzo al tratamiento en el que como primera medida se le pide al residente que se abstenga de consumir, el aislamiento es un medio de contención que impide que repita el circuito cotidiano del consumo. Se asume por parte de quienes confluyen en esta tarea de reeducación - familia, institución y residente -, que las dificultades tenidas por el adicto para enfrentar su vida se derivan de su consumo, de su "matrimonio con la droga", se pierde de vista el hecho de que en la gran mayoría de los casos, sino en todos, es la imposibilidad para enfrentar la relación con los otros la que lo lleva al consumo y siendo así no se puede pensar en la reinserción como producto final de la abstención y de uno que otro cambio comportamental.

Algunos de los profesionales que se han desempeñado como psicólogos en estos espacios han intentado contribuir con su escritura para hacer alguna formalización del quehacer de las comunidades y aportar algunas sugerencias o comentarios para enriquecer el tratamiento. En esta vía Jaramillo (1995) en un documento elaborado para la comunidad terapéutica

Hogares Claret, dice que la palabra re-inserción se compone de "dos significantes: re que es una preposición que nos remite a repetición o reiteración de un proceso, e inserción que es la inclusión o introducción de un objeto en otro que lo pueda contener". Aludimos pues al retorno al regreso de los residentes a esa comunidad de origen de la que provienen y en la cual, por demás, es en la que se presentaron sus incidentes y sus actos relacionados con el consumo desaforado de SPA.

Otros autores, no colombianos, que han logrado también establecer algún vínculo con estas instituciones en el sentido de depositar en la escritura sus percepciones sobre el tratamiento son, Comas (2005) quienes señalan como criterios de finalización de un programa la capacidad para conseguir la abstinencia o reducir los riesgos asociados al consumo, la capacidad para desempeñarse en su medio, para aprender y desarrollar una tarea concreta. Por otro lado Kooyman (1996) menciona que "el fin último del tratamiento en una C.T. no consiste solamente en habilitar al adicto para que lleve una vida independiente del consumo de drogas o de cualquier otra conducta adictiva autodestructiva" (p.73). Señala que consiste además en la capacidad de afrontar el estrés, de tener un concepto positivo de sí mismo, de manejar las relaciones interpersonales y aprender a disfrutar la vida. Considera que el prototipo del graduado de un programa es aquel que no depende de las drogas, ni del programa o de cualquier ayuda profesional, aquel que se autocontrola, que resuelve los conflictos, seguro de sí mismo, capaz de relacionarse con otros y de pedir ayuda, honesto y capaz de funcionar al mismo nivel emotivo y social de los dirigentes del programa terapéutico.

Goti, (1990) también alude a que al adicto se le da el "alta terapéutica" en el momento que ha cumplido ciertos requisitos establecidos por cada C.T. que se vislumbran al final del tratamiento. Dichas condiciones tienen que ver con el hecho de que "sea una persona

diferente, que ha encontrado un motivo para vivir y que se ha convertido en un miembro útil para la sociedad" (p.55). En ese momento la C.T. le entrega la responsabilidad total sobre su vida. Estamos aludiendo pues al hecho de que los residentes deben, según lo afirman Mayol y Funes (1989) reincorporarse a la sociedad de la que han salido por causa de sus problemas pero también por el efecto que en ellos ha producido la actuación de la sociedad y la forma como ellos asumieron dicha actuación. Es un nuevo intento de socialización, es la repetición de ese proceso que supone la creación y afianzamiento de los lazos que lo hacen parte activa y productiva de un grupo.

Durante la etapa de la reinserción el residente elabora su "proyecto de vida". El diccionario Larousse de García Pelayo y Gros (1985) define proyecto como la disposición detallada de acciones para la ejecución de un evento de mucha importancia, empresa, intención. Por tanto el proyecto de vida es la planeación o disposición de todas las actividades a realizar, de todo el quehacer que enfrentará un sujeto durante su vida y en el caso concreto del que nos ocupamos son aquellas empresas a las que el residente se enfrentará una vez termine su proceso como interno en la C.T.

El proyecto de vida es concebido como la herramienta que le ayudará a enfrentar la vida en todas sus facetas fuera de la Institución sin recurrir al consumo, lo debe elaborar el residente durante la etapa de desprendimiento y reinserción que dura unos tres meses. Este es un tiempo muy reducido si tenemos en cuenta que se trata de replantear y reorganizar la vida que durante años estuvo "detenida", por decirlo de alguna manera mientras el sujeto estaba anclado en el consumo. El proyecto de vida adquiere importancia en el proceso del residente interno en C.T. en tanto este confronta al sujeto con la necesidad de encarar la responsabilidad

que tiene frente a sí mismo y lo invita a asumir el papel protagónico que le corresponde en su vida.

Desde que el residente llega a la C.T. debe trabajar con miras a la reinserción, pues es justamente la "incapacidad de enfrentar al mundo sin contar con la droga" la que lo hace acudir a internarse en la institución. Mientras el sujeto no reconozca y asuma esto por sí mismo, no tomará la decisión de afrontar la vida en su medio habitual con responsabilidad. Lo más importante entonces es lograr que el residente tome conciencia de que la C.T., asumir que es un lugar de paso, en el que tiene las condiciones de protección que le permiten forjar herramientas para enfrentar la realidad de su vida y del entorno social en el que habita.

Desde el momento en el que ingresa el sujeto a la comunidad terapéutica, debe tener como objetivo la reinserción a su medio, el proceso no debe ser más que un dispositivo que facilite espacios para la lectura, la discusión, la reflexión personal y grupal en torno al tema de la reinserción y el proyecto de vida. Las actividades que se realicen deben propiciar la formulación de preguntas en torno a su situación particular así como la construcción de sus respuestas.

La Comunidad Terapéutica debe plantearle al residente desde el primer momento la necesidad de pensar en la reinserción y trabajar en pos de ella, debe propiciar espacios y momentos para la reflexión en torno a la imposibilidad que ha tenido para enfrentar las relaciones familiares, afectivas, laborales, sin contar con la droga. Es importante orientar el proyecto de vida hacia la reinserción, porque ello significa encarar la responsabilidad que el residente tiene frente a sí mismo con el hecho de asumir el papel protagónico de su vida.

En la C.T. la reinserción es la última etapa o fase del tratamiento que tiene como finalidad reeducar, es decir, volver a educar, a dirigir, a enseñar, a conducir al sujeto al

aprendizaje de las normas consideradas "normales" por el grupo de residentes al cual pertenece y por aquellos que lideran, guían o son los modelos en este proceso. Es importante anotar que los comportamientos asumidos como normales no son absolutos, son relativos, subjetivos, van más allá de lo jurídico, tienen que ver con la forma como se asume la ley desde lo simbólico.

Para que pueda iniciar esta etapa el residente, ahora ex - adicto, debe haber logrado mediante la identificación con el ideal o modelo -líder-, la modificación sustancial de su comportamiento volviéndolo acorde con las exigencias que el medio le plantea, adoptando un nuevo estilo de vida. Se parte para esto por lo tanto de un supuesto, ya que no hay una manera efectiva de evaluar cómo ha sido realmente el proceso de cada individuo. La modificación del comportamiento no es por sí misma un indicador de ello, como lo muestra el discurso de algunos residentes del programa Hogar La Esperanza:

"...yo hice mi proceso muy bien, era una raya, por eso alcancé posiciones, pero mi trabajo personal fue pobre, solo logré modificar algunas cosas....", "...conocí muy bien el tratamiento, todo lo terapéutico y supe cómo moverme en C.T., hasta alcancé posiciones, ese era mi objetivo, por eso no hice trabajo personal....", "...yo hice mi proceso a conciencia, trabajé mucho en mí, pero parece que me faltó trabajo por eso recaí, todavía soy muy compulsivo...". "...me siento más libre en este momento, ya se me quitó el miedo a la recaída que me dio desde que escuchaba en Claret sobre la recaída (sic)..." "...trabajé en mis asuntos pero mi novia me demandaba que fuera director, al final se quedó con el director del hogar..." "...había

trabajado la relación de pareja y pensé que ninguna mujer me iba a hacer recaer...” (Entrevista personal, 1997, 1994, 1998)

La institución le da a los cambios comportamentales, al tiempo de permanencia en las etapas, a la evaluación que hacen los líderes, ex adictos, de su proceso, a la autoevaluación del residente y al proyecto de vida que elabora, la categoría de requisitos para poder acceder a la reinserción; sin embargo se observa que aún pesan mucho los dos primeros indicadores, incluso el tercero, y ellos comportan la ya anotada dificultad de dar real cuenta de cómo ha asumido el sujeto su proceso.

En lo relacionado con el tiempo no es la cantidad de meses en cada fase (tiempo cronológico) lo que debería tenerse en cuenta para autorizar la reinserción, sino el tiempo del sujeto (tiempo lógico), es decir, el tiempo que se toma cada residente para construir su propia historia y elaborar los conflictos personales que son diferentes para cada uno. Se afirma entonces que se tomaría el riesgo de que algún sujeto prolongara indefinidamente su estancia, pero la comunidad debe tener los dispositivos para regular esta situación de manera objetiva y tranquila permitiendo que el residente asuma con confianza la partida de la C.T y el retorno a su entorno familiar y social.

En cuanto a la autoevaluación del proceso y la elaboración del proyecto de vida, su dificultad estriba en que ellos son la resultante de los consejos, alternativas y sugerencias de los operadores, de los líderes, de los tutores, quienes hablan desde el lugar de ideales que la estructura de la institución les otorga, ponen como ejemplo a seguir su propio proceso y las recaídas si las han tenido. Desde ésta perspectiva, es pues bastante complicado evaluar los cambios reales de quien está en C.T. próximo a la etapa de la reinserción, No se cuenta con la

escucha atenta para leer en los discursos y en los lapsus la verdad de lo que pasa por la “mente” de los sujetos próximos a reinsertarse. Esto es lo que decían algunos residentes en esta etapa:

*”...ahora estoy **sin** menos miedo...” “...a mi primo le sirvió el proceso mucho, hasta para recaer....” “...mi mamá siempre me ha querido tener interno, desde pequeño, para tenerme, cuidarme y esconderme de mi papá, pero ya estoy más grande...” [Adolescente de 16 años] “me siento cansado, llevo dos años encerrado y siento que no tengo ninguna garantía, que nada me sirve, me siento sin fuerzas, pero yo puedo...” “...estoy dispuesta a enfrentar problemas, aquí lo he hecho, claro que afuera es muy diferente....” “...mi proyecto de vida era asumir una posición aquí, ahora ya se que tengo que pensar en mi proyecto afuera, aunque también puedo más adelante asumir una posición...” “...ya no soy dependiente a las drogas, a veces pienso que soy dependiente a Claret...” (Residentes de la Esperanza próximos a egresar del programa, entrevista personal, 1997, 1998)*

La reinsertión como está concebida, como etapa, debe replantearse y empezar a considerarse como un proceso en el que se trabaja desde que el residente llega, abordando tanto su singularidad como la particularidad social y cultural del conglomerado al que pertenece y esto comporta la necesidad de replantear el proceso de recuperación, en el sentido en que desde su ingreso el residente debe empezar a reconstruir lo que será su "modus vivendi" con una

manera propia de actuar, de vivir y de ser, conviene “salir antes de entrar”, es decir, tener previsto cómo y cuándo se volverá al medio de origen.

Algunos aspectos propios de las C.T. dificultan este proceso, en una gran mayoría de residentes. El tratamiento está diseñado, en un altísimo porcentaje de casos, no para salir sino para quedarse. El tiempo prolongado de estadía y el distanciamiento del medio social que le es propio para sumirlo en un medio artificial con nuevas normas, valores, experiencias, terapias y filosofías, las alternativas que se le dan y las decisiones que por él se toman, conducen a la creación de una forma de vida inapropiado para el exterior. Según Mayol y Funes (1989) abandonar la vida resuelta que la comunidad le proporciona, es toda una crisis para los sujetos, esto se evidencia en el discurso de algunos residentes:

"...quien dijo que el desprendimiento gradual es un privilegio, eso lo que es, es una brega muy grande...", "...es muy fácil estar dentro de la comunidad trabajando o en el proceso, así se sostiene cualquiera, lo duro está afuera, en la calle..." "...no tomé la salida porque estaba contento aquí haciendo panes, ¿para qué voy a salir?..." (Residentes hogar La Esperanza, entrevista personal, 1996, 1998)

Por lo tanto todas las actividades deben estar encaminadas a la construcción de su ser, atendiendo tanto a fomentar, como a extender a lo social, la seguridad que la institución le proporciona y a elaborar el duelo por el desarraigo del que será objeto. De no hacerlo así seguirá presentándose en muchos sujetos la reincidencia en el consumo. Algunos egresados ante la dificultad insoportable de enfrentar la sociedad deciden consumir otra vez y demandar

un reingreso, porque la **dependencia a la institución** que le proporciona seguridad y lo hace objeto del reconocimiento de los otros es uno de los principales factores de recaída. Tal pareciera que se mudara la adicción a las sustancias por la adicción a la comunidad, cayendo así en una paradoja: la seguridad que el sujeto necesita para enfrentar el mundo que derivaba, antes de su ingreso al tratamiento, del consumo frenético de drogas se ha reemplazado por la seguridad que le produce estar recluido en la institución, la misma que le oferta ayuda para salir de la angustiada situación de su adicción.

Por todo esto, el plan de tratamiento y el proyecto de vida deben estar impregnados y atravesados por la singularidad del sujeto, deben ser contruidos por él, deben ser el resultado de su deseo, solo así podrá hacerse responsable de su existencia. Estas elaboraciones no pueden ser el producto del cansancio o de la presión que puedan ejercer los terapistás, los profesionales y/o el grupo familiar, que ante lo incierto del futuro, amparados en un supuesto saber, le dicen al residente que hacer, muchas veces eligen y deciden por él, como lo han manifestado algunos residentes en consulta:

"...yo no quería ese trabajo, pero mi madre estaba tan entusiasmada con el que no dije nada, sino que fui a trabajar allá porque yo la hice sufrir mucho y así ella estaba contenta..."; "...en realidad aquí muchas personas me dijeron que no debía seguir con esta niña, tanto los terapistás como los profesionales, porque era un factor de riesgo para mi recaída y entonces yo la dejé, pero una vez afuera empecé a buscarla porque yo la quiero mucho, pero ella ya no quiere estar conmigo y recaí....". (Residentes Hogar La Esperanza, entrevista personal, 1994, 1996)

Es cierto que en muchas ocasiones es difícil no ceder a la tentación de decir y aconsejar al otro qué hacer ante asuntos que parecen obvios para todos, menos para él, pero dice Zuleta (1986) "de nada sirve dar respuesta a algo con respecto a lo cual todavía no se ha constituido una pregunta" porque es generalmente ineludible que más tarde o más temprano se imponga el deseo del sujeto. ¿Cuál debería ser entonces la posición institucional? Debe proporcionar desde que el residente ingresa que emerja su deseo y lo plasme en el plan de tratamiento, porque pensando el proceso como trabajo para reinsertarse, "para salir antes de entrar", la comunidad debe propiciar la interrogación sobre eso que le hace imposible estar afuera asumiendo su existencia responsablemente sin acudir al consumo, dice Zuleta (198), "la carencia, el deseo solo se produce cuando ya ha habido una reflexión que se ha permitido por medio de la vuelta sobre sí mismo" el proyecto de vida debe ser por tanto la consecuencia lógica de lo que ha trabajado en el proceso y estar en consonancia con el plan de tratamiento.

Aquí cobra vigencia lo que plantea Zenoni, en el documento "Orientación analítica en la institución Psiquiátrica", (2006) en torno a lo débil que es el proceso cuando se limita a la imitación de modelos y a la reproducción de ideales, "que se deshacen como la nieve al sol" cuando el sujeto debe enfrentar su vida solo, sin alternativas, agrega Zenoni que además es "grande el riesgo de ver a los pacientes librados a las dificultades de un retorno a la familia o en el medio natural que les exponen a la errancia y a nuevos pasos al acto", cuando no se tiene en cuenta el saber y el deseo del paciente.

Si esto no se replantea, dice Orozco en un documento de Hogares Claret (1998), "la reinsertión no pasa de ser un retorno a los mismos lugares levemente maquillados con el barniz de las buenas intenciones, la reconciliación familiar, salidas autorizadas con reportes

periódicos, la cuota inicial del taxi o el empleo informal, la validación del bachillerato, la búsqueda apresurada de una relación de pareja, etc., asuntos que si bien no siempre tienen que ser tan artificiales presentan un pronóstico reservado hasta la aparición de las primeras crisis donde se va a poner en juego la verdadera reserva emocional del sujeto". (s.f).

Durante el proceso se debe aludir también al estigma de adicto al que el sujeto se hace acreedor y que portaba en su tiempo como consumidor, se debe trabajar procurando que el residente establezca una posición subjetiva frente a este asunto que vaya más allá de anteponerle la partícula ex a la palabra adicto. Sabemos que de entrada, en lo social, el sujeto debe enfrentar esto todo el tiempo, lo que limitará su posibilidad de acceder al empleo, al estudio, a las relaciones afectivas, entre otras cosas. Este es un significante que seguirá marcándolo y acompañándolo una vez se reinserte y que tendrá consecuencias en su vida en todos los aspectos, puesto que la posición de la sociedad y de la familia específicamente, es de temor y desconfianza ante la posibilidad de una recaída.

Las instituciones deben entender que ese proceso de integración socio cultural llamado reinserción, comienza a ser material de trabajo para el usuario y su staff desde antes del primer pase, es decir antes de la primera salida autorizada de la comunidad terapéutica hacia la comunidad externa.

Como puede apreciarse no es fácil esto de trabajar en pos de la reeducación de un adicto a las drogas, el programa de intervención se queda corto cuando se remite a la identificación de un modelo que propicia como muchos residentes nos lo han mostrado con su recaída, la necesidad de depender de la comunidad y de aquellas personas que dirigen el proceso, que son sus líderes, sus maestros, los más caros ideales a imitar. Es necesario

replantear esto, puesto que su propósito debe ir más allá, como decía Zuleta (1986), un verdadero maestro enseña a quien necesita de él, como no necesitarlo.

Es ineludible establecer conexión entre estos asuntos, reinserción, proyecto de vida y el tema de la recaída por todo lo ya dicho, por ser esta la etapa en la que el sujeto debe enfrentar el retorno a la vida exterior contando con las posibilidades que brinda la institución para organizar y enfrentar su salida.

3.2. La recaída

Una vez los sujetos culminan su estadía y su tratamiento en la institución, que les hace una promesa de cura, se espera que no vuelvan a consumir, por ello cuando esto sucede se crean el caos y el desconcierto y surgen preguntas como:

"... ¿qué pasó si mi proceso fue muy bien hecho?, ¿...qué fallo si hice todo lo que me dijeron, cómo me lo dijeron y cuando me lo dijeron?" "...a mi hermano le sirvió mucho esto" "...le trabajé a muchas áreas pero no tomé conciencia que el problema de la droga es para toda la vida..."

"...tengo que aprender a vivir sabiendo que la drogadicción es para toda la vida y que siempre va a estar afuera..." "...me pregunto por qué recaí y por qué consumí, me cuesta poner en orden todas mis causas, creo que es falta de aceptación...." (Residentes Hogar La esperanza, comunicación personal, 1994, 1995, 1998)

Tanto del lado del sujeto como de la familia. En las instituciones de C:T no se ha generado la pregunta, salvo en el caso de la C:T Hogares Claret que ha sufrido una evolución en este sentido, su pregunta por la recaída genera una respuesta que se traduce en el hecho de crear un espacio para los sujetos que reincidan en el consumo y que le devuelven a la institución y a ellos mismos lo que de su quehacer respectivo falló.

Se tratará de hacer una aproximación a estos interrogantes desde diversos discursos como la teoría psicoanalítica, pero especialmente nos apoyaremos para construir las respuestas en el discurso de los residentes. Para ello en primer lugar es importante abordar el concepto de drogadicción desde ésta perspectiva: Vera Ocampo (1988) sobre esto dice que "Adicción significa unir una persona a un objeto. Se refiere al uso de sustancias en forma crónica, compulsiva e incontrolable", aquí ya se introduce la dimensión del sujeto que consume y es este quien juega un papel activo, "es el toxicómano el que hace la droga", no son las drogas las que vuelven adictas a las personas; son las personas quienes se vuelven adictas a las drogas, o a cualquier otra actividad. En este discurso no se exalta la droga -como en el discurso de la C:T- aquí la droga pasa a ocupar otro lugar, el lugar de objeto. Objeto que en principio permite una experiencia de saber, de disfrute para ser mejor amante, más creativo, más amigable y para ser reconocido, "*....en el colegio me molestaban mucho y me daba miedo...me programé, me identifiqué con los negativos del grupo y les compraba la droga, consumí... y así me dejaron de molestar...*" (Residente Hogar La esperanza, comunicación personal, 1998) etc., y que luego proporciona sufrimiento y satisfacción a la vez -goce-, llegando al abuso que conlleva a la destrucción del sujeto consumidor, convirtiéndose ésta en la única forma posible de relación, de responder al otro, evitando así su responsabilidad frente al deseo:

“...cada que quería dejar una pareja consumía y ellas me echaban...” “...Estuve en la droga 30 años, al principio fue placentero y luego me fui metiendo en un hueco más oscuro...”, “...la drogadicción es como el pozo de buceo de la U de A, estrecho y profundo y se encuentra uno en el medio rodeado del vacío...” “Me gustaba sentir el susto y la ansiedad que me producía el bazuco y aunque me daba miedo me quedaba ahí consumiendo... era como si quisiera que llegaran y me mataran...”.

(Residentes Hogar La esperanza, comunicación personal, 1993, 1994, 1998).

La droga es un objeto que cumple una función particular en cada estructura clínica, neurosis, psicosis y perversión y una función singular en el psiquismo de cada sujeto, esto puede ilustrarse con el discurso de dos residentes del Hogar La Esperanza: *“...tuve vida delictiva sobrio, yo tenía que estar con los cinco sentidos...” “...Siempre robé drogado me daba miedo ir sobrio...” “...la droga era para solamente celebrar los goles que hacíamos [se refiere a actos delictivos]...”* (Entrevista personal, 1993, 1996, 1998). Pero se crea un círculo vicioso, consume para calmar la tensión de enfrentar la realidad que lo circunda y así evita la angustia, luego consume para evitar la ansiedad que produce el retiro de la droga y se queda atrapado en un circuito repetitivo, sintomático que opaca su dicción, no habla, no comparte con sus pares y termina drogándose solo, atrapado en ese acto y evitando y negando las exigencias de la realidad, se convierte en un esclavo de aquello que creía dominar. Su dependencia es percibida por él como “normal”, los otros la ven como un acto destructivo que lo reduce poco a poco a la pérdida de su subjetividad, acto doloroso para su familia en algunas ocasiones y en otras se transforma en un acto que solo provoca la expulsión de ese por el daño que causa con

su consumo en aquellos que están en su entorno inmediato, aunque el adicto no los vea cerca y los perciba lejanos como desconocidos. En algunos momentos logra darse cuenta que se hace daño, pero ese sentimiento queda encubierto por la sensación de alivio que le provee nuevamente el acto de consumir. La droga es idealizada porque solo con ella se siente bien y paradójicamente logra atraer la atención de aquellos que ha desechado de su vida al privilegiar la opción de consumir desenfrenada e incontrolablemente.

Muchos autores, tanto actuales como de épocas antiguas han argumentado que las drogas son sustancias inocuas y que es el uso que se hace de ellas lo que les confiere una significación, Szasz (1993) afirma que si se esto siempre se hubiera tenido presente no se hubiera tenido que recluir en cárceles ni en hospitales a los sujetos que deciden libremente consumir las sustancias de su agrado o gastar grandes cantidades de dinero en programas de salud pública.

También aluden que las sustancias no son malas ni son buenas por sí mismas, es la cantidad y la frecuencia del consumo lo que hace la diferencia, al respecto Escotado (1996a) cita en su texto a Teofastro, un griego, quien dijo: “Se administra un dracma si el paciente debe simplemente animarse y pensar bien de sí mismo; el doble de esa dosis si debe delirar y sufrir alucinaciones; el triple si debe quedar permanentemente loco; se administra una dosis cuádruple si el hombre debe ser muerto”. (p. 141)

Las comunidades terapéuticas y las instituciones que trabajan con adictos en general, consecuentes con su visión del fenómeno proponen un tratamiento general, aparentemente en sus dos primeras fases igual para todos, el mismo remedio para la misma enfermedad, tratamiento que no apunta realmente a que el sujeto se interrogue, no permite que este se asuma desde su historia personal y su estructura psíquica como un ser en falta, un ser

que desea, esto lo afirman residentes en su discurso “...soy una persona permanentemente insatisfecha, he llenado mis pérdidas con droga todo el tiempo...” “...me siento muy solo, me siento como asustado, vuelto nada, pensando que me pasa, que quiero y no sé qué es lo que voy a hacer....” (Comunicación personal, 1998).

En las fases iniciales del proceso la institución le da al sujeto todas las respuestas y a veces hasta las preguntas, le proporciona alternativas, consejos, explicaciones, indicaciones y sugerencias, dirige su vida, decide por él y le exige como condición para estar en ella someterse a lo que se le pide para alcanzar el ideal que allí se propone, “para llegar a ser como el líder”, como el modelo de identificación que se le presenta. Esta peligrosa característica de la C.T. se debe mirar con muchas reservas porque puede conducir que el residente haga una simple "derivación del síntoma", pasando del abuso de SPA, de la dependencia a la droga a ser dependiente de la institución. Ya lo decía Rosa del Olmo (1985) después del boom de la creación de instituciones y los tratamientos, obligatorios para los adictos,

“Los programas de tratamiento se han vuelto muy populares (...) pero muy pocos cumplen sus objetivos” (...) El tratamiento en la comunidad terapéutica parte del principio de que el adicto tiene una deficiencia de personalidad. Es un ser débil particularmente en el aspecto psicológico. Intenta regresar al individuo a la vida “normal” transformando su personalidad. Los programas de estas comunidades a veces son tan estrictos que el individuo una vez libre vuelve a la adicción o quiere regresar a la comunidad terapéutica. De ahí que el índice de reincidencia sea alto si el individuo se aleja de la comunidad. Si se queda no es más que otra forma de

dependencia. Esta vez ya no a la heroína, sino a la comunidad terapéutica, la cual se convierte en una especie de “ciudad satélite” apartada de la sociedad general. (p. 80 – 81)

Encontramos en las comunidades terapéuticas una rigidez en el proceso, sumada a la precariedad técnica de sus equipos terapéuticos, conformados en general por ex adictos, que se limitan a reproducir con el otro el trato e que fueron objeto , la palabra del residente no existe, no necesita decir, solo necesita actuar, no necesita construir sus respuestas, estas ya están dadas, no se le posibilita la construcción de unas propias porque sus líderes ex adictos que padecen la “enfermedad” y ahora la controlan, están abstemios, son quienes saben las respuestas y conocen las estrategias para controlarla. Esto se hace palpable cuando se le pregunta a los residentes: "¿Sabes qué es la droga? ¿Qué es la drogadicción? ¿Por qué consumes?" Y se escuchan las respuestas todas iguales, *“sustancia que produce una enfermedad”, “la drogadicción es una enfermedad” “consumo por vacíos afectivos, baja autoestima, descontroles sexuales, permisividad, porque soy un enfermo...”* (Residentes Hogar La Esperanza, comunicación verbal, 1993, 1994, 1996, 1997) no hay un discurso propio, singular, construido desde la subjetividad de su historia, no hay una comprensión del papel que la droga desempeña en su psiquismo, que es diferente en cada sujeto, su discurso es ajeno, como si no existiera un sujeto que desea, no hay un reconocimiento del sujeto del inconsciente, ni del lado del sujeto, ni del lado de la institución.

Esta homogenización del adicto que hacen las comunidades terapéuticas es, tal parece por lo ya visto, uno de los principales factores de recaída, porque el tratamiento se basa en gran parte en la identificación, mal interpretada además por la comunidad y por el residente,

decía a propósito de esto un residente, cuando llegó al hogar de reingresos, después de recaer “... mi líder me decía, lo que hace falta a usted es darse más duro para que vuelva aquí cuando quiera cambiar de verdad...” (Residente Hogar La Esperanza, comunicación personal, 1998) Cuando el sujeto se enfrenta al medio social, las identificaciones se deshacen y nuevamente el sujeto se ve enfrentado a aquello que no le es posible soportar: su imposibilidad de responder al deseo del otro y no encuentra otro camino que consumir de nuevo, además porque lo que fundamentalmente se hace en estas instituciones es propender porque el sujeto se abstenga de consumir el mayor tiempo posible, ojalá para siempre.

Abstinencia es para Vera Ocampo (1998) "conservar a distancia", tener el objeto a distancia, no renunciar a él. En tanto que, desde la perspectiva psicoanalítica, se trata de hacer un trabajo de renuncia al objeto, de elaboración del duelo por su pérdida y esto solo puede hacerse en la medida en que se le permita preguntarse por su adicción y construir una respuesta sobre ella desde su saber inconsciente de lo que le pasa, posibilitándole que sea él quien tome una decisión frente a su consumo, su posición frente al goce decía un residente de La Esperanza a propósito de esto, “...yo lo que **no** quiero es **no** recaer...” (1996) y que se reconozca como un sujeto que desea y que encuentra respuestas a sus interrogantes existenciales, dándole un sentido a su vida y buscando alternativas que le posibiliten soportar el malestar que siente sin recurrir al consumo.

Otro factor de recaída desde lo subjetivo tiene que ver con lo pulsional, con el goce, con ese placer-displacer, ese disfrute del sufrimiento que concluye con la pulsión de muerte concibiéndose por ello en algunas casos la drogadicción como un suicidio en pequeñas dosis, dice Eduardo Mejía Luna (1991). El sujeto solo desea desaparecer y no enfrentar su falta, la droga es colocada en el estatuto de objeto que podría contener la pulsión en un primer

momento, luego en un segundo momento hay una repetición compulsiva, destructiva, difícil de controlar porque la pulsión se resiste a ser armonizada, educada, pretender armonizarla puede producir un pasaje al acto, “...*me volví a casar con la droga...*”, en el mejor de los casos se puede soportar el malestar buscando una alternativa. Se le debe permitir al sujeto que ponga su goce en palabras, que lo dialectice y pueda modificar su posición frente al goce, si esto aún es posible.

Sobre esto básicamente es que se podría trabajar al interior de las instituciones que tienen como finalidad reeducar o rehabilitar al adicto, tratar puntualmente este asunto, que se soslaya en los tratamientos de la comunidad terapéutica y solo se menciona como una premonición o una amenaza frente al escaso trabajo que haga un residente en el proceso, permitirle al sujeto verbalizar, expresar lo que le sucede, reflexionar sobre aquello que le hace imposible vivir sin consumir fuera de la institución -factores de consumo-, sobre lo que pasa cuando ésta se presenta y la construcción de una respuesta sobre lo que ella significa para la institución, para la familia y fundamentalmente para el residente, de esta forma podrá estar en mejores condiciones para manejar las diferentes situaciones que se le presenten y la angustia que de ellas se derive, "posiblemente" sin recurrir al consumo de SPA, decimos "posiblemente", porque aun teniendo la oportunidad de elaborar estas situaciones mediante la palabra puede suceder que el sujeto elija no renunciar al consumo, puesto que es él quien toma o no la decisión de hacerlo.

En las todas las actividades implementadas en el Hogar La Esperanza, dirigidas por las profesionales, cualesquiera que ellas fueran, un taller de temas generales, consulta individual, un grupo psicoterapéutico, un cine foro, un relato de la salida, lectura y discusión de documentos, asesorías familiares, estaba presente la intencionalidad de llevar a los residentes a

la reflexión y a la construcción de respuestas propias, dejando de lado el vocabulario y los temas aprendidos de memoria en el proceso de C:T clásico. Se debe evitar hacer juicios de valor y emitir conceptos como verdades absolutas que el sujeto asimila y convierte en su verdad, impulsando en cambio su deseo de saber y de indagar por sus cuenta las diferentes vertientes y verdades que hay sobre un mismo tema, en este caso sobre el consumo de SPA para que pueda construir con sus palabras las explicaciones frente al consumo y al temor que le genera la recaída.

4. Una experiencia con la recaída en la C.T. Hogares Claret

La C.T. Fundación Hogares Claret, se fundó el 12 de mayo de 1988, su primera casa de tratamiento estaba ubicada en el sector de Miraflores, barrio Buenos Aires de Medellín.

Desde ese momento la Fundación se ha extendido mucho y cuenta hoy en día con más de 34 sedes entre administrativas, Centros de Atención (Tratamientos Terapéuticos) en varias ciudades y departamentos de Colombia (Medellín-Antioquia, Barranquilla-Atlántico, Bogotá-Cundinamarca, Neiva-Huila, Pereira-Risaralda, Bucaramanga-Santander y Cali-Valle del Cauca) que amparan diversos tipos de población: adultos, jóvenes y niños inmersos en situaciones de marginalidad, miseria, drogas y abusos de todo tipo y es la de las pocas Comunidades Terapéuticas a nivel mundial que está certificada, en el 2008, en calidad por la norma ISO 9001. A través de los años se dio la apertura hacia un modelo terapéutico propio.

(Página web Fundación Hogares claret, s.f)

La Fundación tiene como órgano máximo una junta directiva, conformada por diez personas, como instancia superior conformada por sujetos de diferentes ciudades del país, no consumidores de sustancias SPA en su mayoría aunque había dos profesionales reeducados, muchos de ellos benefactores, que se ocupan del funcionamiento financiero y logístico de la

Institución. De ella hacen parte el fundador y el administrador general. En cada hogar hay un staff conformado por profesionales, generalmente de psicología y trabajo social, y reeducados. El director del hogar, el asistente del director, el encargado de manejar la caja menor y los líderes del proceso siempre eran reeducados de la fundación. En casos muy excepcionales algunos profesionales ocuparon la dirección de un hogar.

El modelo de C.T. con el cual se fundó Claret cambió fundamentalmente, ese modelo heredado de Daytop Village cargado de duras ayudas que vulneraba la dignidad y atentaba contra los derechos humanos de los residentes, desapareció, la terapia de grupo como se realizaba, la terapia de reinserción, la maratón, el pantalón corto, el “tumble” pelo, las confrontaciones, el lenguaje que tenía toda una carga de esa micro cultura. El “nivelato” que se refería a que los adictos en tratamiento que iban subiendo de fase se convertían en líderes y terapeutas de los residentes que llegaban y a los que se les denominaba niveles, evolucionó a la consolidación y el servicio social, que deben hacer como etapas finales del tratamiento. En este proceso de transformación fue muy importante la participación de los profesionales y el diálogo con los reeducados del modelo antiguo. Esto se hace en algunas comunidades, por efecto de la legislación que en este sentido se expidió a nivel nacional con el fin de ser reconocidas y habilitadas para establecer contratos con entidades oficiales y trabajar con la recuperación de la población de calle infantil y los adolescentes infractores. En Colombia la norma que regula las comunidades terapéuticas es la Resolución 196 de 2002, por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psico-activas, exige que se acrediten y en el caso de las C.T. sigan los lineamientos de la Federación Mundial de Comunidades

Terapéuticas, es decir que los “terapistas” sean egresados del programa de reeducación de C.T, pero deben tener un curso de operadores que garantice que tienen la formación para trabajar allí.

No obstante el giro del tratamiento dado por Claret, llama poderosamente la atención lo ocurrido el día 14 de mayo de 2015, publicado al día siguiente, el 15 de mayo, en la página digital del diario el Espectador. La noticia registraba una fuga ocurrida en las horas de la noche de un centro de reclusión infantil que funciona en Bogotá en la calle décima con carrera 15, administrado por “Hogares Claret”. Se trata de una fuga masiva de al parecer 76 internos detenidos, de los cuales fueron reaprendidos 61, 18 de ellos que se encontraban heridos fueron valorados por la Secretaría de Salud y 6 de ellos fueron trasladados para ser reclusos en el Hospital San Blas. Esta noticia plantea un serio interrogante en torno a la situación de los menores en el centro y el tratamiento que se implementa, rompieron las instalaciones y pusieron en peligro su vida por escapar del lugar. En el video se ve a los menores solo con buzo y ropa interior, al parecer se les está retirando el pantalón de la sudadera, para que permanezcan sin ella. ¿Rezagos del tratamiento heredado de Synanon y Daytop Village? Esta no es la única fuga que han protagonizado los menores de este centro, también ha habido evasiones en Neiva. Sin embargo los residentes de los sectores aledaños a los hogares consideran ésta situación como muy particular y peligrosa, creen que los menores están allí como en una casa de recreo y que necesitan estar en una institución vigilada por el INPEC. (El Espectador, mayo 15 de 2015).

En estos momentos, aunque en Claret hay población adulta en proceso de reeducación por el consumo de SPA, la Institución centra su labor en la atención a niños de y en situación de calle, menores infractores y desmovilizados del conflicto armado.

Inicie mis prácticas en la Fundación Comunidad Terapéutica Hogares Claret, cuando se aplicaba el viejo modelo de comunidad clásica heredado de Daytop Village, en ese entonces la posibilidad de ingreso de profesionales dentro de la Fundación era todavía muy cerrada, solo había un psicólogo vinculado y en esos momentos no era mucha su participación en las finuras del tratamiento. Finalmente pudimos ingresar allí un grupo de practicantes en el año 1992, me correspondió desempeñar mis funciones en el hogar de Enviagado, en el programa clásico de C.T. Durante mi tiempo allí me inquietó siempre el asunto de la efectividad del tratamiento, es decir que los residentes se conservaran sobrios al egresar del programa. La C.T hacía un acompañamiento muy informal a los que egresaban del programa, por lo tanto no se podía conocer a ciencia cierta de su efectividad.

Cuando alguno de los residentes que estaba en tratamiento, generalmente en la etapa de desprendimiento gradual presentaba alguna reincidencia en el consumo, se le aplicaban una gran cantidad de ayudas, entre las que conocíamos (o podíamos conocer) estaban la restricción a salir y la supresión de visitas por un tiempo determinado y algunas confrontaciones de grupo muy duras en las que le hacía sentir como un desecho. Cuando era un reeducado, egresado del programa el que recaía y llegaba a la Fundación "a pedir ayuda", se le recibía en un hogar "normal" por unos seis meses y se le aplicaba el mismo tratamiento del modelo clásico, en algunas ocasiones si el recaído había sido director de algún hogar, el tratamiento podía tener incluso algunos rasgos de benevolencia. "privilegios" como los llamaban en C.T., pero sin descartar el modelo como tal.

Finalizando el año de 1993 llegó al Hogar de Enviagado una población de unos 12 a quince reincidentes en el consumo, reeducados algunos y otros que habían abandonado el proceso en etapas avanzadas, situación ésta que llamó la atención de la Institución y se tomaron

dos decisiones muy importante crear un departamento de seguimiento y posteriormente adecuar un hogar para agrupar allí los residentes que recaían en el consumo. En la reunión en la que se anunció la decisión que no contaba con una propuesta de trabajo clara, se pidió un grupo de voluntarios para iniciar labores con esa población, por motivos derivados de su mirada del fenómeno (enfermedad –contagio –cura), ninguno de los reeducados quiso aceptar y curiosamente de los dos psicólogos que ya estaban vinculados o del número de psicólogos en formación que había tampoco hubo quien aceptara el reto, Por lo tanto decidí encarar esa tarea. El Hogar fue creado a fines de 1993, funcionó unos días en Envigado y luego se trasladó a la Estrella. Se le dio el nombre de Esperanza, posiblemente porque eso era para los residentes. En enero de 1994 la Fundación me vinculó como psicóloga medio tiempo para el hogar. Finalmente fueron enviados allí un director y un asistente, cuando no había dinero para pagar el asistente ese lugar era ocupado por un residente del hogar.

En sus inicios el proceso tenía mucho de las terapias del tratamiento original y eran implementadas por exadictos, costó un poquito romper la idea de que solo podía trabajar quien hubiese sido un consumidor. Iniciamos un trabajo con la conformación de un staff, los miembros del staff que no pertenecían al hogar solo asistían cada ocho días a la reunión, estaba integrado por un reeducado que era el director nacional de tratamiento, el coordinador de los profesionales, tres psicólogos, incluyendo la del hogar y el director del hogar. Posteriormente el grupo se fue reduciendo hasta que solo quedamos tres personas, dos psicólogos y el director del hogar. Se inició con mucha resistencia la transformación del proceso, la idea era que allí se enfatizara en el trabajo psicológico, acompañado del modelo terapéutico de la comunidad, aunque con menos dureza porque ya se estaban empezando a gestar unos pequeños cambios en Claret y porque todos habían pasado ya por ese modelo y no había funcionado.

Transcurridos dos años de estar funcionando empezaron llegar pasantes de otras comunidades y de otros países. A finales del 2005 fue importante la visita de un pasante chileno que emitió este concepto:

(...) el hogar de reingresos plantea en su estructura y metodología la homologación de la comunidad terapéutica clásica de Claret. Las actividades y momentos terapéuticos son los mismos aunque en un ambiente más distendido.

Si bien es cierto el trabajo actual no difiere del modelo clásico, el proyecto permitiendo su recreación y supliendo las falencias del proceso anterior. (Informe escrito y entrevista personal de un trabajador social, pasante chileno, 1995)

Este informe incidió mucho para que se nos diera vía libre a la puesta en ejecución del proyecto, aún a costa de la restricción y mengua de las terapias y forma de vida de la comunidad terapéutica clásica, y gracias también a la claridad y firmeza argumentativa con la que se sustentó la propuesta de trabajo, se vinculó en ese momento otra psicóloga de medio tiempo.

En este capítulo haremos una descripción de las actividades que desarrollábamos y su finalidad. Fue esta una experiencia y un aprendizaje bastante importante. Durante todo el tiempo fue difícil que la Institución tuviera en cuenta al hogar para asignarle un presupuesto con el cual reparar los daños de la planta física, hacer su dotación un poco agradable, darle pintura, en fin. El lugar era realmente deprimente, un residente cuando ingreso manifestó que

“Sentí como si este lugar fuera un recogedor de desechos” (Residente Hogar La Esperanza, entrevista personal, 1996).

El hogar fue cerrado en el 2000, dos años después de mi retiro porque representaba solamente un gasto para la Fundación, y se sentía cierto recelo con la población porque mostraba finalmente lo que del tratamiento fallaba. En la página ni en los archivos de la Fundación existe formalizada y sistematizada la experiencia del hogar. Las comunidades terapéuticas adolecen de esta falla, son poco rigurosas con su experiencia, no sistematizan su historia y evolución, aunque en este momento cuentan hasta con página web para darse a conocer en el medio.

El trabajo realizado en el Hogar La Esperanza, creado por la fundación C.T. Hogares Claret, para atender a aquellos residentes que reincidían en el consumo durante la etapa de desprendimiento y reinserción así como para los que recaían después de haber culminado uno o varios procesos dentro de esta comunidad o fuera de ella, es decir en otra comunidad terapéutica, se hizo extensivo también para quien hubiesen hecho un proceso en una entidad hospitalaria y a consumidores de alcohol. El modelo llamó la atención a nivel de Latinoamérica y recibió en pasantías a varios profesionales y algunos exadictos, tanto de Colombia como de otros países.

La población del hogar de reingresos era muy fluctuante porque el proceso solo duraba seis meses, eventualmente permanecían en el hogar un promedio de 25 a 30 residentes. En un principio el tratamiento estaba concebido como un proceso igual al de la comunidad terapéutica pero con una duración reducida, en el cual los internos, dicho en sus términos “se limitaban a trabajar aquello que les había faltado”. Al asumir la dirección terapéutica general un profesional de la psicología en esta comunidad se hizo énfasis en los procesos psicológicos

individuales y ahí sí se le dio un viraje y más protagonismo a las actividades dirigidas por las profesionales de psicología. De tal manera que incluso algunas de las actividades que realizaban los terapeutas como el relato de la salida de fin de semana fueron dirigidas por las psicólogas.

Propusimos la intervención tomando para ello algunos elementos del psicoanálisis y empezamos a construir lo que sería el modelo de tratamiento para el hogar. El equipo terapéutico y el staff del hogar La Esperanza teníamos un común denominador, nuestro quehacer, bien fuera como operadores o como profesionales que trabajaban el problema de la farmacodependencia, pero el hecho de que nos identificáramos en esta práctica institucional no implicaba que nos identificáramos en la forma de "hacer" cada práctica. Por ello queremos hablarles de una práctica, la nuestra como psicólogas en el programa de reingresos del hogar La Esperanza.

La manera en que se formula una pregunta implica la intencionalidad que tiene el sujeto que la plantea sobre el asunto en cuestión, es decir, muestra el lugar desde donde habla. Nuestro hacer en la institución como psicólogas nos ha obligado a preguntarnos por la concepción que existe acerca de la farmacodependencia, por quienes son los que acuden a la institución, qué quieren, que desean, por qué regresan. Estos interrogantes articulados al concepto que tenemos de la clínica, de la transferencia, del sujeto y la forma de abordarlos, determinan nuestro "hacer" en cada una de las actividades que se plantean con los sujetos al interior del Hogar La Esperanza así como el sentido de las intervenciones que se realizan a nivel grupal y/o individual.

El objetivo de las intervenciones de las profesionales de la psicología en el hogar La Esperanza era posibilitar al residente espacios de reflexión individuales y grupales sobre la

experiencia de reincidencia en el consumo y la elaboración en torno a la manera como deben afrontar la vida por fuera de la comunidad terapéutica sin recurrir al consumo, asumiendo su responsabilidad en lo afectivo, lo familiar, lo laboral, lo social.

4.1. Actividades que se realizaban en el hogar

Las actividades centrales que realizábamos con el conjunto de los internos eran las siguientes:

- Consulta psicológica individual.
- Asesoría psicológica de pareja.
- Asesoría familiar.
- Participación en el staff: Allí se discutían y analizaban los casos de todos

y cada uno de los residentes del hogar, su desempeño en los grupos, su relación familiar, su actividad laboral y se escuchaban sus demandas para enmarcarlas dentro de su tratamiento partiendo de un principio de realidad.

- Relato de la salida de fin de semana: Llamado en la comunidad terapéutica tradicional relato de pase. En la comunidad terapéutica clásica se trata de que los residentes “informen” si sintieron deseos de consumir, si visitaron los sitios y personas que para ellos implican un “riesgo de consumo”, si salieron solos, si manejaron dinero sin autorización, en fin, si siguieron al pie de la letra o desobedecieron tajantemente las indicaciones hechas por los líderes del proceso. Si cometieron alguna infracción a las normas que debían cumplir, se les aplicaban los correctivos considerados necesarios para la situación. Mientras que en el Hogar La Esperanza el fin era escuchar atentamente los relatos de la salida confrontando al

residente con sus temores, sus imaginarios, sus angustias para estar por fuera de la comunidad, manejar el dinero, visitar a las personas que consideraban un riesgo para su sobriedad. En fin el temor a enfrentar la vida sin la seguridad que les proporcionan las drogas o la comunidad terapéutica. Las intervenciones y las devoluciones que se hacían durante el relato tenían el objetivo de que el residente fuera capaz de identificar las contradicciones, los vacíos en su discurso, los lapsus, así como sus temores o la imposibilidad de decidir a actuar con responsabilidad frente a su vida, situación que se ponía de relieve en su discurso.

- Reunión grupal para definir las normas del grupo: El objetivo de esta era construir entre todos las normas del grupo para regular la convivencia en todos los espacios. De igual forma cuando se presentaba fricciones o situaciones que afectaban la convivencia se decidía en el grupo una sanción pero de igual manera quien cometiera la falta debía acatar la sanción impuesta por el director y el asistente del hogar. Por otro lado las reuniones o asambleas de la mañana y de la noche para organizar y distribuir las actividades seguían estando a cargo del director y el asistente del hogar.

- Talleres sobre temas propios de la comunidad terapéutica: Estos talleres, también de construcción grupal, se desarrollaban siguiendo una planeación específica, al final cada residente sacaba una conclusión o hacía una reflexión personal. Para concluir se evaluaba la pertinencia del tema, la metodología, los recursos y se hacían sugerencias. Los temas que se trabajaron fueron:

- Proyecto de vida.
- Las drogas.
- La adicción.

- La reinserción.
 - Reincidencia en el consumo. Factores de recaída.
 - La comunidad Terapéutica.
 - El desprendimiento gradual y la reinserción.
 - El estigma psicológico y social del adicto.
 - Objetivo de la Comunidad terapéutica.
 - Moral y ética.
 - Mujer, adicción y comunidad terapéutica.
 - ¿Qué es la realidad?
 - El trauma.
 - Mecanismos de contención.
- Cine foros: Se construyó con los residentes una base de películas, de las cuáles seleccionábamos una película para para hacer el cine foro cada quince días, en lo posible estas tenían que ver con la decisión de asumir el consumo como una forma de vida, con la decisión de estar recluido para evitar enfrentar la vida o con la posibilidad de rechazar el consumo y el encierro y asumir la vida por fuera de las instituciones sin recurrir al uso adictivo de las drogas. Después de observar la película, se formulaban preguntas sobre la película o los residentes que querían hacían aportes sobre la película y generalmente todos hacían una reflexión personal sobre su situación. En algunas ocasiones era un círculo con participación libre, en otras era un trabajo dirigido individual, por parejas o en grupos reducidos. También se realizaba una evaluación de la actividad y se escuchaban las sugerencias.

- Evaluación del proceso: Se realizaba cada mes y su objetivo que cada residente hiciera frente al grupo una evaluación de su proceso, del cumplimiento de sus objetivos, de su proyecto de vida, de sus sentimientos en las salidas los fines de semana. En fin, evaluar cómo iba su preparación para vivir fuera de la comunidad sin consumir. En este grupo los compañeros podían hacer un comentario o preguntas a los compañeros.
- Encuentro con los egresados del programa: Solo alcanzamos a realizar tres reuniones con los residentes que ya llevaban seis meses por fuera del hogar. Se trataba de compartir las experiencias difíciles que habían enfrentado por fuera del hogar y la manera como las habían resuelto, de igual modo se indagaba si el proceso de La Esperanza les ha ayudado realmente a asumir la vida sin consumir. Hacían una evaluación de la propuesta de tratamiento, de sus aciertos y desaciertos y sugerían algunos cambios.
- Grupo psicoterapéutico psicoanalítico: Este grupo era el fuerte del trabajo que se realizaba. Nos ocuparemos extensivamente de él para explicar todo lo atinente a la técnica del grupo y su método.
- Grupo psicoterapéutico con los residentes en desprendimiento y en seguimiento: Tiene las mismas reglas de funcionamiento, pero se hacía específicamente con los residentes que ya estaban en estas etapas.

4.1.1. Grupo psicoterapéutico de orientación analítica.

- Antecedentes:

Por lo objetivos del trabajo que se hacía en el hogar La Esperanza, haremos un breve esbozo sobre las generalidades teóricas y el método de este grupo.

Para abordar los grupos psicoterapéuticos psicoanalíticos comenzamos interrogándonos sobre el lugar de las terapéuticas en las instituciones, las cuales están planteadas bajo el concepto de salud mental impartido por la Organización Mundial de la Salud -O.M.S-. En el programa de Prevención al consumo de drogas de la alcaldía de Bogotá (1998) se retoma la definición así: "Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección y enfermedades". Desde ésta definición se intervienen las problemáticas de una comunidad y la farmacodependencia nombrada como enfermedad por la O.M.S. no escapa a este postulado.

Pensar en estos términos un problema como la adicción a las SPA implica hacer existir un imposible si miramos descarnadamente la realidad social, poseída por el consumo desmedido de un sistema capitalista. Pero es desde esta concepción que se tiene de salud mental y con ella de la farmacodependencia, desde donde se hacen las intervenciones con la población adicta, en aras de proporcionarles a ellos y a la comunidad un bienestar social.

El ser humano desde ese lugar, es definido como un ser educable, que puede inscribirse en todos los parámetros establecidos por las normas sociales y por tanto es un sujeto que puede alcanzar la armonía consigo mismo y con lo que lo rodea; un ser racional, autónomo, regulador de sus pasiones, un hombre integral. Surge la pregunta entonces, ¿qué pasa con ese malestar que habita al hombre, con ese vacío, con esas preguntas existenciales que se manifiestan de diferentes maneras, entre ellas en las adicciones como el consumo de drogas,

en las neurosis, en las afecciones psicósomáticas, en el manejo de la sexualidad y en las dificultades que se presentan en las relaciones interpersonales?

Desde esta concepción de sujeto en falta es que pensamos la salud mental, la farmacodependencia y con ello nuestra forma de intervención en la terapéutica grupal e individual. Dice Miller en *Patología de la ética* (1991)

"no se trata de salud mental por oposición a la patológico médico. No se trata de la armonía del sujeto con su ambiente, con su organismo, porque el concepto de sujeto impide pensar la armonía del sujeto con cualquier cosa en el mundo. El concepto de sujeto es en si disarmónico con la realidad" (p. 71).

Así, de lo que se trata, no es de armonizar al sujeto con su entorno y consigo mismo, sino de que aprenda a reconocer el porqué de su malestar.

◆ Desarrollo histórico y aportes teóricos sobre el grupo
psicoterapéutico:

Foulkes, en su texto, *Psicoterapia psicoanalítica de grupos* (1964) cuenta que el primero en practicar la terapia de grupo fue J.H. Pratt, en 1905, en los Estados Unidos. Dice así mismo que J.L. Moreno, usó técnicas de grupo en Viena antes de 1920 y en 1931 les dio el nombre de psicoterapia de grupo. En la década del 30 en los Estados Unidos Louis Wender, Wolf y Paul Schilder, empezaron a usar técnicas psicoanalíticas de grupo y en este año aparecieron algunas publicaciones sobre el trabajo grupal. Este tema era de mucho interés para Foulkes y por eso se ocupó en trabajar intensamente en su desarrollo y en su técnica.

Gómez (s.f) relata que en 1945, después de la Segunda Guerra Mundial, las secuelas físicas y emocionales en los soldados causaron trastornos psiquiátricos y por la cantidad de casos la terapia de grupo cobró un gran impulso, se empezaron a utilizar los métodos grupales por necesidad ante la carencia de psiquiatras. Así fue como surgieron en los hospitales militares británicos y americanos los mayores expertos en psicoterapia de grupo. Entre los británicos destacan S.H. Foulkes, E. James Anthony y W.R. Bion y entre los americanos, A. Wolf y Eric Berne.

El psicoanálisis es una de las principales disciplinas en las que se basa la psicoterapia de grupos. Sus contribuciones al concepto de conflicto, resaltan la importancia patógena de la lucha entre las pulsiones y las restricciones del medio ambiente impuestas por los padres y otras figuras de autoridad. La teoría del campo, hizo aportes en torno a las tensiones situacionales que se viven en grupo, así mismo manifiesta Foulkes, (1964) que antropólogos y sociólogos aluden al factor sociocultural y argumentan que el individuo se encuentra inmerso en el medio social y su maldad puede atribuirse al medio. Se pregunta, ¿quién estará enfermo, si el individuo o la sociedad? y señala que ante las dificultades para tratar a la sociedad se debe intervenir a los individuos. Añade que Turgant Borrow, fue de los primeros en trabajar partiendo de la premisa del papel que tiene el grupo en la neurosis individual. Empezó a realizar sus investigaciones mediante el "análisis de grupo" de lo que el llamó neurosis social. Sus investigaciones están orientadas y sustentadas en las teorías fisiológicas.

El filósofo social, Laurence K. Frank, (como lo cita Foulkes, 1964) hace alusión a una perspectiva psico - cultural para analizar el comportamiento del hombre dentro de la sociedad como "una agrupación de instituciones". Para él la sociedad es el paciente y hacia ella

deben dirigirse los tratamientos, pero se pregunta: si el terapeuta es también producto del medio ¿quién lo tratará a él? Entre sus planteamientos está el análisis del hombre y su relación con las instituciones, con respecto a esto afirma que detrás del individuo está la institución y detrás de cada problema social está alguna perversidad institucional, expresa que las instituciones se vuelven malas porque fracasan en mantenerse al compás de la evolución social y la institución anticuada es la que hace daño y es responsable del deterioro humano. Afirma que el individuo es pasivo e inocente y está a merced de su medio ambiente social; cuando la sociedad es democrática, él es democrático.

En la década del 40 al 50 surge en Inglaterra una "comunidad terapéutica". Main fue quien le dio ese nombre y Jones aportó los contenidos y le dio un lugar en el movimiento psiquiátrico, su objetivo era tratar a personas con dificultades en las relaciones y en la adaptación social. Inicialmente fueron atendidos soldados, luego desempleados. A partir de estas experiencias, el psicoanálisis de grupo en Inglaterra alcanzó un gran desarrollo, con los conceptos psicosociales de Kurt Lewin y con otros conceptos socio – métricos; se legitimó su práctica en muchos hospitales psiquiátricos. Posteriormente, en los Estados Unidos, se desarrolló un trabajo experimental con grupos de pacientes externos en laboratorios lo que ha determinado el empleo de técnicas estadísticas más rigurosas. Este trabajo con grupos se fue extendiendo a Europa y a Sur América, en Argentina, concretamente, esta forma de trabajo alcanza gran impulso en la década de los 60 con P. Riviere.

La práctica analítica coloca el acento en el "aquí y el ahora", en el análisis de aspectos como: la resistencia, la transferencia, las relaciones objétales, la fantasía, y los contenidos manifiestos y latentes, todos estos conceptos psicoanalíticos se abordan y se aplican con algunas diferencias, con más o menos énfasis según la escuela que dirija la práctica, lo que

sí es claro, es que todos hacen del grupo un participante activo y consideran el rol del terapeuta como un determinante principal en el proceso.

◆ **Objetivo, técnica y requisitos del grupo**

Los objetivos con el trabajo en el grupo psicoterapéutico psicoanalítico son posibilitar un espacio de palabra y de escucha grupal, en este caso concreto para que los residentes construyeran un saber sobre el porqué de su consumo, su relación con la institución, con la familia, con el empleo, etc.; y permitir que el residente se pensara como un sujeto que desea, que puede decidir y asumir la responsabilidad de sus elecciones.

En el Hogar La Esperanza el grupo psicoterapéutico se realizaba bajo la dirección de una psicóloga que había tenido una experiencia de tres años en estos grupos. Había una promesa de estricta confidencialidad, es decir, todo lo que se dijera en el grupo, se quedaba en el grupo, este era un compromiso que debía asumirse radicalmente, no era una opción. Cada sesión tenía una duración de 90 minutos y se realizaba periódicamente, todos los jueves a la misma hora y en el mismo lugar.

El grupo se convoca a partir de un significante que los nombre y que los reúna. En este caso concreto del hogar La Esperanza y en el de las instituciones que trabajan específicamente en la atención de sujetos adictos a las drogas y al alcohol, este paso se puede obviar ya que solo ingresa allí quien se asume como tal o quien sea nombrado en ese lugar.

A esta actividad asistían la totalidad de los residentes que estaban en el programa, no obstante su asistencia no estaba constreñida por las posibles consecuencias que podría acarrearle su ausencia, como si sucede en los programas de comunidad terapéutica, a quien no asistía se le proponía que pensara el porqué de su ausencia y lo planteara frente al grupo. Como el grupo puede tener entre 6 y 12 participantes, cuando la población era mayor a quince

internos se realizaban dos grupos. Este funciona como un grupo abierto, quien iba ingresando a la institución se iba integrando a estos grupos.

Las reglas para el funcionamiento del grupo son las mismas que para cualquier grupo terapéutico:

- ◆ Asistir puntualmente al grupo. Las sesiones deben ser, a igual hora en el mismo día y lugar.
- ◆ Los participantes no deben retirarse sino hasta que finalice la sesión.
- ◆ Siempre debe haber respeto por la palabra del otro.
- ◆ Se pide la palabra para intervenir, levantando la mano.
- ◆ Se debe hablar en primera persona y dirigirse siempre al grupo.
- ◆ No debe dirigirse a ninguna persona en particular, no se establecen diálogos, ni debates, ni se dan consejos, ni alternativas.
- ◆ Todo lo que se diga en el grupo es confidencial y no debe salir de ese espacio.

El trabajo del grupo psicoterapéutico se basa en las asociaciones libres, inferencias, deducciones y conceptualizaciones que los asistentes van haciendo como resultado del discurso de quienes van interviniendo, ésta tarea requiere de una condición cognitiva normal, por ello las personas con deficiencia cognitiva no están en condiciones de hacer parte del grupo, obstaculizarían el proceso de elaboración grupal, su poca capacidad de abstracción entorpecería el proceso y desarrollo del grupo. De igual manera proponen los teóricos que en lo posible un psicótico solo debe permanecer en el grupo si hay condiciones, si no está en crisis, excepto si es un esquizofrénico.

Metodología:

- ◆ El grupo debe estar en disposición circular.
- ◆ El coordinador abre el grupo haciendo el encuadre. Las reglas se repiten hasta que el grupo se apropie de ellas y cuando llega un integrante nuevo al grupo.
- ◆ El discurso o aportes de los miembros del grupo deben ser libres, sin dirección. Se trabaja con base en la libre asociación del grupo, no hay tema definido.
- ◆ El coordinador hace intervenciones que pueden ser: preguntas, señalamientos, o cortes. No se dan respuestas, consejos ni alternativas.
- ◆ Partiendo de los aportes del grupo, el coordinador mediante sus intervenciones apunta a permitir que se puedan hacer conscientes los contenidos inconscientes.
- ◆ Cuando el coordinador detecta las resistencias, trabaja sobre aquellas que afectan al grupo como un todo, interrogando sobre ellas y permitiendo la construcción grupal de una (s) respuesta (s).
- ◆ La técnica es verbal, se privilegia siempre la palabra de los participantes. Se enfatiza en el "aquí y el ahora", es decir, se interviene para permitir una mayor elaboración de los contenidos o verbalizaciones del presente.
- ◆ El terapeuta o coordinador debe tener una atención flotante y una escucha analítica que le permitan hacer intervenciones que faciliten el proceso de elaboración grupal.

- ◆ Se presenta en el grupo una situación de transferencia grupal, en sentido horizontal. Sobre este evento el terapeuta interviene posibilitando que los miembros aclaren este fenómeno.
- ◆ El terapeuta que coordina el grupo debe tener un proceso de formación personal en el método psicoanalítico y concretamente en un grupo psicoterapéutico con esta orientación, bien sea como participante activo o como observador.

Ocupa en el grupo el lugar de "supuesto saber", no se asume como líder del grupo, ni como ideal de identificación. Su capacidad de escucha y su atención flotante le permiten identificar el lenguaje cifrado que va más allá de las palabras y analizar todos los fenómenos que se presentan al interior del grupo. Debe asumir un lugar ético y de respeto que le permita admitir y soportar las críticas de que será objeto y tener la suficiente claridad para no intervenir desde sus afectos o intereses.

- ◆ Al finalizar el grupo se hace una devolución recogiendo los contenidos que el grupo trabajó, si se estima necesario se hacen intervenciones a algunos miembros en particular.

En este grupo se trata de identificar en el discurso grupal y en el de cada miembro en particular la significación de los contenidos que circulan en la sesión, de permitir que puedan nombrar su malestar, de concientizarse sobre aquello de su historia familiar y personal que repiten sin "saberlo" y sin poder controlarlo. El fin último no es lograr sujetos que vivan en armonía consigo mismo y con los demás, objetivo que es por demás imposible de lograr, lo que se propone allí, es que cada sujeto pueda hacerse consciente y encuentre una explicación a eso

que se le impone que lo hace sentir mal, es permitirle que asuma una posición que le posibilite "soportar" ese malestar y se haga responsable de ello.

4.1.2. Dos ejemplos de intervención.

Aquí un pequeño ejemplo de una intervención en un grupo psicoterapéutico. Entre el primer grupo de residentes que llegó al Hogar La Esperanza, estaba N.N quien después de dos años de haber egresado del proceso clásico de Claret y de haber estado sobrio, tener un empleo y asumir sus obligaciones había recaído. Rechazaba todas las actividades realizadas por las profesionales y reclamaba a gritos la instauración del programa de comunidad terapéutica clásica, el “duro, que si servía” el que había realizado inicialmente, pero frente al cual también tenía muchas críticas y reparos. En una sesión del grupo reflexivo su intervención con tono de resentimiento apunto a criticar las políticas de la C.T, el duro trato que se le había dado, el daño que se le había hecho en Claret, discurso al que se unieron algunos otros residentes en sus intervenciones, la psicóloga facilitadora del grupo hizo solo una intervención: *“¿Si Claret tiene tantas fallas, ustedes por qué volvieron?”*, después de unos minutos soportando un tenso silencio, el residente manifestó en voz baja *“yo no puedo creer que yo esté aquí por eso”*. En ese momento se hizo el cierre del grupo. (Grupo reflexivo, psicoterapéutico, Hogar La Esperanza, septiembre 14 de 2004). Ese día el residente al que nos hemos referido abandonó el proceso, pero no recayó. Hasta dos años después que se tuvo conocimiento de él no lo había hecho y estaba laborando y respondiendo por su familia.

Esta es una muestra de la construcción grupal que se hizo en un taller realizado sobre los “Factores del consumo y los factores de la recaída”, que se realizaba con los residentes nuevos cada mes o cada dos meses, según el flujo de la población, arrojó en todas las

ocasiones en las que se realizó el mismo resultado. En la tabla aparecen al lado izquierdo los factores que los llevaron inicialmente al consumo y en el lado derecho los que los llevaron a reincidir en el consumo.

Es sorprendente para ellos darse cuenta de que los factores son los mismos y que lo único que hace la diferencia es el hecho de que de por medio ha estado el proceso de tratamiento realizado.

Factores de riesgo que Inducen al Consumo de SPA	Factores de Riesgo para la Recaída
<p>Presión de grupo.</p> <p>Frecuentar amistades que consumen.</p> <p>Visitar con frecuencia lugares de consumo</p> <p>Estar en presencia de drogas o de consumidores</p> <p>Dificultades familiares (agresiones, sobreprotección, descuido, etc.)</p> <p>Situaciones problemáticas a nivel laboral o educativo.</p> <p>Ansiedades, frustraciones, rechazos, depresiones, etc.</p> <p>Antecedentes de consumidores en la familia</p>	<p>Presión de grupo.</p> <p>Frecuentar a amistades que consumen.</p> <p>Visitar con frecuencia lugares de consumo</p> <p>Estar en presencia de drogas o de consumidores</p> <p>Dificultades familiares (agresiones, sobreprotección, descuido, etc.)</p> <p>Situaciones problemáticas a nivel laboral o educativo.</p> <p>Ansiedades, frustraciones, rechazos, depresiones, etc.</p> <p>Antecedentes de consumidores en la familia</p>

<p>Creencia de que la droga no es problema.</p> <p>Mal uso del tiempo de ocio.</p> <p>Mal manejo del dinero.</p> <p>Baja autoestima, timidez.</p> <p>Curiosidad.</p> <p>Dependencia y compulsión.</p> <p>Predisposición hereditaria.</p> <p>Vacío afectivos.</p> <p>Prepotencia.</p> <p>No tener un proyecto de vida claro, realista y alcanzable.</p>	<p>Creencia de que se puede tener un consumo reducido y espaciado, sin problemas.</p> <p>Mal uso del tiempo de ocio.</p> <p>Mal manejo del dinero.</p> <p>No haberle trabajado lo suficiente a la autoestima en el proceso anterior</p> <p>Curiosidad por saber si el tratamiento fue efectivo.</p> <p>Compulsión porque soy un enfermo.</p> <p>Predisposición hereditaria.</p> <p>Vacíos afectivos.</p> <p>Prepotencia por ser reeducado.</p> <p>No tener un proyecto de vida claro, realista y alcanzable o tenerlo y no ejecutarlo.</p> <p>-Recordar tratamiento en la Institución</p> <p>-Perder el contacto con la institución.</p>
--	--

Estos interrogantes deben ser objeto del trabajo no solo con quienes han tenido una reincidencia en el consumo, sino con todos aquellos sujetos que inician un proceso por primera vez y debe tocarse todo el tiempo que dure su estadía, solo conjurando los miedos, los fantasmas, trayéndolos a su discurso y elaborando una posición sobre ellos. En la C.T. este

tema no se toca o se trata durante la reinserción, que es la etapa donde el sujeto tiene nuevamente la responsabilidad de enfrentar el medio social del que se ha sustraído durante su estadía en la comunidad terapéutica, es decir, después de un tiempo de encierro y aislamiento con el objetivo de abandonar el consumo, el sujeto debe salir y enfrentarse a ese mismo medio sin haber tenido la posibilidad de pensar reflexionar sobre el riesgo de una recaída y elaborar una postura, no frente a la recaída concebida como un fenómeno aislado que es lo que hacen las C.T, sino frente al consumo, a la decisión de abandonarlo o no y de renunciar a la droga.

4.2. Cómo vivían el proceso los residentes

Esta experiencia suscitó muchas reacciones principalmente en la Comunidad Terapéutica y en los residentes que habían reincidido en el consumo, en las familias y en personas interesadas en el fenómeno del consumo.

Para empezar era notorio el desconcierto de quienes llegaban a la Institución y esperaban encontrar nuevamente el modelo terapéutico en el que habían estado. Cuando se enfrentaban a la ausencia de la exagerada normatividad, del castigo permanente, del vocabulario propio de ese programa, de las limitaciones y coartación de la libertad, del manejo de su dinero, del trato que los ponía en una condición de desecho, de la restricción del encierro, de la función familiar controladora y perseguidora, y por el contrario hallaban un ambiente distendido que los interrogaba por su hacer y les posibilitaba enfrentar el afuera sin control y vigilancia permanente, era tal su desconcierto que en un primer momento clamaban “a gritos” que se retomara el tratamiento clásico, “que si era un proceso de verdad”. En los grupos, talleres, terapias y consulta dirigidas por las psicólogas, ese era el primer interrogante que se abordaba, que se ponía en el centro del trabajo.

Transcurrido un tiempo de su asombro, intentaban hacer entonces lo que se esperaba de ellos en el tratamiento clásico, empezaban a hablar de las bondades del trabajo y a comportarse como creían ellos que esperábamos que lo hicieran para poder quedarse en la Fundación ocupando una posición, discurso entonces que se convertía en el objeto de las intervenciones en todos los espacios propuestos por las psicólogas en los que se planteaba claramente por ellos mismos el desplazamiento de su dependencia de la droga a la dependencia de la Institución, hasta que su discurso se quebraba y su comportamiento forzado e instaurado para complacer al Otro y recibir su aprobación y su acogida perdía sentido. A continuación enunciaban su pedido para que el Otro dijera que esperaba de ellos, qué quería que hicieran, cómo debían comportarse, cuándo tampoco encontraban respuesta a esto se producía en ellos una afectación, una alteración que cada uno vivía como solía hacerlo, con rabia, con silencio, con un abandono depresivo de sí mismo, con una exacerbación de alegría, con mucha tristeza, negándose a salir los fines de semana, cada uno sacaba a flote su singularidad para enfrentar la vida. Esto hizo que un residente se refiriera así al proceso: “...*la gente está perdida, no están entendiendo el método, algunos residentes lo han dicho...*” y aludiendo a los cargos directivos, manifestó “...*este hogar no se dirige, sino que se vive....*”. (Entrevista personal, Hogar La Esperanza, 1997, 1998).

Se alteraba toda la vida en el hogar, había dificultades en la convivencia, no se respetaban los espacios, se incumplía con las obligaciones del diario vivir, se dedicaban a la terapia ocupacional sin descanso, se mentía o se dejaba de mentir y simular, se trataba de engañar al otro, algunos consumieron y llegaron ebrios o drogados al hogar, se descalificaba a las psicólogas y su labor, al director del hogar, al asistente, a la fundación, se produjeron rupturas con sus familias, esposas, cada uno le dio salida a ese desconcierto, a esa angustia que

producía el no poder responder al deseo del otro, el desconocer lo que el otro espera que haga. Se incrementaban en esos días los grupos para discutir las dificultades en la convivencia, cuestionar y transformar las normas, hacer pactos, responder por los errores cometidos

Se entraba luego en un momento de aceptación de lo que le estaba pasando y decidían por fin dar comienzo a su trabajo con lo doloroso que esto pudiera ser. Abordaban su situación familiar en consulta individual, en terapias de pareja o en el grupo familiar, su situación académica, laboral, su historia, su vida toda y sus repeticiones sintomáticas. Algunos decidieron abandonar el proceso y se fueron a una comunidad con un tratamiento clásico. Otros decidían quedarse hasta la finalización del trabajo, otros optaron por empezar gradualmente a asumir su vida y otros reincidían en el consumo, algunos regresaban y daban por fin inicio a su trabajo psicológico, otros decidían abandonar el proceso definitivamente, algunos lograron seguir abstemios pero es difícil saber a ciencia cierta cuántos lo lograron.

Este era el momento más productivo del trabajo, el momento en el que el residente se enfrentaba con la realidad de su ser y se enganchaba con el trabajo psicológico, centraba sus producciones, reflexiones y elaboraciones en la situación que estaba atravesando, en su consumo, en su incapacidad para enfrentar la vida fuera sin tener quien lo protegiera, lo controlara, lo aconsejara, decidiera por él, pero también y paradójicamente en la rabia que le producía ser controlado. El trabajo de elaboración se orientaba a que el sujeto pensara las decisiones que tomaba, asumiera su responsabilidad frente a ellas y las consecuencias que de ellas se derivaban.

A pesar de que se hacía un trabajo especial con los que empezaban su desprendimiento gradual y su etapa de reinserción, consistente en la atención en consulta psicológica, para quien lo deseara y lo solicitara, y la asistencia a un grupo psicoterapéutico;

también en este hogar se presentaron reincidencias en el consumo después de egresar del proceso y también retornaron a solicitar de nuevo el reingreso al hogar. Uno de los residentes manifestó “*yo vuelvo a Claret como sea*” (Entrevista personal, 1998). Y en consecuencia con ello, hizo lo que tenía que hacer, recaer en el consumo. Reingresaron aproximadamente nueve residentes todos ellos con más de dos procesos anteriores, de ellos solo uno labora en Claret en la actualidad. Fue fácil darse cuenta en su trabajo psicológico que regresaban porque dependían de la Institución y querían estar allí donde se sentían seguros, desplazaban el síntoma de la dependencia a las sustancias psicoactivas a la dependencia con la institución. De todas formas a los pocos meses debieron egresar del programa y asumir su vida.

Llamaba poderosamente la atención la situación que se presentaba con un buen número de aquellos que recaían y con sus familias, durante su época activa de reincidencia en el consumo sucedía igual que la primera vez que llegaban a un proceso, sus familias estaban cansadas y habían optado por no luchar más por ellos, pero una vez se daban cuenta que habían ingresado al proceso de reingresos se hacían presentes para acompañarlos y ofrecerles toda la ayuda posible en todos los aspectos, especialmente el económico. Era evidente en algunos casos, la desfachatez y el descaró con el que algunos de los residentes reclamaban a sus familias por la ayuda económica y exigían que esta fuera mejor cada vez, no valoraban la compañía y el apoyo que recibían, después de los múltiples daños que habían causado en sus hogares (insultos, golpes, robos) parecían estar cobrando por haber ingresado al tratamiento y estar abstemios. En los casos en los que esto era muy evidente se trabaja con la familia o la pareja acerca de la relación que se establecía con el acto de consumo del residente y con el residente mismo. Un residente decía al respecto que su familia no lo soportaba cuando estaba sobrio, “*he llegado a la conclusión de que en mi familia soy mejor visto recaído que en*

sobriedad” (Hogar La Esperanza, entrevista personal, 1997), su consumo era el síntoma familiar, no se abordaban las grandes dificultades familiares que se presentaban porque todos vivían en función del residente y su adicción, cuando esta desaparecía se hacían visibles las otras situaciones que se querían ignorar y su presencia en el hogar se hacía molesta, la situación llegaba a tales extremos que inevitablemente reincidía en el consumo. Su familia no aceptó hacer un trabajo en este sentido por obvias razones.

También llegaban al hogar adolescentes procedentes del hogar juvenil que habían recaído en el consumo después de haber egresado del proceso o estando en su etapa de desprendimiento gradual, varios de ellos habían estado durante su infancia o estaban en ese momento en un programa de protección del ICBF. Vale la pena resaltar que el proceso en el hogar juvenil era diferente al que se impartía en los hogares de adultos porque allí fue donde se empezó a presentar el cambio del modelo clásico al actual de la Fundación. Dos residentes procedentes del hogar juvenil por haber consumido en la última etapa del tratamiento lograron hacer su proceso sin contratiempos y se adaptaron con mucha facilidad al modelo que pretendía que aprendieran a vivir responsablemente sin consumir. Les hice seguimiento durante algunos años después de que finalizaron el tratamiento, se mantenían sobrios y habían retomado sus estudios en la universidad. Después de un análisis de varios casos llegamos a la conclusión de que el modelo funcionaba más fácilmente con aquellos sujetos que habían hecho un proceso en un ambiente menos controlador que el de comunidad terapéutica clásica o con quienes iniciaran un proceso por primera vez.

Esta experiencia nos permitió pues corroborar que el psicólogo, en una institución o fuera de ella, que trabaje en pos de facilitar a un sujeto el asumir el control de su vida, debe atender a una ética de su hacer, abandonando en consecuencia el lugar arrogante del saber y

entender entonces la importancia de resistirse a la tentación de decir, aconsejar y elegir por el otro, porque cuando esto se hace, se obtura la posibilidad de que el sujeto se formule sus pregunta, elabore y construya sus respuestas, haga sus elecciones, de las cuales debe hacerse responsable y asumir sus consecuencias.

Conclusiones

La labor realizada en la comunidad terapéutica Hogares Claret cuando se aplicaba el modelo de tratamiento clásico y el trabajo con los egresados reincidentes en el consumo, en el hogar de La Esperanza, ha sido una valiosa experiencia por el aprendizaje realizado y los conocimientos adquiridos de primera mano a través de la palabra de los residentes en tratamiento y del acercamiento a algunos autores que plantean una visión diferente a la que tradicionalmente se nos impuso por los gobernantes de turno..

De esta valiosa experiencia hemos podido inferir las siguientes conclusiones:

1. Los modelos de tratamiento deben rescatar la subjetividad del sujeto y respetar su dignidad.

Los modelos de tratamiento heredados de Daytop Village que se aplican tal como son, atentan contra la dignidad de la persona y ponen en peligro su salud física y mental, un sujeto que realice este tratamiento lo único que puede poner en práctica cuando le llega el momento de ser el “terapeuta” de los residentes que ingresan a empezar su proceso es reproducir y descargar en el otro los abusos de los que ha sido objeto él mismo durante su tratamiento. No es gratuito que en el Perú en una comunidad terapéutica a esa etapa del tratamiento se le llame “*revanchismo*”, porque en esa según el diccionario “*actitud de quien mantiene un espíritu de venganza o de revancha*” (Diccionario RAE, 2005)

Cabe la pregunta entonces acerca de cuál es el deseo de los que terminan su tratamiento por ocupar posiciones y quedarse trabajando en la comunidad. ¿Ayudar a otros a recuperarse como dicen? ¿Reproducir con los otros las ayudas duras y lesivas de las que él ha

sido objeto en un acto de revancha, de venganza?¹⁵ ¿Poner en escena toda su perversión en su relación con los otros con la excusa que le otorga el hecho de ser terapeuta y ocupar el lugar de poder en la comunidad?

En la revista bogotana Nueva Frontera N° 651 (1987) el movimiento “Frente común contra las drogas de los medios de comunicación” escribió un artículo que esbozaba algunos comentarios sobre la situación de la adicción en el país y la evasiva acción del gobierno frente a la proliferación de tratamientos, ofrecía además algunos elementos para que las personas, especialmente los padres, que requerían de estos tratamientos para sus hijos, tuvieran la posibilidad de elegir el más adecuado para ellos.

Este frente hablaba de la existencia de métodos convencionales y no convencionales y aludía a que muchos de estos tratamientos eran “ferias del engaño”, especialmente los que utilizan la acupuntura, la autosugestión, la hipnosis, brebajes, incluso cirugías como las trepanaciones cerebrales para cortar los centros de la predisposición a la drogadicción. Los tratamientos susceptibles de tener mejores resultados, en cambio, eran aquellos en los que intervenían psicólogos, psiquiatras, sociólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, y apostaban por un tratamiento eminentemente médico en el que se hicieran estudios genéticos y biológicos, y que además intervinieran otros profesionales de las ciencias sociales para integrar en el proceso a las familias, el ambiente laboral, académico y social en el que se desenvuelve el adicto en tratamiento.

En este texto se criticaba la posición del Ministerio de Salud que solo tenía en el papel la regulación de la “rehabilitación integral del farmacodependiente” y el control a los

¹⁵ Anexo n° 4. Relato de un residente sobre el proceso que realizó en una C.T. del Perú, esto evidencia la universalidad de este proceso.

centros de rehabilitación que estaban proliferando abundantemente, pero la realidad era que solo se ocupaban de otorgarles la personería jurídica y dar el visto bueno a sus estatutos, amparándose para ello en “la falta de personal y de fuero legal para ello”. Se limitaban entonces a intervenir cuando la institución o los residentes estaban en peligro.

Según los autores de la revista Nueva Frontera, de las 63 (sesenta y tres) instituciones existentes 20 (veinte) eran estatales (siete instaladas en hospitales psiquiátricos y trece en unidades de salud mental), ocho recibían aportes del Sistema Nacional de salud y 35 (treinta y cinco) eran privadas, pero ninguna de ellas ofrecía la rehabilitación que ellos consideraban integral. Según los autores el Ministerio de salud solo tiene sobre el papel la figura de rehabilitación integral del farmacodependiente, en el papel figura como órgano rector y vigilante de esas políticas y el control de los centros de rehabilitación, pero la realidad es muy distinta. El Ministerio se limita a controlar sus estatutos y conceptuar sobre su personería jurídica, pero no interviene en la regulación de las actividades que se desarrollan en cada centro porque no tiene ni el personal y ni el fuero legal para hacerlo. Su actividad se ha centrado en la prevención. (p. 21 a la 24)

Es muy grave darnos cuenta que después de 28 años la situación en Colombia sigue igual o peor a la que da a conocer la Revista Nueva Frontera en 1987. En el artículo “Rehabilitación con rejo” de la revista Semana del 28 de julio de 2009, informan que antiguos residentes que asistieron al Centro de Atención a la Drogadicción Conciencia y Cambio han formulado muchas denuncias sobre las irregulares situaciones en las que se imparten en ésta comunidad terapéutica las terapias:

“Me esposaron contra una reja y así me tuvieron desde un viernes hasta el martes (...) tenía que pedir a gritos que me llevaran al baño y cuando iba todo el mundo me observaba (...) Tienen un bate con la palabra cambio (...)”, dijo un hombre de unos 30 años que accedió a estudiar como parte del compromiso de que sus padres no lo volvieran a recluir. Y una joven que parecía modelo contó que una vez los pusieron a darle correazos a un muchacho que trató de escapar.

(...) Hace apenas un mes en otro sitio de rehabilitación en el barrio San Fernando, las autoridades hallaron un “cuarto de castigo” en el que se encontraron, según un reporte de El Tiempo, tablas con ganchos y cables con los que amarraban a los internos de manos y pies. El caso no aparece ni siquiera registrado en la Secretaria de Salud

La justicia todavía no han dado su veredicto en ninguno de los dos casos.

(Revista Semana digital, 2011)

Tal parece que la situación fue bastante grave y se detuvo a al equipo terapéutico del lugar, dice el periodista Camilo Pedraza Díaz (2010) por posible homicidio.

Miguel Vargas era un joven de 17 años que decidió terminar con su vida cuando permanecía interno en una fundación donde le prometieron a su familia recuperarlo del mundo de las drogas. Se entiende, que un proceso psicológico, que pretende generar emociones fuertes para lograr cambiar la dependencia a una sustancia psicoactiva y generar cambios en la personalidad

de un adicto pueda traer estas nefastas consecuencias. Pero cabe la pregunta: ¿Por qué ‘Medicina Legal’ dictamino que el cuerpo del paciente de esta fundación, al momento del suicidio, presentaba moretones y heridas en su cuerpo?, ¿Pudo esto influir en la decisión de acabar con su vida? (Camilo Pedraza, 2014).

Luego de haber sido detenidos hace cinco años se logró al parecer un acuerdo con tres de los detenidos que laboraban allí, a quienes se les califica de cómplices y se les da casa por cárcel por cinco años y medio, a cambio de que actúen como testigos en el caso del joven que se suicidó. Se está intentando dar una respuesta desde la justicia.

Pero la pregunta es ¿cuál es el lugar que ocupa la Secretaria de Salud en todo esto?

Al parecer cuando hay denuncias, dicen en el artículo de Semana.com la Secretaría de salud debe hacer una visita al centro objeto de la denuncia, desde el 2006 solo han hecho 18 visitas pero las investigaciones no prosperan porque dicen ellos: “no verificamos el actuar médico. Eso lo revisa el Tribunal de Ética Médica a partir de las quejas” La labor de psicólogos y terapeutas no es objeto de atención de este tribunal, esto explica un poco porque, pese a las denuncias se siguen presentando ese tipo de situaciones.

La norma que regula el funcionamiento de las comunidades terapéuticas aprobada en el 2002 dice que para que un centro de atención a adictos empiece a operar basta con radicar un formulario en donde se asegura que se cumplen los requisitos en relación con los recursos humanos, financieros, físicos y técnicos. Hay un plazo de cuatro años para verificar la información, es decir no hay realmente ninguna regulación. Esta se hace estricta solo en

aquellos casos en los que se vaya a hacer contratación con la institución para prestación de servicios, porque estas si deben estar agrupadas en la FECOT y además estar acreditadas. El argumento, como siempre, es que el personal para atender a tantas funciones no es suficiente. Así las cosas si no hay control y vigilancia adecuada es imposible saber realmente cuántos abusos se pueden estar cometiendo en estos centros. Y mucho menos actuar a tiempo para proteger a estos jóvenes en especial situación de vulnerabilidad.

No podemos desconocer que se ha logrado el objetivo con algunos residentes en estos tratamientos, como tampoco afirmar que todas las comunidades terapéuticas llevan el modelo clásico a esos aberrantes extremos, pero este no es argumento suficiente para admitir que ese tipo de programas se sigan extendiendo sin ningún control.

Por otro lado ¿cómo podrían ejercer su función los exadictos, sino es aconsejando y dirigiendo al otro con base en su experiencia personal?, parten de lo que han aprendido y lo reproducen, en ese sentido se ha impuesto la generalización de conceptos y lo que ellos saben es que para una enfermedad son buenos los mismos remedios, por esto aconsejan y eligen por el otro con la convicción de que están haciendo lo correcto.

Cada adicto que sale de un programa de recuperación de estos se siente autorizado moralmente para ejercer esta función y muchos lo hacen. Han abandonado incluso su profesión laboral, algunos de los que la tenían, para “montar” su propia comunidad terapéutica y dedicarse a reproducir ese modelo de tratamiento que ha resultado ser en ocasiones un negocio rentable. Lo grave de esta situación estriba en el hecho de que se ha reproducido tal cual ese modelo de tratamiento e incluso en ocasiones con más revanchismo y sevicia de la que ellos fueron objeto. Decía la revista digital Semana.com (2009) que en el 2005 había en Bogotá 62

centros de este tipo, de los 451 que funcionan en todo el país (datos de 2005) Esto se entiende porque el modelo es así, *“un exadicto rehabilita a otro adicto”*

El modelo de tratamiento al que se someta un consumidor compulsivo de SPA, no debe poner en el centro a la droga sino al sujeto, debe ser un espacio de palabra donde se escuche su voz, se respete y se tenga en cuenta su discurso, omitiendo intervenciones físicas o verbales que vayan en desmedro de integridad; en vez de hundirlo y hacerlo sentir como un desecho debe impulsarlo a recuperar su condición de sujeto que desea, elige y se hace responsable de su elección.

2. Las sustancias psicoactivas solo se dividen en legales e ilegales

Existen sustancias psicoactivas que son fabricadas en los laboratorios de las farmacéuticas, muchas veces más nocivas que las sustancias heredadas de nuestros antepasados, estas cuentan con su patente de legalidad y se expenden libremente o con fórmula médica y para nadie es una enfermedad o un problema delictivo su consumo. En cambio las drogas catalogadas como ilegales y de las que se prohíbe su consumo, tienen cualidades terapéuticas reconocidas milenariamente.

Los médicos recetan en sus consultorios a diestra y siniestra sin ningún reato de conciencia esas drogas dañinas a todo el mundo, se desconoce que el ser humano desde siempre ha sentido gran cantidad de emociones y esto nunca había sido visto como una patología, sino hasta el advenimiento de las compañías farmacéuticas. Es muy grave la frecuencia con la que se medica a los niños, por efecto del discurso de los psiquiatras ya la infancia es una patología, esa es la doble moral de la empresa de la salud y del estado

terapéutico, en el que estamos viviendo, dice Tomás Szasz (1993), que nos adormece con sus sustancias y nos impide pensar.

Se debe hacer un movimiento que exija cambios en la legislación en materia del consumo de sustancias psicoactivas que vayan incluso más allá de lo planteado en la sentencia sobre la posibilidad de portar la dosis mínima. En primer lugar se debe levantar la prohibición que lo único que ha dejado es muerte y dolor en Colombia y la entrega de la soberanía de nuestro país en aras de esa estéril lucha. Además la prohibición solo aporta beneficios a los Estados Unidos, de hecho es el país con más consumidores en el mundo, levantar ésta solucionarían parte de ese problema, pero se vería afectada la economía ilegal de ese país que también pone a circular muchos dólares y los excesivos presupuestos para la guerra de las drogas se verían disminuidos. Estados Unidos nunca levantará la prohibición, la decisión debe partir de todos los países del mundo, deben tomar decisiones pensando en sus habitantes, sus ciudadanos y no en la conveniencia de un país extranjero. Ya Uruguay lo empezó a hacer.

3. La adicción a las sustancias psicoactivas no es una enfermedad:

El frecuente consumo de sustancias psicoactivas fue convertido en enfermedad por un decreto de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos en 1962, a este movimiento y a sus políticas se plegaron los demás países, entre ellos Colombia.

En ese sentido debemos retomar las palabras, los conceptos del psiquiatría norteamericano Tomás Szasz (1993), cuando dice que si le quitamos a las drogas psicoactivas cualquier calificativo, los sujetos decidirían libremente de su consumo y se ahorraría el dinero destinado para la guerra y las muertes que esto ha ocasionado. Pero sobre todo se le

reconocería al ser humano ese libre albedrío para decidir de su vida y de las formas en que decide procurarse el placer usando o no estas sustancias.

4. Función del psicólogo en la recuperación de los adictos a las SPA:

Si entendemos el entorno político y económico en el que vivimos, podemos darnos cuenta que de no ser por la manipulación y manejo que en este sentido se ha hecho de este discurso, esta no sería una labor altamente demandada en este momento. Pero como lo es, por efecto precisamente de esas políticas, se hace de manera concisa una precisión frente a esto.

En la labor de trabajar en pos de la recuperación de los adictos es importante contar con una formación que permita reconocer que el otro es un sujeto del inconsciente, un sujeto que desea, que tiene una estructura psíquica, una historia singular, se desenvuelve en unos contextos particulares y le otorga unos sentidos singulares a las cosas y a su vida.

La escucha es por lo tanto muy importante, se debe garantizar entonces que los espacios estén diseñados de tal forma que sea el sujeto en tratamiento quien dé cuenta con su discurso de lo que le pasa, de las verdades propias que rodean ese acto de consumir y sea él quien elija y decida de su futuro. El psicólogo debe asumir el lugar de facilitador en esos espacios, prestar su oído y su atención flotante para que sus intervenciones le señalen y le devuelvan a ese sujeto la verdad de su discurso. Debe abandonar el lugar de saber en el que se instalan muchos profesionales de la psicología y de otras áreas de la salud y asumir el lugar de supuesto saber permitiendo que circule el discurso del otro.

Las instituciones siempre tendrán un discurso amo que somete al sujeto porque supuestamente saben lo que le pasa, que necesita, para qué lo necesita y cómo lo necesita, este

discurso intenta también apoderarse de la palabra de los profesionales, en este caso de la psicología, someterla a sus designios en aras de lograr un mejor funcionamiento de la organización. No obstante y pese a esto, el lugar del psicólogo es de mediador entre el deseo de la institución y el deseo del sujeto, no para que este plegue su deseo ante ese discurso del amo, sino para abrirle un espacio de escucha, permitirle su decir y posibilitarle su elección. De igual manera debe insistentemente señalar a la Institución sus desaciertos y hacer recomendaciones que vayan en procura del bien de los sujetos que a ella acuden.

ANEXO N° 1

DOCE PASOS HACIA LA **Recaída**

Cada recaída tiene su origen. Conozca los síntomas del peligro

01. Empiece a faltar a las reuniones por cualquier motivo, real o imaginario.
02. Critique los métodos utilizados por otras personas.
03. Dé aliento a la idea de que algún día usted podrá beber nuevamente y convertirse en bebedor controlado.
04. Deje que otros miembros de su grupo hagan la labor del paso doce, ya que usted vive muy ocupado.
05. Adquiera conciencia de su antigüedad, mire a cada recién llegado con escepticismo e ironía.
06. Siéntase tan satisfecho con sus puntos de vista acerca del programa que se considere así mismo como un **ANCIANO ESTADISTA**.
07. Organice dentro de su grupo un **CLAN** de pocos miembros que compartan absoluta y totalmente sus ideas.
08. Dígale en secreto al recién llegado que usted no ha necesitado tomar en serio alguno de los doce pasos.
09. Permita que su mente profundice más y más en la gran ayuda que usted presta a otras personas, y no trate de recordar lo que el programa de A.A. le está ayudando a usted.
10. Descalifique de inmediato a cualquier miembro que haya sufrido una recaída.
11. Cultive el hábito de pedir dinero prestado a sus compañeros y luego aléjese de las reuniones para evitar encuentros desagradables.
12. Convéncase a sí mismo de que el programa de las **24 HORAS**, es vital para los **Nuevos**, pero que usted ya superó esa etapa.

ANEXO N° 1A

MITOS ACERCA DE LA REINCIDENCIA

Aclaremos algunas de las falsas creencias que abundan sobre la reincidencia y que contribuyen a que incurra en ella:

MITO N°. 1:

LA REINCIDENCIA ES SEÑAL DEL FRACASO DE LA RECUPERACION.

Tener una reincidencia no es señal de que usted sea un fracaso ni de que su recuperación haya fallado. Sólo implica que ha cometido un error, pero puede aprender a evitarlo tomando conciencia de él. Tener un desliz puede compararse con caerse al andar sobre hielo. Si usted resbala y se cae una vez, eso no significa que es "irremediablemente torpe" o que está condenado a caerse todo el tiempo; significa que debe tomar más precauciones para poder caminar sobre el hielo,

MITO N°. 2:

LA REINCIDENCIA ES INDICIO DE UNA FALTA DE MOTIVACION.

La tendencia a reincidir es una parte natural de la enfermedad adictiva, e incluso personas que están muy motivadas y desean sinceramente recuperarse pueden tener un tropiezo. Nadie tiene la abstención garantizada de por vida simplemente por haber emprendido su recuperación.

MITO N°. 3:

LA REINCIDENCIA EMPIEZA EN EL INSTANTE EN QUE USTED "RETOMA EL USO"

La reincidencia empieza mucho antes de que usted vuelva a usar la droga. Una reincidencia se inicia cuando usted "almacena" sentimientos mortificantes o niega las circunstancias angustiosas de su vida, cuando reasume el modo de pensar adictivo, deja de tomar medidas para manejar los problemas con eficacia, deja de buscar ayuda, se expone a situaciones de riesgo, y así sucesivamente. Retomar el uso de la droga es de hecho la culminación de la reincidencia, y no su comienzo.

MITO N°. 4:

LA REINCIDENCIA ES IMPREDECIBLE, Y POR LO TANTO INEVITABLE: ATACA SIN PREVIO AVISO.

Puesto que la reincidencia tiene comienzo mucho antes de que usted vuelva a usar la droga, hay muchas señales de aviso y oportunidades de esquivar el proceso antes de que culmine en la reanudación del uso de la droga. Tener una enfermedad adictiva significa que usted no ejerce ningún control sobre su uso de la droga una vez que vuelve a entrar en contacto con ella,

porque se descontrola rápidamente. Pero sí puede controlar la posibilidad de exponerse o no a situaciones que aumenten su vulnerabilidad, y aquí es donde interviene la prevención de la reincidencia.

MITO N.º. 5

LA REINCIDENCIA ATAÑE SOLO A SU DROGA HABITUAL.

El uso de cualquier sustancia, actividad o persona que usted emplee para anestesiar sus sentimientos constituye una reincidencia, haya o no tenido problemas con este elemento particular en el pasado, otros alteradores del estado de ánimo como el juego, el sexo u otras drogas pueden provocarle ansiedades, reducir su resistencia a la droga habitual o convertirse en nuevas adicciones.

MITO. N.º. 6:

UNA REINCIDENCIA CANCELA TODO EL PROCESO REALIZADO HASTA ESE MOMENTO.

Tener una reincidencia no significa que todo el proceso realizado quede perdido. Si usted se mantuvo abstinente durante dos meses, o dos años, seguirá teniendo esa experiencia en materia de recuperación. Estos meses o años no dejan de existir. Un desliz puede ser un retroceso temporal que en definitiva le sirva para tener presente que todavía es vulnerable. Si retoma la abstinencia lo más rápidamente que le sea posible, su recuperación podrá continuar.

MITO. N.º. 7:

SI UNA REINCIDENCIA NO ES EL FIN DE LA RECUPERACION, ENTONCES ESTA BIEN TENER ALGUNA.

Aunque tener una reincidencia no es razón para condenarse a sí mismo, siempre es algo peligroso. La reincidencia es una vuelta a la enagenación y la ingobernabilidad de su adicción, las consecuencias negativas de una reincidencia pueden ser aún más devastadoras que las que lo indujeron inicialmente a dejar la droga. Algunas personas nunca vuelven al camino de la recuperación.

ANEXO N° 2

LAS FASES Y SIGNOS DE ALERTA DE LA **Recaída**

Adaptado de Terence T. Gorksi y Merlene Miller (1984)

La recaída no ocurre cuando el consumidor se toma el primer trago o la primera dosis de cualquier otra droga. La recaída es un proceso que comienza mucho antes de eso.

El proceso de recaída consiste en la evolución de un sentimiento de ansiedad e incomodidad que comienza cuando no se está consumiendo; tal sentimiento se vuelve tan insoportable, que la persona acaba pensando que consumir la droga no puede ser peor que el sufrimiento que le está causando el permanecer abstinente.

El proceso de recaída ha sido identificado como un síndrome, es decir, como una colección de síntomas predecibles los cuales se presentan en una sucesión de 10 fases:

1. **Fase 1. Regreso de la Negación.** Durante esta fase la persona se vuelve incapaz de reconocer honestamente ante sí mismo y ante los demás, lo que está pensando y sintiendo. Los síntomas son:
 - Preocupación exagerada por estar bien: si no es así, surge una ansiedad frente al temor de no ser capaz de mantenerse sobrio o abstinente. Esta se presenta sólo ocasionalmente y durando poco tiempo.
 - Negación de dicha preocupación: para tolerar tales sentimientos incómodos, la persona niega o ignora que se siente mal así como antes negaba que era un adicto. Llega a olvidar los sentimientos cada vez que se han ido y así va "bajando la guardia".
2. **Fase 2. Evitación y Comportamiento Defensivo.** La persona no quiere pensar en nada que le haga volver la sensación de ansiedad. De manera, evitará toda situación o persona que le obligue a mirarse honestamente y se pondrá defensiva cuando sea cuestionada directamente. Los síntomas son:
 - Creencia absoluta de que "yo nunca volveré a consumir": la persona se convence que nunca más volverá a consumir, y a veces hasta se lo dirá a otros; aunque lo más frecuente es que lo piense en secreto por temor a que los demás lo cuestionen. De esta forma, la persona comenzará a sentir que el compromiso y/o el programa de recuperación son innecesarios.

- Preocupación por los otros más que por sí mismo: la persona se vuelve más preocupada por la abstinencia de otros que por su propia recuperación. Puede que no lo diga directamente, pero comenzará a juzgar privadamente el comportamiento riesgoso de sus amigos, de su esposo (a) o de otros compañeros de recuperación.
 - Defensividad: la persona tiende a ser defensiva cuando habla de sus problemas y de su recuperación, incluso cuando no se justifica el defenderse.
 - Comportamiento compulsivo: la persona se vuelve compulsiva, es decir fija o rígida en su manera de pensar y comportarse. Puede ser una tenencia a controlar las conversaciones, ya sea hablando mucho o no hablando. Tenderá a trabajar más de lo que es necesario, se involucrará en muchas actividades y podrá aparecer como "el modelo de recuperado", por su participación intensiva en grupos de apoyo y reuniones de A.A. o N.A.
 - Comportamiento impulsivo: a veces el comportamiento compulsivo será interrumpido por acciones hechas sin pensar o fuera del control de la persona. Esto generalmente ocurrirá en momentos de estrés y en los que la persona tenderá a tomar serias decisiones, en contra de su vida y de su recuperación.
 - Tendencias a la soledad y el aislamiento: la persona comienza a pasar más tiempo sola. Encontrará razones para estar apartada del resto de la gente y poco a poco comenzará a sentirse sola, y en vez de buscar a la gente se volverá más compulsiva e impulsiva.
3. **Fase 3. Construcción de la Crisis.** Durante esta fase, la persona comienza a experimentar una serie de problemas como resultado de su tendencia a negar sus sentimientos, a aislarse y a fallar en su programa de recuperación. Ella tratará de solucionarlos, pero tarde o temprano surgirán nuevos problemas. Los síntomas más comunes serán:
- Visión de Túnel: Consiste en mirar sólo una pequeña parte de la vida y no ser capaz de visualizar la totalidad. La persona mira su vida como compuesta por partes separadas y no relacionadas. Se centra en mirar sólo una parte de las cosas y no mira su relación con las otras. Esto produce el que a veces se crea que todo funciona muy bien y que otras veces, la persona sólo vea lo que anda mal y lo generalice. Los pequeños problemas son magnificados, lo cual hace pensar a la persona que la vida es injusta con ella y que no tiene el poder de hacer nada.
 - Depresión menor: Aparece síntomas de depresión tales como tristeza, vacío de sentimientos, apatía y tendencia a dormir mucho. La persona podrá olvidarse de estos sentimientos ocupándose en otra cosa.
 - Pérdida de la capacidad para planear constructivamente: la persona deja de planear cada día y el futuro. Tiene a confundir el "sólo por hoy" con la idea de que no hay que planear nada. Deja de poner atención a los detalles y sus planes se basan más en sus deseos que en la realidad.

- Planes que comienzan a fallar: por lo que la persona hace planes que no son realistas y no pone adecuada atención a los detalles. Cada falla le crea nuevos problemas, algunos de los cuales son similares a los que tenía cuando consumía. Entonces empezará a sentir culpa y remordimientos como en el pasado.
4. **Fase 4. Inmovilización.** Durante esta fase la persona es totalmente incapaz de iniciar una acción. Sigue viviendo pero es su vida la que la controla, mas que ella la que controla su vida. Los síntomas más comunes son:
- Soñar despierto y pensamiento ideal: se vuelve difícil el concentrarse. El síndrome de "Si sólo..." se vuelve más frecuente en la conversación. La persona comienza a tener fantasías de escapar de todo o ser rescatada por algún evento inesperado.
 - Sentimientos de que Nada puede ser Resuelto: comienza a desarrollarse un sentimiento de derrota. El fracaso puede ser real o imaginario. Las pequeñas fallas son exageradas y magnificadas. La creencia de "He hecho lo mejor que puedo, pero la abstinencia no se está funcionando" comienza a surgir.
 - Deseo Inmaduro de Ser Feliz: se desarrolla un vago deseo de ser feliz o de que todo marche bien, sin que la persona identifique qué es necesario para ello. Se usa el "Pensamiento Mágico": desear que ocurran cosas que mejoren todo, pero sin que la persona haga algo concreto para lograrlo.
5. **Fase 5. Confusión y Hiperreacción.** Durante este período, la persona no puede pensar claramente. Se enfurece consigo misma y con los demás, se vuelve irritable e hiperreacciona ante pequeñas cosas. Síntomas comunes son:
- Periodos de Confusión: se vuelven más frecuentes, duran más y causan más problemas. La persona se siente furiosa consigo misma por su incapacidad para comprender las cosas.
 - Irritación con los Amigos: las relaciones se vuelven tensionantes con amigos, familiares, consejeros y miembros de los grupos de apoyo. La persona se siente amenazada cuando esas personas hablan acerca de los cambios que ven en su comportamiento y en su estado de ánimo. Los conflictos comienza a aumentar a aumentar a pesar de los esfuerzos por evitarlo. La persona comienza a sentirse culpable y arrepentida por su papel en dichos conflictos.
 - Facilidad para Ser Molestada: la persona experimenta episodios de rabia, frustración, resentimiento e irritabilidad sin una razón real. Hiperreacciona ante pequeña cosas con mayor frecuencia. El estrés y la ansiedad aumentan por el temor a que una reacción exagerada resulte en violencia. Los esfuerzos para controlarse a si misma se añaden al estrés y a la tensión.

6. **Fases 6. Depresión.** Durante este periodo la persona se deprime tanto que tiene dificultad para continuar con sus actividades normales. A veces habrá pensamientos de suicidio o de ir a consumir para cortar la depresión. Esta es severa y persistente y no es fácilmente ignorada u ocultable a los demás. Los síntomas más comunes son:
- Hábitos Alimenticios Irregulares: la persona comienza a comer en exceso o a no comer en los horarios regulares y reemplaza su dieta balanceada por "golosinas" o "chucherías".
 - Falta del Deseo para Actuar: hay periodos en los que la persona es incapaz de iniciar o terminar algo. En esos momentos es incapaz de concentrarse, se siente ansiosa, temerosa o incómoda y con frecuencia se siente atrapada y sin salida.
 - Hábitos de Sueño Irregulares: Tiene dificultad para dormir y para descansar cuando duerme. El sueño tiende a presentar sueños extraños y pesadillas. Debido a la fatiga excesiva, la persona puede llegar a dormir entre 12 y 20 horas seguidas cada 6 a 15 días.
 - Perdida de la Rutina Diaria: La persona comienza a desorganizarse en su horario. Algunas veces es incapaz de dormir, por lo que después suele compensar con sueño excesivo. Las comidas diarias son alteradas. Le es difícil cumplir con las citas o planear eventos sociales. Se siente acelerada y sobrecargada en unos momentos, mientras que en otros siente que no hay nada que hacer. Es incapaz de llevar a cabo planes o decisiones y experimenta tensión, frustración, miedo o ansiedad que le inmovilizan frente a sus deberes.
 - Periodos de Depresión Profunda: la persona se siente deprimida más a menudo. La depresión se vuelve peor e interfiere con su vida. Es notada por los demás y no se puede ocultar con facilidad. Se hace más profunda en momentos en que la persona esta ociosa, y empeora con la fatiga, el hambre y la soledad. Cuando la persona se deprime, se separa de los demás, se vuelve irritable y malgeniada con la gente y con frecuencia se queja de que no la entienden o que nadie entiende las cosas por las que está pasando.
7. **Fase 7. Pérdida del Control Conducta.** Durante esta fase la persona se vuelve incapaz de controlar o regular su comportamiento siguiendo un horario diario. Hay aún una gran negación e inconsciencia con respecto a su falta de control. Su vida se vuelve caótico y surgen muchos problemas. Los síntomas más comunes son:
- Asistencia irregular a las Reuniones de A.A. y del Tratamiento: la persona deja de asistir regularmente y comienza a fallar a las sesiones. Encuentra excusas para justificarse y no reconoce la importancia de su tratamiento. Desarrolla una actitud de "A.A. y la consejería no me han hecho sentir mejor, luego por que he de darles prioridad número uno?". Otras cosas comienzan a ser más importantes.

- Rechazo Abierto de la Ayuda: la persona se aparta de personas que le pueden ayudar. Lo hace a través de comportamientos que espantan a los demás tales como rabia, crítica destructiva de la otra gente o aislamiento silencioso.
 - Insatisfacción con la Vida: las cosas parecen ir tan mal que la persona comienza a pensar que más le valdría consumir, ya que las cosas no podrían ir peor. La vida se ha vuelto inmanejable desde que ella dejó de consumir.
 - Sentimientos de Importancia y Desesperanza: la persona desarrolla dificultad para involucrarse en las actividades; tiene problemas para pensar claramente, concentrarse y pensar en abstracto. Siente que es incapaz y que no tiene ninguna salida.
8. **Fase 8. Reconocimiento de la Pérdida del Control.** La negación se rompe y la persona reconoce repentinamente que tiene problemas severos, que la vida se ha vuelto inmanejable y que tiene muy poco poder y control para solucionar sus problemas. Esta conciencia es extremadamente dolorosa y atemorizante. La persona se ha aislado ya demasiado y le queda muy difícil pedir ayuda. Los síntomas más comunes son:
- Autocompasión: la persona comienza a sentir lástima por sí misma y con frecuencia utiliza la autocompasión para atraer la atención de miembros de los grupos de apoyo o de familiares.
 - Ideas de Consumo Social: la persona reconoce que beber alcohol o consumir drogas le ayudara a sentirse mejor y desarrolla la esperanza de poder consumir controladamente. Algunas veces estos sentimientos serán tan fuertes que la persona no se los podrá sacar de la mente. Comienza a pensar que consumir es la única alternativa aparte de volverse loca o suicidarse.
 - Mentir Concientemente: la persona comienza a reconocer que está diciendo muchas mentiras y negando cosas, pero le será imposible detenerse.
 - Pérdida Completa de la Autoconfianza: la persona se siente atrapada y desbordada por su inhabilidad para pensar claramente y actuar. Este sentimiento de importancia le hará pensar que es alguien inútil e incompetente. Como resultado, se da la creencia de que la vida es inmanejable.
9. **Fase 9. Reducción de Opciones.** Durante esta fase la persona se siente atrapada por el dolor y la inhabilidad para manejar su vida. Parecen haber sólo tres salidas: locura, suicidio o consumo de drogas. La persona deja de pensar que hay alguien que realmente la pueda ayudar. Los síntomas más comunes son:
- Resentimiento Irracional: la persona se siente furiosa por no poder comportarse como desea. Algunas veces sentirá rabia contra el mundo en general, y otras contra alguien en particular o contra el mismo.

- Interrupción Total del Tratamiento y de los Grupos de Apoyo: deja de asistir definitivamente a las actividades. La persona deja el tratamiento e incluso puede generar un conflicto severo en la relación con la persona que le esté ayudando y acompañando en el tratamiento.
 - Soledad Inmensa, Frustración, Rabia y Tensión: la persona se siente completamente desbordada. Cree que no hay otra salida que el consumo, el suicidio o la locura. Hay sentimientos intensos de locura y de desesperación.
10. **Fase 10. Episodio Agudo de Recaída.** Durante esta fase la persona se vuelve totalmente incapaz de funcionar normalmente. Probablemente volverá a consumir. Los síntomas más comunes son:
- Pérdida del Control de la Conducta: experimenta mayor dificultad para controlar sus pensamientos, emociones, juicios y comportamientos. Esto le va causando problemas progresivos en todas las áreas de su vida. Comienza a afectarle la salud y el bienestar. No importa que tanto trate, no puede ganar el control de nuevo.
 - Episodio Agudo de Recaída: la persona experimenta periodos en los que el totalmente incapaz de funcionar normalmente. Estos periodos se vuelven más frecuentes, duran más y comienza a generarle problemas. El ciclo de la recaída termina con una crisis seria que le causa a la persona una desadaptación total, debido a una o más de las siguientes causas:
 - a. Degeneración en todas las áreas de la vida.
 - b. Consumo de alcohol y/o drogas.
 - c. Colapso emocional.
 - d. Fatiga física.
 - e. Enfermedades relacionadas con el estrés.
 - f. Enfermedad Psiquiátrica.
 - g. Suicidio.
 - h. Propensión a los accidentes.
 - i. Disrupción de las estructuras sociales.

ANEXO 2 A

ANSIEDADES

Las ansiedades de volver a consumir la droga son inevitables y tienden a ser más fuertes que nunca durante la primera etapa de la abstinencia. Las provocan ciertas personas, lugares, objetos, sentimientos y situaciones previamente asociadas con su adicción: cualquier cosa que se la recuerde.

Los adictos suelen creer erróneamente, en especial durante los primeros tiempos de la abstinencia, que tener ansiedades significa que la recuperación no les está dando resultado, que ellos son "**CASOS PERDIDOS**". O bien creen que una vez se sientan la ansiedad, ésta no hará sino intensificarse hasta que se reincidan y reincidan. Si usted cree que lo que le espera es sólo una batalla constante y ardua como ésta, se desalentará y hasta querrá renunciar a recuperarse.

Por eso es tan importante que prevea sentir ansiedades, que se informe al respecto y se prepare de antemano para afrontarlas sin correr riesgo. Los siguientes son algunos puntos clave a tener en cuenta:

- Las ansiedades pueden surgir, y de hecho surgen, durante la recuperación. Son el resultado natural de la adicción y por lo general continúa durante mucho tiempo después de haber dejado de usar el alterador del estado de ánimo.
- Usted no es responsable de tener ansiedades puesto que éstas son un síntoma de la enfermedad adictiva, pero **sí** es responsable del modo en que reacciona a ellas.
- Las ansiedades **siempre**, son temporales. Se le pasaran solas si la sobrelleva sin reincidir.
- Las ansiedades no **tienen** que conducir necesariamente al uso del alterador del estado de ánimo. Usted puede aprender a cambiar su antigua manera de reaccionar frente a ellas.
- La fuerza de voluntad es un medio de defensa poco satisfactorio frente a las ansiedades, es mejor que se aparte inmediatamente de las circunstancias que las provocaron y se ponga en contacto con su sistema de apoyo.

- Los factores desencadenantes de la reincidencia puede conservar su fuerza aun después de varios años de abstinencia, de manera que permanezca alerta ante la posibilidad de sentir ansiedades y no se confíe demasiado.
- Cada vez que la ansiedad es seguida por el uso del alterador del estado de ánimo, aumenta la probabilidad de tener futuras ansiedades, y aún más intensas. Si usted puede reaccionar en forma segura a sus ansiedades, sin reincidir, éstas disminuirán su frecuencia e intensidad con el tiempo.

CONDICIONAMIENTO

Como consecuencia de haber incurrido en su actividad adictiva cientos, si no miles, de veces, su conducta adictiva ha pasado a estar ahora acoplada o asociada con muchas personas, lugares y objetos diferentes de su medio, así como ciertos sentimientos y estados internos. Estos estímulos se denominan "**incentivos**" o "**desencadenantes**", porque desencadenan el deseo de volver a usar el alterador del estado de ánimo.

Algunas veces el desencadenante no provoca una recaída en forma inmediata, sino que socava la determinación de la persona y aumenta las probabilidades de que reincida poco después. Barry, un gastador incontrolado, decidió conservar una de sus tarjetas de crédito en la billetera "**por si acaso**". Las primeras dos veces que tuvo ganas de gastar dinero, pudo resistirlas, aunque siempre pensaba en hacerlo. La tercera vez, se rindió y cargó en su tarjeta varios cientos de dólares por la compra de artículos que no necesitaba

El condicionamiento es un proceso en tres etapas, que comienza con un **incentivo**, conduce a una **conducta** y tiene como resultado un **efecto**. Si el efecto es el deseado, el condicionamiento se refuerza. Por ejemplo, si una persona se siente aburrída, sale a comprarse un vestido nuevo, y se pone de buen humor, el incentivo (el aburrimiento), la conducta (la compra) y el efecto (el buen humor) quedan condicionados juntos. Cada vez que una ansiedad es seguida por el uso del alterador del estado de ánimo,

Oste es reforzado y las posteriores ansiedades se hacen más fuertes y persistentes. El proceso de condicionamiento, por lo tanto, se perpetúa a sí mismo.

Ciertos factores adicionales pueden pasar a formar parte de esta cadena, por el solo hecho de ocurrir "**en el mismo escenario**". Por ejemplo, si sus compras incontroladas tienen lugar en el centro comercial puede convertirse en un incentivo.

El transcurso del tiempo, por sí solo, no basta para que desaparezcan las ansiedades; el único modo de hacerlas desaparecer es dejar de reforzarlas reincidiendo en la adicción. Usted puede estar en un proceso de recuperación durante los próximos diez años, y sigue incurriendo en su adicción - incluso de tanto en tanto - continuará reforzando el condicionamiento, por lo que

seguirá sintiendo intensas ansiedades. Tener ansiedades y no reincidir debilita y con el tiempo extingue, los incentivos. Este proceso se denomina "**descondicionamiento**" o "**extinción**".

En estas primeras semanas, usted necesita empezar a desacondicionarse procurando hacer dos cosas: advertir los incentivos que hay en su vida y evitarlos, y elaborar un plan de acción para afrontar sus ansiedades.

Al comienzo de la abstinencia, tal vez le resulte difícil identificar por sí solo qué situaciones constituyen un riesgo para usted. A continuación le presentamos una lista de algunos de los desencadenantes más frecuentes para todo el que esté en la primera etapa de la abstinencia:

- Estar en presencia de su droga.
- Ver personas o cosas asociadas con su droga (un jugador adictivo reincidió en el juego al ver una limousine que le recordó la que solía alquilar para ir a jugar a Atlantic City).
- Lugares en los que se drogaba (un cocainómano en recuperación comprobó que debía tomar otro camino para volver a su casa del trabajo con el fin de no tener que pasar por el club en el que acostumbraba drogarse).
- Estados de ánimo positivos (cuando se siente bien, tendrá a experimentar una falsa sensación de seguridad en cuanto a su recuperación y a no recurrir a sus sistema de apoyo, en la creencia de que ya no lo necesita más).
- Estados físicos vulnerables (estar agotado, físicamente enfermo, con hambre o con algún dolor puede tener el efecto de reducir su capacidad de tolerancia y aumentar su vulnerabilidad a ceder a las ansiedades).
- Recuerdos (si hay alguna canción en particular, por ejemplo, que usted asocie con la actividad de drogas, la misma será un incentivo).
- Sonidos y olores (un cocainómano en recuperación tenía ansiedades al sentir olor a amoníaco - sustancia que usaba para preparar la cocaína; el sonido que se produce al abrir una lata de cerveza puede despertarle ansiedades).
- Ver a otras personas que hacen uso de la droga (ya sea en persona o en anuncios publicitarios, las imágenes de otras personas usando su droga pueden funcionar como incentivos).
- Contar de pronto con mucho dinero (esto se aplica a la droga, el alcohol, el juego y algunas adicciones al sexo y a la comida en particular).

Exponerse deliberadamente a los desencadenantes adictivos con la intención de desensibilizarse es contraproducente. La batalla de la fuerza de voluntad está condenada a la derrota. "No sea fuerte, sea inteligente" es un buen consejo, pues cuanto mayor distancia ponga entre usted y su droga, más probabilidades tendrá de mantenerse abstinentes. Pensar que puede soportar situaciones de alto riesgo sin ceder a la tentación es sintomático de la negación de su vulnerabilidad a reincidir.

No hay manera de prever todos los incentivos que podrían desencadenar ansiedades. Usted puede no tener conciencia de que ciertos incentivos tendrán ese efecto. El condicionamiento puede estar muchas veces por debajo del nivel consciente. Jason un cocainómano en proceso de recuperación, dio todos los pasos indicados: se liberó de su provisión de droga, tiró todos los utensilios para su uso, rompió relaciones con otros usuarios y hasta se mudó del barrio en el que se drogaba. Pero un día experimentó una intensa ansiedad de cocaína mientras pasaba en su coche por la salida de la carretera que llevaba a la casa de su traficante. Ese fue un incentivo que no había previsto.

Las ansiedades más dificultosas de controlar suelen ser las inesperadas, inducidas por algo o alguien con que usted tropieza accidentalmente. Pero si ha planeado de antemano cómo tratar sus ansiedades y cuenta con un buen **"plan de acción"**, tendrá menos probabilidades de ceder a ellas.

EL PLAN DE ACCION

El objetivo a lograr, cuando lo acomete una ansiedad, es sobrellevarla e impedir que lo conduzca a una reincidencia. El plan de acción que usted elabore para combatir las ansiedades debería incluir las siguientes medidas:

01. **Aléjese** de la situación en la que está experimentando la ansiedad. Apártese de la persona, lugar o cosa que le está provocando
02. **Póngase de inmediato en contacto con un miembro de su red de apoyo.** Alguien que comprende la adicción puede hablar con usted hasta que se le pase la ansiedad. (Siempre lleve encima los números de teléfono necesarios).
03. **Despéguese mentalmente** del impulso y trate de contemplarlo como si usted fuera un observador imparcial. Observe la ansiedad desde la perspectiva de **"!Que interesante!"**, en lugar de **"Me va a atrapar"**.

Cecilia, una alcohólica y fumadora adictiva de marihuana que está en vías de recuperarse, nos da este ejemplo :

Todavía siento ansiedades, pero ya no tan fuertes. Ahora, cuando me vienen trato de despegarme de ellas y observar que me está sucediendo en ese momento. Me digo: **"bueno, estoy sintiendo una ansiedad. Probablemente se relacione con algún sentimiento; ¿ de qué sentimiento se trata ?"** Una vez que detecto ese sentimiento, no tengo que hacer nada al respecto. Ya no me incita tanto.

04. **Planeé** lo que hará en las próximas horas. Cómo pasará el tiempo?: A dónde irá?: Con quién?
05. **Asista a un encuentro de autoayuda**, el es posible, o lea alguna bibliografía sobre la recuperación. Como alternativa, ocúpese en algo que lo distraiga del impulso, como hacer gimnasia o ir al cine, preferiblemente con algún integrante de su equipo de apoyo.
06. **Piense más allá del efecto inmediato de la droga**, en lo que le espera después, si cede y la usa. Concéntrese en un recuerdo negativo o desagradable de su consumo de la droga, en lugar de evocar los más placenteros. No idealice el efecto inmediato de la droga.
07. **Anótelos por escrito**. Puede ser útil llevar una libreta y anotar la fecha y las circunstancias de cualquier ansiedad que lo acometa y lo que usted hizo para sobrellevarla. Luego puede repasar cada situación junto con un miembro de su red de apoyo. Esta técnica lo ayudará a perfeccionar su auto observación, una herramienta muy importante para su recuperación.
08. **Haga ejercicios de relajación**. Las ansiedades suelen tener un componente físico, como tensión muscular, aceleración del pulso, sequedad de boca y sudor. Según de qué adicción se trate, usted hasta puede sentir nudos en el estomago; un cocainómano suele experimentar una sensación de tensión en la nariz y en la garganta. La relajación del cuerpo puede aliviar estos síntomas.... y darle algo que hacer mientras se le pasa la situación.
09. **Visualícese a usted mismo sobrellevando con éxito su ansiedad**. Lo mejor es hacer esto con un miembro de su equipo de apoyo. Por si usted necesita hablar al respecto después.

Tomado del Texto

Querer no es poder

ARNOLD M. WASHOTN - DONNA BOUNDY

ANEXO N°3

DATOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA

- 01- La adicción es una enfermedad. Se la puede describir, tiene síntomas específicos, es crónica y progresiva.
- 02- Sus principales síntomas son: a) Ansiedades y actos incontrolados por el alterador del estado de ánimo. b) Pérdida de control sobre su uso, c) persistencia en el uso, pese a sus consecuencias adversas, y d) negación del problema.
- 03- La adicción no es resultado de una debilidad moral o una falta de fuerza de voluntad.
- 04- Como la adicción es una enfermedad, emplear argumentos razonables o lógicos frente a la persona adicta casi nunca sirve para convencerla de que deje la droga.
- 05- El adicto es incapaz de controlar la enfermedad. Por consiguiente, no es cierto que "podría dejar la droga si realmente lo quisiera". Creer esto es como creer que una persona podría dejar de tener cardiopatía o diabetes "si se lo propusiera".
- 06- La adicción afecta al usuario física y psicológicamente y en su conducta (pérdida de energía, cambio de humor, pérdida de autoestima, alteración de los valores). Estos afectos deben ser contemplados como parte del proceso de la enfermedad.
- 07- El adicto no es responsable de tener la enfermedad adictiva, pero es responsable de su conducta y su recuperación.
- 08- La enfermedad de la adicción es como una alegría no tratada. Estará siempre latente y la exposición al "alergeno" producirá una reacción predecible.
- 09- La adicción dura toda la vida. Pero puede ser frenada, en tanto el adicto a abstenga de todo alterador del estado de ánimo.
- 10- La recuperación es posible, por lo tanto, con la abstinencia y un cambio de actitud, de estilo de vida y de conducta.

ANEXO N° 3A

Guía de comportamiento para la familia del adicto

- **RECUERDE** que el alcoholismo y/o la drogadicción es una enfermedad. No una desgracia.
- **NO SE CULPE** usted no la causo. No la puede controlar y no la puede curar.
- **PERMITA** que el adicto sienta y sufra las consecuencias de sus acciones. No trate de inventar excusas para justificar su comportamiento cuando esté bajo la influencia del alcohol o las drogas.
- **NO NIEGUE** más el problema. Si usted lo acepta, puede empezar a enfrentarlo de una forma más realista.
- **NO JUEGUE** los roles de mártir, salvador, víctima o villano. No proteja más al familiar adicto. Lo único que consigue con esto es que la persona siga consumiendo.
- **NO SE ENTROMETA** tanto en la vida del adicto, deje de regañarlo, deje de quejarse, deje de sermonearlo. Lo único que logra con esto es que el adicto tenga otra excusa para seguir consumiendo.
- **NO LE AMENACE** continuamente, sin cumplir las amenazas.
- **NO TRATE** al adicto como si fuera una persona mala, el está enfermo. No es un degenerado. Su comportamiento extraño, inclusive sus mentiras, son el resultado de su enfermedad, no es que él tenga nada en contra suya.
- **VIVA** su vida y preocúpese por usted. No se dedique tanto ni se meta tanto en la vida del adicto ni en su comportamiento.
- **NO SE DEJE** atrapar por las constantes crisis del adicto. Simplemente demuéstrelle que usted lo ama
- **MANTÉNGASE** alejado de la enfermedad, pero no de la persona adicta.
- **OFRÉZCALE** su apoyo, comprensión y ánimo durante su proceso de recuperación. Pero trate de no forjarse demasiadas ilusiones.
- **APRENDA** todo lo que pueda sobre el tema.

ANEXO N° 3B**INVENTARIO DE PRINCIPIANTES DE LA RECAIDA****Introducción:**

A continuación encontrará situaciones que a algunas personas las han puesto en peligro de recaer. Cuáles de ellas son peligrosas para una recaída suya?. Hay cuatro casillas correspondientes a "Muy peligroso", "Peligroso", "Poco peligroso" y "Nada peligroso". Por favor marque la casilla que mejor indica su peligro de recaída frente a cada una de las situaciones descritas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente es importante saber lo que usted piensa.

1. Cuando paso por en frente de una licorera o de una olla.
2. Cuando estoy con otra gente que bebe o consume drogas.
3. Cuando siento que a nadie le importa realmente lo que a mi me pase.³
4. Cuando se siento tenso (a).
5. Cuando tengo que reunirme con otra gente.
6. Cuando comienzo a pensar que un solo trago o que un "pasesito" no me haría ningún daño.
7. Cuando me siento deprimido (a).
8. Cuando tengo problemas en el trabajo o en el estudio.
9. Cuando soy castigado (a) o reprendido (a) por algo injusto.
10. Cuando siento miedo.
11. Cuando hay días festivos.
12. Cuando me siento feliz por todo.
13. Cuando no tengo dinero.
14. Cuando recuerdo los viejos tiempos en los que podía consumir.
15. Cuando hay discusiones y peleas en mi familia.
16. Cuando me siento lleno (a) de resentimientos.
17. Cuando se siento irritable.
18. Cuando voy a fiestas.
19. Cuando empiezo a pensar que realmente no tengo problemas con el alcohol o las personas.
20. Cuando me siento lleno (a) de furia.
21. Cuando hay ocasiones especiales como cumpleaños, Navidad, Año Nuevo, etc.

22. Cuando empiezo a sentirme frustrado (a) y harto (a) con mi vida.
23. Cuando siento cansancio.
24. Cuando me disgusta por ver que otra gente me deja solo (a) o me hace a un lado.
25. Cuando me he tomado un primer trago o me he dado un "pase".

ANEXO N° 3C

CADENA DE LA REINCIDENCIA

El hecho de que usted pueda estar encaminándose a toda velocidad hacia la reincidencia mucho antes de que llegue a retomar el uso de la droga tal vez le parezca atemorizador, pero en realidad es muy alentador pues le da tiempo para reconocer las señales de aviso y obrar en consecuencia. Estas señales no son sólo ciertos estados emocionales y físicos peligrosos, como depresión, enojo, tedio, soledad y fatiga. Sino también la reanudación de viejas conductas y modos de pensar.

Hay muchas "**minidecisiones**" menores, aparentemente poco importantes, que va tomando la persona reincidente mucho antes de llegar a caer de nuevo en el uso de su alterador del estado de ánimo; el alcohólico por ejemplo que puede decidir que está bien beber una cerveza sin alcohol. El adicto a la cocaína podría reanudar el contacto con un anterior compañero drogadicto.

Cualquiera de estos actos puede no ser tan malo, en sí mismo, pero si el adicto no habla de ello con nadie, con el tiempo una minidecisión conduce a otra, y luego a otra más. A su debido tiempo, las minidecisiones se suman y la tentación de usar el alterador del estado de ánimo se vuelve demasiado fuerte como para poder resistirla.

El proceso de la reincidencia, por lo tanto, se debe concebir como una cadena formada por este tipo de decisiones - tomadas durante un período de días, semanas, meses o aun años - que se suman para entorpecer la recuperación. Es difícil decir con exactitud dónde comienza la reincidencia, pero el proceso podría ser algo similar a esto:

01- ACUMULACION DE ESTRÉS

Ciertos acontecimientos y circunstancias negativos o positivos (presiones en el trabajo, disputas conyugales, separación o divorcio., cambios de profesión, problemas económicos, problemas parentales, sentimientos o recuerdos dolorosos que emergen porque usted ya no está anestesiado) provocar una acumulación de estrés.

02- HIPERREACCION EMOCIONAL

Como el adicto todavía conserva muchas de las creencias adictivas que lo hicieron vulnerable a los estados de ánimo negativos en primer lugar, tiende a hiperreaccionar emocionalmente ante estos acontecimientos y circunstancias. Los sentimientos que le provocan - temor a ser

abandonado, miedo a la actuación inadecuada, enojo, furia, soledad - pueden regularse agobiantes.

03- NEGACION

Al igual que durante la etapa activa de su adicción, el adicto ansía un alivio para esos sentimientos. Sí todavía no sabe cómo conseguir el apoyo de otras personas, tal vez empiece a "cerrarse" emocionalmente. Tendrá miedo a admitir los problemas que está teniendo porque teme que si los revela perderá la aprobación o el afecto de los demás. De manera que niega - y hasta se niega a sí mismo - que exista algún problema, y presenta la fachada de que todo marcha perfectamente.

04- FALLOS EN LA OBTENCION DE APOYO

Tener sentimientos negativos (sentirse confuso, ambivalente, desafiante, o lo que sea) y al mismo tiempo presentar una imagen positiva ante los demás es muy angustioso, por lo que el adicto empieza a faltar a los encuentros de autoayuda y dejar de hablar de sí mismo. Su silencio o su ausencia le transmiten un panorama incompleto o inexacto a los demás. El adicto no obtiene la ayuda que necesita para enfrentar las tensiones y manejar los sentimientos que lo abruma. Es muy posible que comience a experimentar fuertes ansiedades a esta altura.

05- PEQUEÑAS MENTIRAS

En este momento, el adicto comienza a decirse "**pequeñas mentiras**", a sí mismo y a los demás. Se pone excusas para no asistir a los encuentros o a las sesiones de consulta, o para exponerse a situaciones de riesgo. Ahora trata de que la gente "**lo deje tranquilo**". Dado que la sinceridad es esencial para la recuperación, el adicto está en camino hacia la reincidencia.... a menos que pueda frenarla.

06- CRECIENTE AISLAMIENTO

Como no es sincero, el adicto tiende a evitar cada vez más el contacto con otras personas. En consecuencia se aísla cada vez más. A medida que se reactivan sus profundos sentimientos de culpa, vergüenza, aislamiento y soledad, tal vez empiece a pensar en ponerse en contacto con alguien vinculado con su adicción, como otro usuario, o algún traficante.

07- AGRAVAMIENTO DE LOS PROBLEMAS

Los problemas originales se agravan porque el adicto los está eludiendo, se crean nuevos problemas. Por ejemplo, si un motivo de estrés es que está atrasado en el pago de sus deudas, y en lugar de obtener ayuda para tratar con sus acreedores los elude y bloquea el problema, la situación puede agravarse al punto de que estará recibiendo no sólo cartas de las agencias de cobros sino también citaciones judiciales.

08- VUELTA A LA DESESPERANZA

El adicto se siente totalmente incapaz de hacer nada acerca de la situación y otra vez experimenta la desesperanza que creía haber dejado atrás. Lo invade la lástima por sí mismo. Cada vez con mayor frecuencia, le cruzan por la mente recuerdos positivos de los "**buenos tiempos**" pasados con su alterador del estado de ánimo. A estas alturas, ya ha dejado de ir a los encuentros o las sesiones de consulta, o bien asiste esporádicamente. La idea de volver a usar el alterador del estado de ánimo le resulta ahora más atractiva que tiempo atrás y le parece totalmente justificada.

09- AUTOSABOTAJE

Cada vez con mayor frecuencia el adicto "se encuentra" en situaciones de alto riesgo. Piensa a menudo en conseguir y usar la droga otra vez, pero aún se resiste. Tal vez comience a recurrir a otros alteradores del estado de ánimo, diciéndose que con éstos no tiene ningún problema. A medida que pierde control sobre su vida, se aísla y se distancia de su sistema de apoyo cada vez más.

10- USO

El adicto experimenta ansiedades e impulsos irresistibles que lo llevan a conseguir o a tener acceso a su droga. La usa diciéndose que "es sólo por esta vez". La cadena de la reincidencia está casi completa, aunque el adicto aún podría interrumpirla.... si supiera cómo hacerlo.

11- REACCION DERROTISTA

Inmediatamente después de usar la droga, al adicto lo acometen intensos sentimientos de fracaso, culpa, desaliento o frustración, que refuerzan aún más el ciclo de la reincidencia. Se dice a sí mismo: "**Ya lo he echado a perder, así que igual que siga usando la droga**".

12- REINCIDENCIA TOTAL

Al sentirse irremediamente fracasado, el adicto tienen ansiedades casi irresistibles de usar una y otra vez su alterador del estado de ánimo. Cómo expresó un comilón incontrolado en vías de recuperación: Empecé con "**sólo un bocado extra**" fuera de mi plan de comidas, y terminé con la desesperación de darme cuenta de que lo había vuelto a hacer. Y entonces no pude detenerme.

ANEXO N° 4

Entrevista a un residente egresado de una C.T del Perú, que ingresó a la Esperanza después de hacer el proceso. Describe el tratamiento de la comunidad del Perú. Es interesante para confirmar la universalidad del modelo heredado de Synanon y de Daytp Village.

“Estuve en un centro de rehabilitación, Paz y Bien, En Perú entre 1989 y 1991. El programa constaba de cuatro partes:

1. Formación: Duraba tres meses. Era la etapa de desintoxicación, nos daban mal trato físico, como de milicia, nos tiraban saliva, nos daban bofetadas, entre otras cosas. Recibíamos visitas cada mes.
2. Precomunidad: Duraba tres meses. Hacíamos lecturas, trabajábamos los doce pasos de A.A y en terapias ocupacionales, como trapear los corredores y cuando terminábamos los líderes lo llenaban nuevamente de basura. Cada mes teníamos visita y disfrutábamos de algunos ratos para hacer lo que nos gustaba, deporte, ver tv, etc.
3. Comunidad: Duraba cinco meses. “No sabía lo que se venía” Estábamos aislados, sin visitas, en otra ciudad, íbamos a misa cada quince días. Se trataba de romper los esquemas de la droga. Dormíamos tres días y luego nos llamaban a estar despiertos otros tres días y en actividades cada vez diferentes. Leíamos literatura sobre el consumo, la recaída, la aceptación, el trabajo en grupo, etc.
4. Revanchismo: “Ya uno era libre” Hacía lo que uno quería y recibía a los que ingresaban y el que estaba de acuerdo con el tratamiento lo repetía con los últimos que llegaban.

Recaída: Regresaban a tres meses de formación y luego nuevamente al revanchismo. Cuando alguien recaía, lo capturaba “el grupo de captura”. Conocían de la recaída por la familia y los que no tenían familia por los amigos que los llevaban de regreso al hogar. Cuando llegué a Colombia tenía la mentalidad de poner un programa.

Referencias bibliográficas

- Anzieu, D. (1982). *El análisis transicional: método para la formación individual y del grupo en un mundo en crisis* en “Desarrollos en Psicoterapia de Grupo y Psicodrama”. Barcelona, España: Editorial Gedisa
- Barrientos, J.P. (14 de octubre de 2013). Entrevista. Colombia es el único país del mundo que usa glifosato. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com> › Noticias › Nacional.
- Bassin, Alexander. *El Milagro de la Comunidad Terapéutica: del nacimiento a la locura, del parto a la recuperación total*. Documento de Daytpo Village. Fotocopia (s/f)
- Biografía Simmel Ernest. (s/f). Diccionario de psicoanálisis. www.tuanalista.com Recuperado de [www.tuanalista.com/.../Simmel-Ernst-\(1882-1947\)-Psiquiatra-y-blogcrowdsforum](http://www.tuanalista.com/.../Simmel-Ernst-(1882-1947)-Psiquiatra-y-blogcrowdsforum). (s/f)
- http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Drogas.asp?id=13&dir=Portada_Drogas
- Caballero, A. (11 de junio de 2011). La droga otra vez. *Semana digital*. Recuperado <http://www.semana.com> › Opinión.
- Comas A., D. (2005). *Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid, Fundación Atenea.
- Comunidad Terapéutica El Shaddai. (s/f) *Hablando con los Padres. Vol. 1*.
- Comunidad Terapéutica El Shaddai. (s/f). *La Comunidad Terapéutica. Documento*.
- Corominas, Joan. (1954). *Diccionario Crítico Etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid, España: Editorial Gredos. S.A.
- Canal Caracol. (15 de mayo de 2015). *Quince menores de edad intentaron fugarse de reformatorio*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/quince-menores-de-edad-intentaron-fugarse-de-reformator-video-560734>.
- Casares, Julio. (1958). *Diccionario Ideológico de la Lengua Española de la Real Academia Española*. Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili. S.A.
- Cotecol.org. (s/f). Recuperado de <http://www.cotecol.org/quienesomos.php>
- Crea. Comunidad Terapéutica de Barranquilla. (1986). Documento sobre el tratamiento.

Del Olmo, R. (1985). *La socio política de las drogas*. Universidad Central de Venezuela. Facultad de ciencias Económicas y sociales. Caracas, Venezuela: División de publicaciones.

Del Olmo, R. (1987). *La Cara Oculta de las Drogas*. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Caracas, Venezuela: División de Publicaciones.

Descubierto un fumadero de marihuana. (23 de enero de 1957). *El Colombiano* de Medellín.

Diccionario RAE, de la Lengua Española (2005). *Espasa*. Recuperado de www.wordreference.com/definicion/

Documento de Alcohólicos Anónimos. (s/f)

Documentos de la Confederación del Proyecto Hombre. (s/f)

Documentos de Narcóticos Anónimos. (s/f)

Drogas y democracia. (s/f). *Reformas a las leyes de drogas en américa Latina*. Recuperado de <http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/.../colombia/.../245-colombi...>

Equipo Nizkor y Derechos Human Rights. (2001). *Narcotráfico y política*. Editado electrónicamente el 05 junio de 2001. Recuperado de <http://www.derechos.org/nizkor/colombia>

Escohotado, A. (1995). *Para una fenomenología de las drogas*. Madrid, España: Editorial Anagrama.

Escohotado, A. (1992). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona, España: editorial Anagrama.

Escohotado, A. (1996a). *Historia Elemental de las Drogas*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

Escohotado, A. (1996b). *Historia de las Drogas, 1*. Barcelona, España: Alianza Editorial.

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1975). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, España: Toray - Masson. S.A.

Farc se comprometen a romper cualquier relación con el narcotráfico. (16 de mayo de 2014) *El tiempo*. Recuperado en <http://www.eltiempo.com/politica/farc-y-gobierno...la-habana/13997275>.

- Freud, S. (1980). "*Obras completas*" *Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1980). "*Obras completas*" *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914])*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1980) *Obras Completas. Volumen XIII. Tótem y Tabú y otras obras (1913 – 1914)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1980) *Obras Completas. Volumen XXI. El Malestar en la Cultura y otras obras*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores,
- Freud, S. (1980) *Obras completas. Volumen VII. Fragmentos de análisis de un caso de Histeria. Caso Dora (1905)* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores,
- Foulkes, S. H. y Anthony, E.J. (1964). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Fundación Comunidad Terapéutica Hogares Claret. (s/f) *Surgimiento y Desarrollo de las Comunidades Terapéuticas*. Documento fotocopiado. Medellín, Colombia.
- Fundación Comunidad Terapéutica Hogares Claret. (s/f). *Documentos guía para el tratamiento*. Medellín, Colombia.
- Fundación Comunidad Terapéutica Hogares Claret. (s/f). *Documento La Reinserción Social*.
- Fundación Hogares Claret. Comunidad Terapéutica. (s/f).
www.fundacionhogaresclaret.org/
- García, Jorge. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid, España: Tecnipublicaciones S.A Fernando VI.
- García, A. (1994). *Modalidades de Intervención Terapéutica en Farmacodependencia. Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo*. Medellín, Colombia: Hospital San Vicente de Paul. Departamento de Toxicología.
- García, P. y Gross, R. (1985). *El Pequeño Larousse*. Barcelona, España: Ediciones Larousse.
- Gómez, R.I. [pdf] (s.f). *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones*. Recuperado de http://www.centrelondres94.com/.../PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPI
- González P, Augusto. (3ª ed.) (1977). *Farmacodependencia. Fundamentos de medicina: psiquiatría*. Medellín, Colombia: Rojo.

- González E, Germán. (1998). *Desarrollo y Valoración de una Metodología de Evaluación de Tratamientos de Farmacodependientes al Alcohol, el Bazuco, la Cocaína o la Marihuana*. Medellín, Colombia: Nueva Era.
- Goti, M. E. (1990). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Goti, M. E. (Julio de 2003). *La Comunidad Terapéutica (breve repaso de su historia y algunas definiciones del modelo*. Recuperado en <http://www.lasdrogas.info/opiniones/121>
- Goti, M. E. (Febrero de 2011). *Origen e Historia de la Comunidad Terapéutica*. Página en Facebook de Fundación Sembrando Esperanza. Cali, Colombia.
- Hoyos J., L. E. (1995). Dos temores en la prohibición de las drogas. *Revista Colombiana de Psicología Universidad Nacional*. N° 4. Bogotá, Colombia. Publicación del departamento de psicología de la Universidad Nacional de Colombia.
- Informe del frente común contra la droga de los medios de comunicación. Contra la drogadicción. Ni fórmulas mágicas, ni curas milagrosas. Curar la farmacodependencia: mucho más que desintoxicar. En el círculo vicioso de la adicción: El hombre, su gente, su medio. (Septiembre 21 de 1987) *Nueva Frontera*. N° 651. Bogotá, Colombia. (21 – 27)
- Inglis, B. (1994) *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. Gerona, España: Tikal Ediciones.
- Jaramillo, C. (1995). *Reinserción Social. Contenido en la Recopilación de Capacitación Continuada*. Fundación Hogares Claret. Medellín. Colombia.
- Jones, M. (1970). *La Psiquiatría social en la práctica.: La idea de la Comunidad terapéutica Social*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Americalee.
- Kohler, U. (1998). *El Abuso de Drogas y Sus Implicaciones Dentro de las Grandes Tendencias Económicas y Culturales*. V Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y I Encuentro nacional. Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. Cartagena, Colombia. Traducción por Rafael Muñiz.
- Kooyman, M. (1996) *Comunidad terapéutica para drogodependientes: intimidad, implicación de los padres y éxito del tratamiento*. Bilbao, España: Mensajero.
- La guerra contra las drogas es un fracaso (8 de mayo de 2014). *Semana digital*. Recuperado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/influyentes->

- La legalización de la marihuana: el desafío de José 'Pepé' Mujica. (30 de junio de 2012). *Semana digital*. Recuperado de [http:// www.semana.com](http://www.semana.com) › Mundo
- Lacan, J. (1992) *Seminario XVII. El envés del psicoanálisis*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1996) *El seminario 1: Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1987). *La Dirección de la Cura. Escritos, (1o Volumen) (1958)*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Leyva M., Y. (1976) *La Comunidad Terapéutica. En Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social*. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica.
- López, M. F. (1994). *Fundamentos valores y filosofía en la comunidad terapéutica*. En: Memorias de la V Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y I Encuentro nacional. Memorias de la V Conferencia latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y I Encuentro Nacional. Cartagena. Colombia: FECCOT.
- López, M. (16 de mayo de 2014). Farc se comprometen a romper cualquier relación con el narcotráfico. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/politica/proceso-de-paz/...de-paz.../14002257>
- Mayol, I. y Funes, J. (1989). *Incorporarse a la Sociedad; Ideas y Propuestas para Planificar la Reinserción Social de las Personas Drogodependientes*. Madrid, España: Cruz Roja Española. Departamento de Toxicomanía.
- Mejía L., E. (1991). *Aproximación Psicoanalítica al fenómeno de la Drogadicción*. Río de Janeiro, Brasil.
- Mejia, Gabriel. (s/f). *El Proyecto de Vida en la C.T. (Adaptación)*. Medellín, Colombia. Comunidad Terapéutica Hogares Claret.
- Miller, J. A. (1991). *Patología de la ética en: Lógicas de la vida Amorosa*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Manantial.
- Miller, Jaques. (1993). *Clausura de la Primera Jornada sobre Toxicomanía y Alcoholismo. Sujeto, Goce y Modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Instituto del Campo Freudiano.
- Ministerio de Educación Nacional, Plan Nacional de prevención de la drogadicción, Colombia. (Octubre de 1986) *¿A qué se llama Drogadicción?* Bogotá, Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá. Naciones Unidas.

- Montenegro, A. (1987). *Historia del Antiguo Continente*. Medellín, Colombia: Editorial Norma.
- Morgan, J. P. (9ª ed) (1994) *Drogodependencias: dependencia del alcohol. El manual Merck: de diagnóstico y terapéutica*. Barcelona, España: Océano.
- NIDA. blogNational Institute on Drug Abuse. (s/f). Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/en-espanol>
- O'Brien, W. (1998). *Folleto*. V Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y I Encuentro nacional. Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. Cartagena, Colombia.
- Palacios, J. (2004). *Ética y Comunidad Terapéutica: en busca de una autocrítica*. En Salas, L. *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las Drogodependencias*. Madrid, España: Proyecto Hombre.
- Pedraza, C. (11 de diciembre de 2010). Sociedad - ¿Conciencia y cambio? *El Tiempo*. *La lupa, opinión al detalle*. Recuperado de <http://lalupaopinion.blogs.eltiempo.com/la-lupa-opinion-al-detalle/.../conciencia-y-cambio/>
- Pérez G, Augusto. (1988). *Historia de la Drogadicción en Colombia*. Bogotá. Tercer Mundo Editores.
- Pichon, R., E. (1971). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social 1*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Proyecto Hombre (s/f). Prevención y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones. Recuperado de <http://www.proyectohombre.es>
- Rehabilitación con Rejo. (28 de julio de 2009). *Semana digital*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad.../rehabilitacion-rejo/>
- Rebage de A. L. (1994) *Drogas de Abuso. Naturaleza, clasificación y efectos farmacológicos, En: Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo*. Medellín, Colombia: Departamento de toxicología. Hospital San Vicente de Paúl.
- Sáenz de Jubera, R. (1931). *Nuevo Diccionario Latino Español Etimológico*. Madrid, España: Hermanos Editores.
- Santos, L. (13 de octubre de 2011). Dosis mínima, máximo debate. *Semana digital*. Recuperado <http://www.semana.com> > Opinión

- Sentencia N° C-221/04. (1995) *Revista colombiana de psicología Universidad Nacional de Colombia*. N°4. pp. 20-32
- Szasz, T. (1993). *Nuestro Derecho a las Drogas. En Defensa de un Mercado Libre*. Barcelona, España: Editorial. Anagrama.
- Trujillo, H. (s/f). *La comunidad Terapéutica. Aproximaciones Históricas al Movimiento de las Comunidades Terapéuticas. En Diplomado para Operadores de Comunidad Terapéutica*. Medellín, Colombia: Editado Fundación Hogares Claret.
- Velásquez de P., Elvia. (3ª ed.) (1977). *Farmacodependencia. Fundamentos de medicina: psiquiatría*. Medellín, Colombia: Rojo.
- Vera O., E. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Wolf, A. y Schwartz, E. K. (1967). *Psicoanálisis en grupos*. México D.F, México: Pax México.
- Zenoni, A. (Mayo, 2006). Orientación analítica en la institución psiquiátrica. *Bitácora Lacaniana. El Psicoanálisis Hoy*. N°. 1.
- Zenoni, A. (s.f). *Clínica Psicoanalítica en Instituciones*. (Documento fotocopiado).
- Zuleta, Estanislao. (1986). *Arte y Filosofía*. Medellín, Colombia: Percepción.
- Toxicomanía. (12 de julio de 2012). *Narcorama. La Silla Vacía*. Recuperado de <http://lasillavacia.com>. lasillavacia.com/elblogueo/narcorama/34661/toxicomania