

Dispositivos terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas: La Comunidad Terapéutica como modelo y alternativa para el cambio

Mariano Carrizo¹

Hablar de drogas es hablar de personas que las consumen, de situaciones en las que se vinculan estas drogas y estas personas y de múltiples posibilidades para esta triada (droga-sujeto-contexto).

Algunas de estas alternativas de relación se encuadran dentro de lo que se denomina “consumos no problemáticos de drogas”: aquel uso experimental o esporádico que remite a menores riesgos y aporta quizá la mayor casuística en cuanto a esta relación.

Otras formas de vinculación entre las personas y las sustancias muestran características singulares que pueden ubicarse dentro de los criterios diagnósticos de **abuso y dependencia** del DSMIV (APA, 2000). Tales formas plantean que la relación sujeto-droga (en un contexto determinado) asume una condición mórbida por la cual, eventualmente, la o las personas que establezcan dicha relación podrían demandar asistencia terapéutica de algún tipo para resolver las pautas de dicha relación.

Entonces, de alguna manera, hablar de drogas es también hablar (al tiempo que revisar, reconocer y reconstruir) de las estrategias que se han dado las personas, en el devenir histórico, para enfrentar y tratar de resolver, con mayor o menor éxito, los consumos problemáticos de drogas.

Si bien en una rápida mirada a los dispositivos actuales podemos ver una heterogeneidad significativa, pueden rastrearse pautas comunes de origen en la gran mayoría de las propuestas terapéuticas vigentes. No obstante debemos reconocer que, más allá de poder encontrar antecedentes ideológicos, teóricos y técnicos comunes, la evolución

¹ Psicólogo. Coordinador Terapéutico del Programa del Sol

de los centros de asistencia y tratamiento ha sido bien dispar, en algunas ocasiones con mayor apego a las fuentes y en otras con mayor heterodoxia.

Dichas divergencias en las definiciones del método tienen que ver con cuestiones más generales tales como variables socio políticas, demográficas y epidemiológicas de los lugares en donde se anclan los centros asistenciales y otras muy particulares como la singularidad de los técnicos y profesionales que componen las instituciones, las características de la demanda específica, etc.

Por tanto, la intención del presente texto tiene que ver con poder identificar los antecedentes históricos de las modalidades asistenciales, reconocer sus sesgos particulares y las condiciones que dieron lugar a los mismos, para poder interpretar con mayores elementos los modelos vigentes, sus límites y posibilidades.

Dicho ejercicio nos puede permitir recuperar el sentido de “dinamismo” de los dispositivos de salud en general y de aquellos dedicados al tratamiento de los problemas por drogas en particular, reconociendo la necesidad de una actualización permanente en la mirada profesional, acorde a las características (siempre versátiles) que plantea esta problemática.

La Comunidad Terapéutica. Su aplicación en adicciones.

Y hablar de dispositivos terapéuticos en adicciones es hablar, irremisiblemente, de las CCTT. Las mismas se han erigido históricamente como la alternativa hegemónica para la asistencia de personas con problemas de consumo. Si bien dicha hegemonía en la actualidad es replanteada y el modelo ha sufrido múltiples consideraciones y cambios, las prácticas y representaciones que emanan de ella aun impregnan, de manera insoslayable, la lógica de acción de los dispositivos actuales (y en algunos casos se mantienen muy fieles a sus orígenes, casi en un movimiento de resistencia, ante opciones de vanguardia).

Entre otros, De León (2004) se constituye como uno de los referentes más importantes en la investigación y sistematización sobre este dispositivo asistencial y su evolución en el tiempo, el mismo plantea que la CCTT ha demostrado ser un eficaz

instrumento para el tratamiento del abuso de sustancias y los problemas relacionados en la vida del paciente.

En este sentido, el autor considera a la CCTT como una entidad particular que adopta fronteras visibles delimitando su campo de acción: “La Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, desarrollada en un principio en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología, y la medicina convencionales (De León, 2004).

En forma complementaria, Pozo y Gómez (1999) plantean que, a diferencia de otras modalidades de tratamiento, la C.T. constituye un “medio terapéutico”, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, y que constituyen entre todas las intervenciones terapéuticas durante el proceso.

Para la NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2003) las CCTT 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. Las CCTT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Este enfoque a menudo se conoce como "la comunidad como método". Los miembros de la CCTT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas...

En una mirada simplificadora pero no carente de sustento científico De León (2004) definía a la Comunidad Terapéutica como un “modelo y método para el tratamiento del abuso de sustancias y los problemas relacionados en la vida”.

En una primera distinción es necesario reconocer que el modelo actual en CCTT deviene de dos corrientes, muy particulares, la primera orientada hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general, la segunda planteada específicamente para el tratamiento de adictos. Por tanto y según Comas (2006) “Ambos tipos de CCTT reproducen identidades diferentes, estructuras corporativas propias y se inscriben sobre tradiciones ideológicas alternativas.”

El Modelo Jones

Este modelo surge de la necesidad de revisar los parámetros asistenciales vigentes en la época, y básicamente aquellos ofrecidos desde los servicios psiquiátricos asilares. El psiquiatra escocés Maxwell Jones fue un cultor de esta lógica revisionista en psiquiatría. Su propuesta metodológica reconoce dos antecedentes/experiencias fundamentales: el tratamiento de ex prisioneros de guerra con trastornos de stress post traumático en el centro de Mill Hill de Londres en el año 1944 durante la segunda guerra mundial y su continuidad a lo largo de 12 años en el Hospital Henderson, en la unidad de rehabilitación social. Desde este nosocomio, a partir del año 1947, Jones comenzó a desarrollar los principios de establecimientos abiertos con terapias de grupo. A partir de esta última experiencia Jones comienza a desarrollar el concepto de Comunidad Terapéutica.

Más adelante y a partir de otras prácticas en EEUU y en Escocia, Jones desarrolla aspectos más conceptuales en torno a la asistencia en Comunidad Terapéuticas recuperando los fundamentos de la *Psiquiatría Social*.

De esta manera la idea de Jones surge a partir de una mirada crítica y una reacción ante a las limitaciones de los servicios en salud mental de esa época, entre otros las altas tasas de cronicidad, la negación de ciertos derechos humanos básicos, los abusos de poder propios de la jerarquización absoluta y cristalizada en los dispositivos, etc. Para contrarrestar esta situación Jones propone “ un intento de establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos se reemplazara por una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal la información, la toma de decisiones y la solución de los problemas” (Jones, 1979).

La Comunidad “Democrática”

Es en este contexto en donde comenzaba a gestarse el discurso de la Antisiquiatría², término acuñado por Cooper (1967) y en donde los efectos de la guerra y pos guerra marcaban las condiciones de los centros de salud mental (hospitales psiquiátricos sobre poblados, con notables carencias de recursos materiales y humanos) donde Jones propone un cambio sustancial hacia el *adentro* de dichas instituciones.

Dicho cambio incorpora la idea de lo “democrático” como instancia de encuentro y socialización entre los profesionales a cargo de los servicios y los usuarios de los mismos. Un encuentro que permitía redefinir los términos de la relación “médico-paciente” imperante, deconstruyendo así las jerarquías establecidas hegemónicamente. “Significaba que los roles respectivos de profesionales y usuarios no eran asimétricos, aunque si eran distintos, complementarios y muy explícitos” (Comas, 2008). Según el mismo Jones, “Fue un intento de establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos se reemplazara por una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal la información, la toma de decisiones y la solución de los problemas” (Jones, 1979).

De tal forma se planteaba un sistema igualitario, en donde todos/as asumían los mismos deberes y derechos como miembros iguales dentro de este “dispositivo-sociedad”. Dicho modelo se caracterizaba por una serie de principios que regulaban el marco interno de la Comunidad:

- La toma de decisiones se llevaba a cabo en instancias de *asamblea* en donde, tanto los profesionales como los internos participaban igualitariamente.
- Se pone en práctica y revaloriza el concepto de *equipo terapéutico*. A partir de lo cual los profesionales organizan sus tareas como un *grupo de trabajo*, asumiendo una nueva dinámica de funcionamiento: las *reuniones de equipo*.

² Denominación que abarca numerosas tendencias y propuestas teóricas y metodológicas no necesariamente homogéneas

- La *preeminencia de lo grupal* como dispositivo. El dispositivo grupal era entendido tal como lo planteaba Bion cuando hacia referencia al uso del grupo *per se*, las dinámicas de grupo en el aquí y ahora, en donde este se configuraba como un instrumento con dos finalidades: la terapia y el aprendizaje.

- En torno a este ultimo eje se organizan *prácticas socio educativas* (socio-terapia) con la finalidad de que los usuarios adquieran, entrenen y puedan instrumentar nuevas herramientas y recursos (destrezas sociales): la socio terapia se basaba en el principio de que las personas pudieran asumir progresivamente mayores responsabilidades en torno a su vida y las decisiones que definían el curso de la misma.

- En las dinámicas grupales, “la confrontación” aparecía como el mecanismo clave que permitía allanar los conflictos inter e intra individuales y avanzar en el proceso terapéutico.

- El principio fundamental que regia el marco de las intervenciones tenía que ver con que **“toda intervención, en este campo era eminentemente terapéutica”** y el fin principal de las intervenciones tenía que ver con favorecer procesos de *maduración* en las personas.

Si bien en su origen la mayoría de los aportes teóricos provenían del psicoanálisis, la tendencia marcada por Jones tenía que ver con incluir e integrar todas las visiones y orientaciones terapéuticas vigentes, como los modelos conductuales y la teoría de los sistemas.

A la distancia, una de las críticas al modelo de Jones plantea que mas allá de su intencionalidad de sostener un modelo igualitario al interior de estos centros, los roles mantenían cierta asimetría, en tanto los enfermos recuperados no podían participar con el mismo protagonismo que los profesionales. Es por esta preminencia última del rol profesional y por las condiciones que planteaba para constituirse como un modelo de investigación aplicada es que la propuesta de Jones termina asumiendo la rúbrica de “CCTT Científica”

El reconocimiento fundamental a la obra de Jones tiene que ver con su aporte en el proceso de mejorar las condiciones de asistencia de las personas con trastornos mentales en general, asignándole al usuario de los servicios protagonismo y voz en su propio proceso terapéutico. Constituyéndose por tanto, dicho proceso, como medio y fin para el logro de la maduración individual de las personas.

El modelo de Jones encontró, posteriormente, anclaje en las Comunidades Terapéuticas para pacientes psicóticos, siendo este su ámbito fundamental de desarrollo.

El Modelo Daytop

Este modelo sienta sus precedentes, de manera singular, en los **grupos de auto ayuda** que alcanzaron protagonismo, en la década del 50 en los EEUU. Dos causas pueden remitirse en torno a dicho fenómeno: Por un lado el rechazo y descreimiento del aporte profesional e institucional en el campo del tratamiento de las adicciones (por un reconocimiento de los magros resultados de los dispositivos tradicionales de la época). Por otro, el movimiento impulsado desde ese país (y gran parte de Europa) hacia el desinternamiento de grandes masas de personas asiladas en instituciones de salud mental como una reacción crítica hacia las condiciones imperantes en las mismas. Reacción que causó que miles de personas (y sus familias) hasta el momento integradas en dichos sistemas, quedaran sin ningún tipo de asistencia y contención.

Synanom

En este contexto es que en el año 1958 Charles Dederich un ejecutivo de renombre, nacido en Ohio, alcohólico y ex miembro de Alcohólicos Anónimos³, funda en su propia residencia, el centro “**Synanom**”. El, junto a otros miembros de AAAA comienzan a captar a personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, fundamentalmente heroinómanos. La propuesta de Dederich asumía condiciones muy particulares para la

³ Alcohólicos Anónimos fue fundado en los Estados Unidos el 10 de Junio de 1935 por el Dr. Robert Holbrook Smith y Robert Griffith Wilson.

época ofreciendo un espacio de contención integral, en donde los adictos permanecían todo el tiempo en la residencia asumiendo que el resto de la sociedad no estaba preparada para aceptarlos ni darles contención ni tratamiento (ni que ellos podrían permanecer en esta sin recaer en sus conductas adictivas). La idea fuerte de un “afuera” y un “adentro” marca un hito que será definitivo en su devenir...y en su ocaso. La frase de época acuñada por Dederich denota claramente la visión imperante: “Once an addict, always an addict...”⁴

Según Comas (2006) Synanom se constituye como “...una Comunidad Residencial para adictos a drogas que no ofrecía financiación pública, ni trabajo terapéutico reglado, ni la participación de ningún profesional...” que actuaba formando una “familia sustituta” ubicada en un lugar físico en donde los adictos desarrollaban su proyecto de vida al margen de la sociedad...”. Sus rasgos principales fueron una firme posición de *abstinencia*, un fuerte culto del *dominio de sí* y la *autodeterminación*.

Uno de los aportes que pueden rastrearse hasta la fecha (con bastante vigencia) tiene que ver con los “**Juegos de Synanom**” que se configuraban como el centro de de la metodología terapéutica. De dicha estrategia se han desprendido metodologías tales como “*el grupo de encuentro*” o el “*grupo de convivencia*” en donde la dinámica estaba regida por el “*confronto*”⁵ entre los pacientes.

Para Comas (2006) estos juegos asumían una **doble función**: “...regular la vida cotidiana y facilitar la expresión de los sentimientos y emociones de las personas que conformaban el grupo, facilitando reflexiones sobre el pasado para una reconstrucción del proyecto de vida...”

Tales métodos expresan con bastante claridad la articulación que se dio desde este modelo entre los grupos terapéuticos (muchos de los integrantes de Synanom habían pasado por CCTT psiquiátricas) y los grupos de autoayuda propios de AA. Con el tiempo Synanom

⁴ “Una vez adicto, siempre un adicto”

⁵ “El confronto es la herramienta básica de cualquier comunidad terapéutica para drogodependientes, fue propuesto por ellos, así como las reglas de no violencia y no droga”. De “*¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa*”. **Claudio Danza. Rev Psiquitr Urug 2009;73(1):99-108**

y otras alternativas terapéuticas similares fueron nombradas como “Comunidades Libres de Drogas”

Los lineamientos internos de la experiencia Synanom fueron creciendo en rigidez y verticalismo en la misma medida en que crecía la cantidad de adeptos/internos. Esto, sumado a las características de personalidad particulares de su fundador, llevaron a que la iniciativa terapéutica se transformara en un culto, una secta, y Dederich se autoproclamara su dudoso líder. El mismo quien antes de morir en 1997 a los 83 años debió enfrentar una condena por cargos de de terrorismo, asalto a personas, intentos de soborno, malos tratos y violación de numerosas leyes (The New York Times, 1997)

Daytop Village

El Dr. Alexander Bassin y Daniel Casriel médico psiquiatra, recuperan los lineamientos fundamentales de Synanom y fundan en 1963, junto al padre William O'Brien de la iglesia católica de los EEUU la Comunidad **Daytop Lodge** (posteriormente Daytop Village) en Butler Manor, Staten Island. Este primer centro de rehabilitación fue diseñado para la asistencia de 22 convictos varones del sistema correccional de Brooklyn.

Con el tiempo se fue gestando un modelo mixto con intervención profesional. Los planteos terapéuticos de Casriel y sus colaboradores eran de corte bien directivo, en donde eran comunes estilos de confrontación directa (médico-paciente o paciente-paciente). Dice Vikrant Sentis (2004) al respecto: “...El trabajo en Daytop era directo y pragmático como en Synanom, alentando actitudes auto-responsables entre los adictos. El Dr. William Glasser miembro del equipo de Daytop promovía el concepto de *Reality Therapy*, mientras que Casriel desarrollaba su propia *Scream Therapy*, conocida formalmente como *New Identity Process*. Este proceso tenía ciertas características concretas: el uso de gritos como una forma de descarga emocional y *bonding*⁶, lo cual requería contacto físico y cercano entre dos personas en un proceso terapéutico...”

⁶ Bonding Psychotherapy (Terapia del Vínculo): Es una psicoterapia de grupo, un método desarrollado por Daniel Casriel, médico psiquiatra norteamericano, fundador de la primera comunidad terapéutica en Nueva York, Daytop Village. El objetivo es superar el miedo a la proximidad física y emocional, y a la separación, también mejorar la autoestima del participante. Dr. Martien Kooijman “Grupos de bonding psychotherapy

Como la iniciativa comienza en relación a la asistencia de personas provenientes de ámbitos carcelarios (principalmente adictos a opiáceos), el modelo de prisión aparece como forma de organización interna que estructura y regula la cotidianeidad. En este ámbito queda así definido un orden de jerarquías muy estricto y bien delineado y un encuadre basado en base a premios y castigos.

Entre los aportes del modelo y a partir de su vigencia en la actualidad podemos reconocer:

- El hecho de definir el tratamiento por etapas, donde la primera etapa (entrevistas de ingreso) era fundamental para el proceso terapéutico subsiguiente.
- La articulación entre profesionales y adictos recuperados en la composición de los equipos terapéuticos.
- El uso del “confronto” como herramienta terapéutica.
- La regulación jerarquizada en los roles y pautas de convivencia interna en la CCTT: “...Los pilares de funcionamiento cotidiano en la comunidad fueron la obediencia a los superiores, el trabajar con empeño, el deber de no hacer nada sin permiso explícito, la importancia de la solidaridad, el no mantener secretos y la absoluta honestidad” (De Dominicis, 1997).

Las críticas centrales que se le han hecho al modelo pueden resumirse desde la visión de Comas (2006): “...Se trata de otra cuestión que podemos explicitar como la “unilinealidad de los objetivos organizados en torno a la opción de la “perspectiva de la recuperación de la vida correcta”, lo que implica un maximalismo redentor muy poco acorde con las actuales políticas de drogas y en particular con las de reducción del daño y el riesgo dominantes en Europa. Se trata, además de **“café para todos”**, es decir, a no tener en cuenta las características diferenciales de cada adicto, lo cual también se contrapone a la noción de “indicación terapéutica” de la que, y no sólo en Europa, ya nadie duda...”.

En la actualidad Daytop Village sigue vigente y funcionando con la misión de proporcionar tratamiento para las personas y familias que lleven a una vida sana y libre de drogas a través de servicios individuales, amplios y multidisciplinario, sin distinción de raza, religión, nacionalidad o estatus socio-económico.

Haciendo un esfuerzo de síntesis y bajo riesgo de simplificar en demasía los antecedentes y recorridos de los modelos desarrollados anteriormente es que propongo la siguiente tabla de comparación.

Los modelos históricos de Comunidades Terapéuticas

	Modelo Daytop	Modelo Jones
Origen	EE.UU 1958	Reino Unido 1947
Composición	No profesional- Luego Mixta	Profesional
Orientación	Modificación de la Conducta Movimiento de Autoayuda	Psiquiatría Comunitaria-Aprendizaje Social
Estructura	Verticalista- Muy Jerarquizada	Horizontal- Democrática
Ámbito de Intervención	Consumo de Drogas	Distintos trastornos mentales-Incluye el consumo de drogas
	Estancias	Tendencia a reducir

Duración del tratamiento	prolongadas	el tiempo de internación
Eje terapéutico	Basado en la abstinencia (Modelo libre de drogas)	Basado en el logro de la madurez y la responsabilidad
Trabajo con la familia	No desarrolla alternativas para el abordaje familiar	Intenta incluirla en tratamiento

El desarrollo del modelo de CCTT en Europa: El “Progetto Uomo”

Don Mario Picchi, un personaje carismático vinculado a la iglesia católica romana, comienza a organizar en el año 1968 en la capital Italiana, un centro de acogida para desamparados, brindándoles servicios básicos de contención. Sensibilizado por la situación de dichos indigentes y en función de que mucho de ellos mismos presentaban problemas de consumo de drogas comienza a tomar contacto y referencia de los modelos asistenciales americanos (Daytop). En el año 1971 Pichi asume la conducción y liderazgo de la Organización Civil “**Centro Italiano de Solidaridad**” (CeIS), la cual, recuperando el modelo de autoayuda, sin base profesional, comienza a prestar servicios de asistencia.

Durante el período comprendido entre los años 1970-1980 se percibe fuertemente en Italia la influencia del psiquiatra Franco Basaglia, quien al frente del movimiento de antisiquiatría o de la *psiquiatría democrática*, bregaba por un modelo asistencial en salud mental por fuera del sistema asilar hegemónico del “manicomio”. En este contexto en donde imperaban las corrientes y modelos de la psiquiatría comunitaria y de las políticas desinstitucionalizadoras, comienza a tomar forma el “modelo italiano”. El mismo se corporiza en 1979 cuando desde el CeIS Mario Picchi Y *Juan Pares Plans* (más conocido como Juan Corelli) fundan “**Progetto Uomo**”.

Características fundamentales del “Proyecto Uomo”

- Comienza con un esquema de autoayuda no profesionalizado, similar a Daytop.
- Trabajan en dispositivos grupales.
- Desarrollo de un programa “Educativo – Terapéutico Integral”.
- Conserva régimen de premios y castigo para el ordenamiento interno.
- Régimen de aislamiento social para lograr la abstinencia.
- Diferencian etapas de tratamiento: Admisión (*Cogliere*), Ingreso Y Reinserción.
- Incorpora a la familia en el proceso asistencial.

En un período posterior de desarrollo institucional, (década del 80) el Proyecto Uomo avanza en la definición de un modelo propio, estableciendo desde aquí parámetros asistenciales que lo diferencian claramente de sus orígenes de la escuela Americana y la Comunidad Daytop en particular. El reconocimiento de la importancia del abordaje familiar, la definición de objetivos terapéuticos más individualizados y la conformación de equipos mixtos integrados por profesionales, ex-adictos y también voluntarios son algunos de los ejes más significativos de dicho cambio, (en torno a los cuales no puede negarse cierta influencia del modelo de CCTT Democrática de Jones). Proyecto Uomo y el CeIS de Roma (dirigido hasta nuestros días por su fundador Mario Picchi) continúan con su labor fundacional en el campo de la asistencia y prevención del consumo de drogas.

Bajo la influencia directa de **Progetto UOMO** surgen cientos de propuestas terapéuticas similares en Europa siendo asimilada particularmente en España, en donde se desarrollan dispositivos directamente vinculados y afines a Uomo y otras con modalidades alternativas. Entre las primeras “**Proyecto Hombre**” se instaura en España en 1989; estando integrada actualmente por 26 Centros, en un total de 15 comunidades autónomas de todo el país, las cuales atienden cada año a más de 12.000 drogodependientes.

Las CCTT en Argentina, desde sus orígenes a la actualidad

En relación a las primeras experiencias terapéuticas vinculadas al consumo de drogas en Argentina debemos distinguir entre aquellas desarrolladas desde el ámbito gubernamental y las que surgieron en el ámbito privado de las organizaciones sociales y de salud (ONGs).

El ámbito público

En torno a las propuestas estatales, una de las primeras entidades dedicada en nuestro país al consumo de drogas fue el Fondo de Ayuda Toxicológica (F.A.T.), fundada en 1966 por el Dr. Alberto Italo Calabrese, que funcionó hasta el año 1980, en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Más tarde, en el año 1973 se crea el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO) que brinda asistencia hasta nuestros días, teniendo como finalidad el tratamiento médico, psicológico y social de personas comprometidas con el uso de drogas y sus grupos familiares.

Ambas instituciones preveían un sistema de asistencia ambulatorio, en un primer momento definiendo el dispositivo terapéutico en torno a la articulación entre la toxicología y la psiquiatría. A través del tiempo fueron incluyendo aportes del psicoanálisis y la psiquiatría social.

En la Provincia de Córdoba, y en el ámbito público, la referencia primaria tiene que ver con el Instituto Municipal de Alcoholismo (IMA), que fue concebido con la intención de convertirse en un centro de investigación y referencia local y nacional. Fue fundado en el año 1961 por el Dr. Miguel Belascuain, aquel que acuñara la célebre frase “No es alcohólico quien quiere, sino quien puede”. Dicho centro dependiente de la entonces Secretaria de Salud Municipal de la Ciudad de Córdoba funciono en sus orígenes en predios de la ex Plaza General Paz y atendía exclusivamente a personas con problemas de consumo de alcohol. En el año 1972 amplía su marco de recepción de demandas y comienza a trabajar con problemáticas vinculadas a otras drogas por lo cual cambia su denominación por la de IMAD (Instituto Municipal de Alcoholismo y Drogadicción)

Posteriormente, en el año 1981 (siendo Córdoba regida por un Interventor de facto Federal), el mismo Belascuain, quien ocupaba la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, lleva a la órbita provincial a dicho centro. El Instituto es declarado por Decreto Nacional “Centro Nacional de Referencia sobre Alcoholismo” pasando a depender del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Córdoba. Es a partir de allí cuando asume su denominación actual (Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción). En el mismo año (81) se inaugura su sede actual en Avenida Arenales 191 del Barrio Junior de la Ciudad de Córdoba. Como dato significativo podemos mencionar que el Instituto asistió (hasta el año 2000) solamente a población masculina, en tanto se consideraba al consumo de alcohol y otras drogas como un problema casi exclusivo de los varones. En la actualidad el IPAD desarrolla programas asistenciales, en todos los niveles preventivos, para pacientes de ambos sexos, a partir de los 21 años de edad, que padecen trastornos por consumo de sustancias (drogas y alcohol). Tales servicios se prestan desde la atención clínica ambulatoria y el control clínico en el internado con capacidad para 58 personas.

La otra referencia ineludible en el campo de la prevención y asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas en la provincia de Córdoba tiene que ver con el trabajo de la Casa del Joven. En el año 1984 y a partir de un Programa de Atención en Salud Mental para Jóvenes de la Dirección de Salud Mental de la Provincia y mediante una articulación con la Secretaria de la Juventud se crea el CAIJ (Centro de Atención Integral al Joven). En sus comienzos, los objetivos de trabajo tuvieron que ver con el desarrollo de prácticas vinculadas a la asistencia y prevención de las problemáticas juveniles haciendo eje sobre las adicciones. Durante dicho periodo el trabajo se desarrollaba en el predio del IPAD.

Posteriormente, en el año 1986 cambia su denominación por la de PAJ (Programa de Atención al Joven). En esa época el trabajo se alternaba entre los predios del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y el IPAD habiendo definido el marco de asistencia para jóvenes varones y mujeres entre 14 y 24 años con diferentes problemáticas. En relación al abordaje de los problemas vinculados al consumo de drogas se comienzan a desarrollar nuevas alternativas asistenciales, en donde podía verse la intención de actualizar los dispositivos optando por configuraciones grupales por sobre el abordaje individualizado.

Puede citarse por ejemplo la creación del servicio de hospital de día. Tales cambios y nuevos esquemas terapéuticos estuvieron inspirados en las estrategias implementadas en Roma por Proyecto UOMO (en donde se capacitaron profesionales del PAJ).

En el año 1990, y en función de la experiencia acumulada en el abordaje ambulatorio con jóvenes se crea el “Programa el Puente” para jóvenes consumidores de sustancias. A fines del año 1993 y comienzos del 94 se concreta el traslado y la inauguración de la actual sede en el barrio Junior en la calle León Morra esquina A. Vespuccio, en tal ocasión la institución asume formalmente el nombre de Casa del Joven.

En la actualidad la función primordial de casa del Joven es la de planificar, ejecutar y evaluar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación para la población entre 14 y 24 años de edad en el área de Salud Mental , contando con programas específicos para adicciones y trastornos de la conducta alimentaria.

Es de suma importancia reconocer también el recorrido histórico realizado en relación a la asistencia de las problemáticas vinculadas al consumo de drogas desde los centros asistenciales monovalentes del interior provincial, el Hospital "Dr. Emilio Vidal Abal" de Oliva en donde funciona el S.A.D.: internaciones para el tratamiento de adicciones, y el Hospital Colonia Santa de Punilla, que actualmente cuenta con un servicio de Centro de Día de Alcoholismo y Drogadicción.

El ámbito privado

Durante la década del 70, aparecen en Argentina las primeras Comunidades Terapéuticas para usuarios de drogas: Un joven carismático, ex adicto a las drogas y devenido en pastor tras una experiencia mística, funda en Villa Adelina en el año 1973, el “Programa Andrés”. En el año 1982, el Pastor Carlos Novelli abre la primera Comunidad Terapéutica de la Argentina, en Diego Gaynor, km 91 de Pilar. En sus comienzos la propuesta estaba básicamente centrada en el esquema de auto ayuda y el desarrollo espiritual. Luego de viajar a EEUU y establecer contactos con Daytop y más adelante con “Progetto UOMO”, Novelli adopta referencias de ambos modelos en su centro y comienza a desarrollar el esquema de comunidad terapéutica precursora en nuestro país.

A fines de los 70 surge otra comunidad terapéutica importante: “Viaje de Vuelta”, fundada por Juan Carlos Rossi y Jorge Castro luego de realizar una experiencia de formación en el Proyecto Uomo en Italia.

Hasta el momento, las CCTT en el país combinaban aportes de los modelos americanos y el desarrollado desde Italia por UOMO. No obstante, en esta primera etapa existía una clara predilección por el modelo “Daytop” lo cual se expresaba, por ejemplo, en la presencia casi exclusiva de no profesionales a cargo de los centros de asistencia. Posteriormente y durante la última parte de la década del 80 se dan circunstancias particulares que inclinan la balanza definitivamente en nuestro país hacia el modelo italiano:

En primer lugar el CEIS de Roma comienza a recibir personas (profesionales, voluntarios y ex adictos) para ser capacitadas como recursos de salud en el tratamiento de adicciones. En una primera etapa, cerca de treinta argentinos viajan a Italia a recibir formación específica. Luego, a lo largo de los años muchos otros/as compartirán dicha experiencia de capacitación. Como correlato de estas iniciativas se conforma en Argentina la primera Escuela de Formación en Toxicodependencias, en el año 1980. La figura del “operador socio terapéutico” surge, a partir de aquí como un recurso calificado para la asistencia en las CCTT.

En relación a la doctrina de *Maxwell Jones*, su impronta puede rastrearse con mayor claridad en los servicios de *salud mental públicos* que a fines de los 50, década del 60 y principios de los 70 complementaron sus aportes con la psiquiatría social (y la visión determinante de Pichon Riviere). Podemos citar como experiencias validas en este campo, entre otras, al *Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús*, asumido en su conducción por Mauricio Godenberg⁷ en 1956, el caso de la *Colonia de Federal* en Entre

⁷ El doctor Mauricio Goldenberg, fue una figura sobresaliente en la psiquiatría argentina. Lleva su nombre al servicio de psiquiatría del Policlínico de Lanús, al que había accedido como director por concurso en los años 50. Allí desarrolló propuestas dinámicas y creativas, alentó el trabajo en equipo, formó a una pléyade de profesionales y benefició a los pacientes con avances conceptuales como las terapias grupales, el psicodrama, el uso de la farmacología o la inserción en la comunidad.

Ríos a cargo del Dr. Raúl Camino⁸ el *Centro Piloto del Hospital Esteves* en Lomas de Zamora con el Dr. W. Grimson⁹ o la “*Peña Carlos Gardel*”¹⁰ espacio alternativo dentro del Borda, iniciado entre otros por Alfredo Moffat (uno de los líderes de la “antisiquiatría criolla”).

En Córdoba

Las primeras instituciones comenzaron a trabajar en nuestra provincia con esquemas que buscaron amalgamar las “escuelas” americanas (Daytop) y el modelo italiano (UOMO), con un menor registro de los aportes de Maxwell Jones y su propuesta de las CCTT democráticas. Desde un principio estos centros estuvieron conformados por profesionales de la salud y operadores socio-terapéuticos, muchos de estos capacitados en el CEIS o en la Escuela de Formación en Toxicodependencias.

Con una identidad más firme y delineada, a fines de los 80 y principios de los noventa se originan en Córdoba las primeras experiencias asistenciales en el campo privado: en 1989 se funda el “Programa Cambio”, luego “Viaje de Vuelta” y más tarde “Programa del Sol” y “Programa Andrés” quienes conforman el mapa inicial de las CCTT en esta provincia. En la actualidad, son más de 10 instituciones las que prestan servicios asistenciales en Córdoba Capital, Río Cuarto, Villa María, Alta Gracia, y otras localidades del interior provincial, con esquemas terapéuticos que varían entre los dispositivos tradicionales de las CCTT y otros, más apartados del modelo original, con esquemas de predominio ambulatorio.

Durante la última década, en todo el país y particularmente en Córdoba se han ido gestando y estableciendo modificaciones significativas en el campo asistencial referido al consumo de drogas, tensión dada, básicamente, en el ámbito privado (ONGs). Dichos

⁸ El Dr. Raul Caminos creó y dirigió durante diez años (desde 1966 hasta 1976) la Comunidad Terapéutica de Federal, provincia de Entre Ríos. Actualmente el centro terapéutico lleva su nombre.

⁹ Wilbur Ricardo Grimson fundó el Centro Piloto del Hospital Estévez. En 1972 creó la Comunidad Terapéutica de Vicente López con Juan Carlos Kuznetsoff, Dito Rubinstein y Oscar Correale. Desde 1983 fue designado Coordinador de Prevención de la Comisión Nacional de Drogas, y Asesor Presidencial. En 1987 creó FONGA con Carlos Novelli, Enrique de Vedia y Ezequiel Holmberg.

¹⁰ La Comunidad Popular Peña Carlos Gardel empezó a funcionar el 11 de diciembre de 1971 en el fondo del Hospital Nacional Borda

cambios obedecen a un movimiento heterogéneo no acordado ni planificado (en tramas inter-institucionales) sino más bien como efecto de un movimiento de recambio generacional, ideológico, político y técnico al interior de las organizaciones. Las palabras de De León (2004) permiten comprender este fenómeno: “...ninguna Comunidad Terapéutica se parece a otra. Sus culturas evolucionan de manera única, como si se tratara de comunidades separadas, auto-contenidas. Además de las diferencias más obvias debidas a los diferentes tipos de personas que acuden a ellas, a la experiencia del personal, la edad del programa, tamaños, y recursos, las diferencias en las creencias y el estilo de liderazgo podrían también evolucionar...”

En este sentido, y desde hace no más de 10 años, algunas de las instituciones emblemáticas de nuestra ciudad, que se iniciaron con el marco filosófico y técnico de las CCTT explicitado anteriormente, han comenzado a modificar sus parámetros de trabajo, dando lugar a experiencias nuevas y transformadoras en este campo. Si bien la parte final de este capítulo pretende reflejar este “acontecimiento” a nivel local, debemos reconocer que existen antecedentes similares (de cambio y transformación) en otros países y particularmente en España, en donde se ha podido medir e investigar con mayor precisión metodológica los sustratos y posibilidades de tal proceso.

El presente análisis, debe limitarse a ciertas representaciones sobre este campo de la salud que he podido forjar desde mi experiencia en el Programa del Sol y en torno a las posibilidades de vincularme y compartir con referentes y técnicos de otras instituciones. Dichas limitaciones tienen que ver con la imposibilidad de contar con un marco de referencia y análisis más amplio y consolidado que permita comparar con mayores elementos los recorridos de los distintos establecimientos (no existe en la actualidad un organismo que centralice, regule y ordene los servicios asistenciales y preventivos, públicos y privados, sobre consumos de drogas en el país). Por último aclarar, o repetir, que dichos cambios y redefiniciones en el modelo de asistencia no son compartidos por todas las instituciones y muchas de ellas, en un movimiento casi de “resistencia” mantienen parámetros muy similares a los que dieron origen al modelo de CCTT en Argentina.

Los ejes del cambio

La conformación de los equipos técnicos

En primer término es importante destacar el hecho de que se ha acentuado, en los últimos años, la propensión a profesionalizar los servicios, y darle un marco interdisciplinario a los mismos. Si bien esta tendencia se profundiza a comienzos de los noventa, en tal época los dispositivos generalmente estaban conformados de manera más o menos equilibrada por profesionales, y ex adictos o voluntarios formados (operadores socio terapéuticos). No obstante en la actualidad podemos notar una polarización hacia la conformación de equipos altamente profesionalizados, con menor presencia (o en algunos casos nula) de operadores socioterapeúticos o “ex”

En otro orden debemos reconocer en función de nuestra propia experiencia y en total consonancia con Comas (2006), que los equipos tienden a ser más flexibles y menos rígidos, menos directivos y menos enfocados en el control. Una actitud de mayor apertura al diálogo y menor propensión al prejuicio (para con el usuario del servicio) favorece que se dé una mayor responsabilización de las personas en relación a su proceso terapéutico.

Las modalidades asistenciales

Puede observarse en la actualidad que en gran medida las opciones terapéuticas para personas con problemas de consumo están definidas a partir de la **asistencia ambulatoria**. La internación (y en mayor medida la internación prolongada) comienza a perder el registro de “alternativa única” para el tratamiento. Comienzan a valorizarse otros enfoques en donde se prima el mantenimiento de la relación del sujeto con su entorno inmediato durante los procesos de asistencia (familia, pares, instituciones de la comunidad, etc.), por sobre plantear a la persona en situación de tratamiento. Como correlato de esto podemos mencionar que Programa del Sol cierra su centro de internación en el año 2001 y Programa Cambio lo hace posteriormente en el año 2003.

En esta modificación podemos encontrar unos de los indicadores de corrimiento del esquema de las CCTT, ya que las mismas se han caracterizado tradicionalmente por ofrecer servicios en el marco de procesos de internamiento prolongados.

La individuación de los tratamientos

Dijimos que en España se utiliza la figura “*café para todos*” para designar la intención (sostenida por mucho tiempo) de homogeneizar la problemática de consumo y ofrecer, en tanto, un dispositivo único de asistencia, poco flexible a las particularidades del individuo. En la actualidad, y al menos desde el Programa del Sol los dispositivos de abordaje se han ido complejizando y especializando de acuerdo a las características de la demanda. Como consecuencia directa de esta mirada sobre lo singular (de la relación entre una determinada persona con una determinada droga en un contexto particular) es que actualmente se trabaja a partir un “*plan de tratamiento*” individualizado. El mismo se desarrolla a partir de un diagnóstico exhaustivo de la persona, sus dificultades y recursos, en donde constan objetivos particulares: del equipo tratante, de la persona asistida y del grupo de referencia que acompaña. Con este esquema se adaptan los objetivos terapéuticos a la realidad, demanda y posibilidades de cada paciente, logrando así una mayor flexibilidad en el abordaje. Este ajuste individualizado de la exigencia permite una mayor adaptación de los usuarios del servicio, trayendo esto aparejado una mayor adherencia al tratamiento.

Como un eje consecuente o correlativo debemos mencionar la tendencia de los equipos técnicos de comenzar a **evaluar los procesos y resultados terapéuticos**, alternativa novedosa que incrementa la calidad de los servicios asistenciales en virtud de la retroalimentación que la evaluación permanente provoca.

La duración de los tratamientos

Como una consecuencia directa de lo planteado anteriormente vemos que los plazos en que se definen los procesos terapéuticos se han acortado ostensiblemente. Los mismos estarán definidos por las particularidades de la problemática (en función del diagnóstico) y no por una consideración general, desprovista de rigor clínico “del tiempo medio de

recuperación de un adicto”. Muchas instituciones, a la fecha “mantienen” en tratamiento a personas por más de dos años, sin justificación clínica válida, indiferenciando de esta manera problemáticas de abuso, dependencia, o trastornos aparejados al consumo de sustancias (trastornos duales).

Otra alternativa diferencial tiene que ver con la secuenciación por etapas del tratamiento: históricamente con este esquema la etapa de “**Reinserción Social**” se ubicaba tradicionalmente al final del mismo. En la actualidad se trabaja con la concepción de que los procesos de reinserción o re vinculación de la persona con su medio deben fomentarse desde el inicio mismo del tratamiento. Es más, en torno a nuestras definiciones, trabajamos para que este proceso o etapa de tratamiento de deje de existir como tal (en tanto “reinsertarse” implica la exclusión o salida previa de algún lugar social) y la persona permanezca “integrada” a lo largo de todo su proceso terapéutico.

El corrimiento del eje en la abstinencia

Durante mucho tiempo, y aun con gran supremacía en la actualidad, los tratamientos han estado orientados centralmente a suprimir el consumo (nuevamente mas allá de cualquier distinción diagnóstica). En este marco, las recaídas¹¹ en el consumo de drogas eran (y son) fuente propiciatorias de sanciones, castigos, e incluso la suspensión o interrupción de tratamiento. Actualmente los equipos técnicos plantean mayor flexibilidad y tolerancia con las situaciones de recaídas. En este sentido los aportes de Marlatt y Gordon (1985) han permitido (desde el reconocimiento de la posibilidad de recaída como parte del proceso terapéutico) avanzar por un lado en el desarrollo de estrategias de prevención de recaídas y por otro, en el trabajo terapéutico sobre los fenómenos de la recidiva.

A partir de estos parámetros, en la actualidad, algunas instituciones pueden “permitirse” que sus estrategias terapéuticas no estén solamente orientadas al logro de la abstinencia total, sino que puedan establecerse parámetros y objetivos particulares según el

¹¹ Marlatt y Gordon distinguen entre caída (consumo puntual y aislado) y recaída (reanudación del consumo previo), aquí utilizaremos ambos indistintamente para simplificar la lectura.

caso y la demanda. En este sentido el enfoque de “Reducción del Riesgo”¹² aporta nuevas miradas y posibilidades en el campo de la asistencia.

La importancia diagnóstica

En la actualidad siguen siendo pocos los centros de tratamiento que cuentan con equipos debidamente formados, estrategias y dispositivos para el desarrollo de tareas diagnósticas. Esta situación desde luego que se halla relacionada con aspectos mencionados anteriormente, como la tendencia a proponer un único esquema terapéutico para todos, más allá de las particularidades de la demanda. Las comunidades clásicas siguen planteando un esquema que prioriza la “acogida” o admisión como primera etapa asistencial, dándole muy poca importancia al relevamiento diagnóstico. Desde el Programa de Sol se trabaja desde hace mucho tiempo con un marco diagnóstico que compone la primera etapa de tratamiento. Para esto ha sido vital el reconocimiento de las herramientas clínicas (diagnósticas) que propone el DSM IV (APA 2000). Las mismas sitúan parámetros específicos para el reconocimiento de patrones vinculados al **uso, abuso o dependencia** a una droga o varias.

Uno de los aspectos más significativos del trabajo diagnóstico en admisión tiene que ver con la identificación y/o el relevamiento clínico de **trastornos asociados** al consumo de drogas. Múltiples investigaciones (Sederer, 1990, Saavedra, 1997, Farrell, 1998) han podido precisar con claridad el elevado margen de trastornos psicológicos y psiquiátricos que aparecen vinculados al consumo de drogas. La OMS define la **comorbilidad** como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Una de las definiciones más difundidas y aceptadas sobre la **patología dual** habla de la coexistencia de dos trastornos, uno debido al abuso de sustancias y otro de tipo psiquiátrico.

No obstante, se requiere de mucha precisión para el diagnóstico comorbilidad, resultando muy complejo establecer una pauta de la etiología u origen de los trastornos. Es

¹² “Con este enfoque el objetivo, deja de ser únicamente la abstinencia en el uso de sustancias (que ya no se plantea como condición sino como opción) y pasa a ser también, disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo” Patricia Insúa y Dr. Jorge Grijalvo. Papeles del Psicólogo. nº 77 , 2000

importante en este sentido la identificación del trastorno primario: el consumo abusivo de drogas o el trastorno psiquiátrico.

Lo que no ofrece dudas es la necesidad de que todas las instituciones que trabajan en drogadependencias en la actualidad, cuenten con los equipos y dispositivos necesarios para establecer criterios diagnósticos diferenciales para los trastornos duales.

Numerosos autores han señalado la importancia del Diagnóstico Dual. El siguiente cuadro (Burkstein, 1989; Drake, 1989; Sederer, 1990 y Salloum, 1999) resume las razones más relevantes para la identificación la comorbilidad:

- Claridad Diagnóstica.
- Curso y Pronóstico variado.
- Permite determinar las necesidades terapéuticas y potenciar la eficacia terapéutica.
- Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad.
- Se asocia con un incremento de la conducta suicida.
- Se asocia con un incremento de la conducta homicida.
- Se vincula con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia.
- Se asocia a un mayor costo.

Como correlato directo es necesario que las instituciones generen dispositivos específicos para brindar un tratamiento integrado a estos pacientes, en donde se pueda abordar en forma simultánea el problema de consumo de drogas y el trastorno psiquiátrico o psicológico asociado.

El aporte de las ciencias comportamentales

Ha sido fundamental en los últimos años, al menos para el devenir de la institución Programa del Sol el reconocimiento y empleo de los parámetros teóricos y técnicos de las ciencias del comportamiento aplicadas a los consumos problemáticos de drogas: las mismas abordan el abuso de drogas desde el reconocimiento de sus causas y consecuencias. Entre los aportes fundamentales a este campo debemos reconocer La Terapia Cognitiva de Beck¹³, la propuesta de Refuerzo Comunitario de Meyer y Smith¹⁴, el enfoque de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon¹⁵, el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente¹⁶ y particularmente el Tratamiento Cognitivo Comportamental de desarrollo de estrategias de afrontamiento o TCC (Cognitive-behavioral coping skills treatment or CBT)¹⁷.

Es un hecho constatado la importancia fundamental de la terapia psicológica en el tratamiento de la adicción a drogas, así lo plantea Becoña Iglesias (2008) cuando habla de la **centralidad del tratamiento psicológico** en adicciones. No obstante, dentro de las ciencias psicológicas se hace un reconocimiento específico a la impronta y efectividad de las terapias cognitivo conductuales¹⁸, para la NIDA (1999) “Los tratamientos conductuales

¹³ “La TC es una forma de terapia que intenta reducir las excesivas reacciones emocionales y el comportamiento modificando los pensamientos erróneos o imperfectos y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones” (Beck et al. 1991, p. 10).

¹⁴ The Community Reinforcement Approach (CRA) es un abordaje de tratamiento Comportamental de alto alcance para los problemas de abuso de sustancias que usa refuerzos sociales, recreacionales, familiares y vocacionales para asistir a los pacientes en recuperación. (Meyers y Smith 1995, p. 1). Este abordaje usa una variedad de refuerzos generalmente disponibles en la comunidad para ayudar a los usuarios de sustancias a comenzar a desarrollar un estilo de vida libre de drogas.

¹⁵ El Modelo teórico de Prevención de Recaídas o el de Aprendizaje Social desarrollado por Marlatt y Gordon (1980, 1985) plantea que la recaída se produce al exponerse la persona a una determinada situación de riesgo, sin contar con las estrategias de afrontamiento necesarias para garantizar enfrentar la situación y evitar la recaída.

¹⁶ El modelo explicitado por Prochaska y DiClemente (1982,1983,1985) permite ubicar distintos niveles de predisposición (estadios de cambio) que puede manifestar una persona frente al planteo de modificar su conducta adictiva

¹⁷ La CBT intenta ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y afrontar, esto es, reconocer las situaciones en donde están más expuestos a consumir drogas, evitar esas situaciones cuando sea necesario, y adaptarse mejor a los problemas y comportamientos problemáticos asociados al consumo de sustancias. Kathleen M Carrol. Manual de Terapia Cognitiva para la Adicción a las Drogas. NIDA 1998

¹⁸ Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten

ayudan a que los pacientes se comprometan con el proceso de tratamiento, modifiquen sus actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de las drogas y aumenten sus destrezas para llevar una vida más saludable. Estos esquemas terapéuticos también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas continúen en tratamiento por más tiempo”.

El trabajo en Prevención

En la actualidad toda aquella persona que se precie de trabajar en investigación, docencia o asistencia vinculada al campo de los consumos problemáticos de drogas no puede desconocer la importancia vital de fomentar el desarrollo de **tareas preventivas** en distintos ámbitos (comunitario, educativo, laboral, etc.). Recuperamos en este sentido la definición de Martín cuando plantea que la Prevención “es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995, p. 55, citado por Becoña, 2002).

No obstante, cuando se revisan las referencias de trabajo (actuales e históricas) de las CCTT muy poco puede hallarse en torno a desarrollos serios y eficientes en el área de la prevención del consumo de drogas. De todas maneras, y desde hace pocos años, en función de la experiencia capitalizada a partir de la asistencia, algunas instituciones vinculadas históricamente a la asistencia han comenzado a desarrollar actividades en el campo de la promoción de la salud y la prevención del consumo problemático de drogas.

En el caso del Programa del Sol las actividades desarrolladas en este ámbito comienzan a gestarse poco tiempo después del inicio de las actividades terapéuticas, en el año 2000. Actualmente, las estrategias y acciones que desarrollamos desde el Área Comunitaria tienen como objetivo concreto y prioritario el incidir sobre el desarrollo de factores de protección a nivel individual, comunitario e institucional para que las personas o comunidades puedan hacer frente a situaciones vinculadas al consumo de drogas.

básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. Becoña Iglesias y Cortes Tomas. Guías clínicas Socidrogalcohol. España 2008.

Becoña (2007) plantea en este sentido que la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

Un factor más que significativo para el análisis tiene que ver con la alarmante (e histórica) ausencia de políticas públicas en este ámbito. Por tanto desde hace más de 10 años, las únicas alternativas vigentes en prevención son aquellas vehiculizadas por las organizaciones de la sociedad civil. Es un desafío, en la actualidad, poder articular con el Estado en términos de retroalimentar y fortalecer las experiencias dadas y avanzar en el desarrollo de programas de trabajo articulados y consistentes.

El posicionamiento social

Históricamente, las comunidades terapéuticas han mantenido un perfil muy particular en relación a su integración en el entramado de las organizaciones de la sociedad civil. No son muchos los ejemplos de CCTT que han podido vincularse activamente con otras instituciones en un plano de articulación socio-política. Si recuperamos su devenir veremos que muchas de estas instituciones han planteado sus dispositivos desde hábitats rurales, con poca proximidad física a otras instituciones, en condiciones muy particulares de aislamiento. La dinámica “intra muros” sostenida en las prácticas terapéuticas ha sido predominante, incluso hoy, en donde gran parte de estos centros se han radicado en zonas urbanas, son muy pocas las referencias de organizaciones comprometidas en procesos de participación social. No me refiero en este caso a las vinculaciones entre CCTT u instituciones abocadas específicamente a la asistencia o prevención del consumo de drogas, sino a la implicancia en redes de inclusión institucional más amplia que remiten a otros ámbitos.

Una mirada parcializada, aun imperante, sobre el individuo o la problemática, puede ser uno de las causas de tales ausencias. Esta situación, debe ser entendida como una

limitación de las instituciones en tanto pierden contacto con las referencias políticas ideológicas y científicas que en cualquier campo de intervención social enriquecen, dan vida y permiten el crecimiento institucional.

Desde nuestra concepción integral del sujeto y a partir de una lógica de intervención que puede encuadrarse, según la definición del Dr. Helen Nowlis (1975) en el **Modelo Psicosocial**¹⁹, nos hemos situado con un posicionamiento activo asumiendo protagonismo y representación en diversas redes. A partir de esta definición el Programa del Sol participa actualmente Redes y colectivos de organizaciones comunitarias, sociales y de derechos humanos tales como el Colectivo Cordobés por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en la Red de Organizaciones con Trabajo en VIH/SIDA, Red Local Participativa de B Yapeyú, entre otras.

Conclusión

Los cambios y modificaciones descriptos anteriormente (en relación a los antecedentes fundacionales de las CCTT), han dado lugar a nuevas “configuraciones” en los modelos actuales de asistencia en drogodependencias. No obstante, debemos reconocer la influencia significativa, hasta la fecha, de los modelos tradicionales de CCTT. Incluso, aquellas instituciones que hemos tomado mayor distancia de tales referencias, aun conservamos algunos parámetros fundamentales, legados de los modelos de Maxwell, Jones y la escuela del Proyecto UOMO italiana. De los mismos aun podemos reconocer en nuestras prácticas:

- El reconocimiento y aceptación del valor de los aprendizajes sociales como alternativa hacia modos de vida más saludables (en donde se busca el cuestionamiento crítico del consumo de drogas y sus motivaciones).
- El sostenimiento de la idea de comunidad relacionada al ámbito grupal. Desde lo grupal se incentiva el protagonismo, la responsabilidad y la autonomía de las personas en

¹⁹ “Al modelo psicosocial le interesa el contexto, en cuanto a la influencia de las actitudes y del comportamiento observables de otras personas, en forma individual o social tales como la familia, los grupos de amigos o compañeros, las comunidades y la colectividad”.

relación a su proceso de tratamiento. Desde lo grupal se favorece la empatía relacional y la mejora en las posibilidades de vinculación interpersonal.

- Se revaloriza el aporte de la correlación entre lo terapéutico y lo educativo o socio educativo.
- Se pone en valor la **capacidad de contención diferencial** de estos dispositivos asistenciales como un recurso válido para que las personas pueda resolver progresivamente las dificultades vinculadas al consumo de drogas.
- La necesidad de equilibrar la relación entre el terapéutica y la persona asistida, asumiendo un compromiso ético técnico y político por defender los derechos de las personas que demandan tratamiento
- La importancia de individualizar la demanda de asistencia y adecuar los esquemas terapéuticos a las necesidades de la persona y no a la inversa, como frecuentemente sucede.

Si bien con esta sucinta enunciación no se agotan los aportes de las experiencias originarias en el campo de la asistencia en drogodependencia, podemos aproximarnos al valor que asumen, en tanto referencia ineludible para cualquier experiencia actual. Recuperar históricamente este modelo e interpretar sus configuraciones a la luz del contexto socio histórico en donde se produjeron nos permite ampliar nuestra visión crítica del fenómeno y de las alternativas (en este caso asistenciales) formuladas como respuesta ante el mismo.

Estas formas particulares de dar respuesta, (las CCTT), han debido actualizarse e implementar, en palabras de Comas (2006) ciertas “estrategias de diversificación”, es decir que dichas instituciones han tenido que cambiar para poder sobrevivir. Como fue planteado en un principio estos cambios no son homogéneos (obedecen a particularidades de las instituciones y las personas que las componen), pero tampoco erráticos o casuales en tanto no se dan aislados de las influencias socio históricas, ni desprovistos de ciertos modelos o discursos subyacentes. Ante la diversidad de modelos o discursos explicativos sobre la droga, diversidad de propuestas para su abordaje.

En la última parte de este trabajo he intentado reflejar las transformaciones al interior de una de estas instituciones originada en el marco de las CCTT, en donde el eje de **lo instituyente** se sitúa en torno a un posicionamiento crítico acerca de las definiciones dogmáticas y hegemónicas planteadas en relación a las drogas y las personas que las consumen. Esta tensión ha operado y opera en lo instituido del Programa del Sol, proveyendo de nuevas lecturas, miradas y discursos que a su vez sirven de soporte a las estrategias preventivas y asistenciales que desde allí se desarrollan. Si bien esta es solo una experiencia particular puede servir de ejemplo de cómo, a partir del legado histórico de las CCTT (sin negar tales antecedentes pero siendo firmemente críticos con los mismos), se pueden conformar dispositivos alternativos, dinámicos, adecuados a la demanda actual y por sobre todo respetuosos de los derechos, definiciones, recursos y posibilidades de las personas que demandan asistencia.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1993). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition)*. Washington, DC.
- Beck, A. Scott, J. & Williams, M. (1991). “La Terapia Cognitiva en la práctica clínica: Un Libro de Casos ilustrativos “ Ed. Routledge.
- Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2008). Guías clínicas Socidrogalcohol. España.
- Becoña Iglesias, E. (2007). “Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas”. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 28(1), pag. 11-20.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Burkstein, O. Brent, D. & Kaminer, Y. (1989). La comorbilidad de abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en adolescentes. *American Journal of Psychiatry*, 146: 1131-1141.

- Campagna, D. & Gervasio, E. (2004). *“Un modelo de comunidad terapéutica autosustentable para América Latina”*. Asociación Proyecto Hombre. España.
- Carrol, K. (1998) *Manual de Terapia Cognitiva para la Adicción a las Drogas*. NIDA 1998.
- Comas Arnau, D. (1999). “La supervisión institucional” Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz. VI Encuentro nacional y su enfoque comunitario. Libro de Ponencias.
- Comas Arnau, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista española de drogodependencias*, ISSN 0213-7615, N°. 3, pags. 238-254.
- Comas Arnau, D. (2006). “Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional” Grupo GID. España.
- Cooper, D. (1967) "Psiquiatría y Antipsiquiatría" Ed. Paidós.
- Danza, C. (2009). “¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa”. *Rev Psiquitr Urug* Pag. 99-108.
- De Dominicis, A. (1997). “La comunidad terapéutica para los toxicodependientes” Centro Italiano di solidarietà di Roma.
- De León, G. (2004). “La comunidad terapéutica y las adicciones” *Teoría, Modelo y Método*. Desclée De Brouwer.
- Del Pozo Llorente, J.M. & Fernández Gómez, C. (1999). “Comunidades terapéuticas”: Situación actual y perspectivas de futuro” *Rev. ADICCIONES*. Vol.11 Núm. 4. Págs. 329/336.
- Drake, R. Osher, F. & Wallach, M. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (7), 408-414.
- Hernández Monsalve, M. (2000). “Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más?”. Publicado en Rivas F. *La psicosis en la comunidad*. AEN. Madrid; pag. 131-190.

- Insúa, P. & Grijalvo, J. (2000). “Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas”. *Papeles del Psicólogo*. nº 77, ISSN 0214 – 7823.
- Jones, M. (1979). La comunidad terapéutica, el aprendizaje social y el cambio social; (en) *"Comunidades Terapéuticas: Reflexiones y Progreso"*; Hinshelwood, RD y Manning, N. (eds.), Routledge & Kegan Paul, Londres.
- Jones, M. (1982). “Las comunidades terapéuticas pasado, presente y futuro, (en) *"El individuo y el grupo"*”; Pines, M. y Rafelsen, L. (eds.), Plenum Press, Nueva York.
- M. Farrell, M. ; Howes , S.; Bebbington, P.; Brugha, T.; Jenkins, R.; Lewis, G.; Marsden, J.; Taylor, C. & Meltzer, H. (2003) Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity--results of a national household survey *International Review of Psychiatry*, Volume 15, Issue 1 & 2 February , pags 50 – 56.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Milkman, H. & Sederer, LL. ((1990) *Treatment Choices For Alcoholism and Substance Abuse* .Lexington Books, Massachusetts.
- NIDA “Manual de Terapia Cognitiva para la Adicción a las Drogas” .EEUU 1998.
- NIDA “Principios para el tratamiento de las adicciones” .EEUU 1999.
- NIDA. Serie de Reportes de Investigación - La Comunidad Terapéutica. NIH Publicación Número 04-4877(S). .EEUU. Impresa en diciembre 2003.
- Nowlis, H. (1975). “La Verdad sobre la Droga”. Publicaciones de la UNESCO.
- Saavedra A. (2001). *Comorbilidad en dependencia a sustancias*, *Psicoactiva* 19: 63-103.

- Salloum, I.; Bishop, S.; Najavits, L.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.; Moras, K. & Beck, A. (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence Archives of General Psychiatry. Vol. 56 No. 6 ; Pag.: 493-502.

- Santis Barros, R. & Casas, M. (1999). Diagnóstico Dual. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz. VI Encuentro nacional y su enfoque comunitario. Libro de Ponencias.

- Sentis, V. (2004). “De Esalen a Poona”. J. C. Sáez Editorial .

- Van Gelder, (1997). “Charles Dederich, 83, Synanon Founder, Dies”. The New York Times. Publicado: 4 de marzo de 1997. Recuperado el 2 de abril del sitio: <http://www.nytimes.com/1997/03/04/us/charles-dederich-83-synanon-founder-dies.html?sec=&spon=>.

Sitios WEB consultados

- <http://www.programadelsol.com.ar>
- <http://www.programacambio.org>
- <http://www.programaandrescba.org.ar/>
- <http://www.proyctohombre.es>
- <http://www.progettouomo.net>
- <http://www.daytop.org>
- <http://www.ceis.it>