

Segunda Jornada de Lectura de Ensayos de los Docentes del Programa de Psicología-Funlam

El psicólogo en el proceso de recuperación del sentido de la existencia, a través de su quehacer con el drogodependiente en la comunidad terapéutica^[1]

1.OBJETIVO

Realizar un aporte en torno al quehacer del psicólogo en Comunidad Terapéutica contextualizado a partir de una vivencia y un estudio en las comunidades terapéuticas jerárquicas, es decir, aquellas cuya influencia de SYNANON, determinan su quehacer.

2. ASPECTOS GENERALES

2.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

2.1.1. TIPO DE ESTUDIO.

Experiencia de cinco años (1.993-1.997).

Estudio que se ubicó en una lógica cuantitativa, dentro de un enfoque empírico analítico de corte descriptivo; a partir del cuál y desde un recorrido teórico y una aproximación a la evaluación experiencial, se pretende realizar un aporte y una reflexión para la Comunidad Terapéutica frente al quehacer del psicólogo.

2.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE PSICOTERAPÉUTICA.

Está sustentada desde la conceptualización que hace Freud al definir la PSICOTERAPIA como el procedimiento más antiguo y donde al inducir un estado de «crédula expectativa», se logra que la disposición psíquica del paciente se convierta en factor influyente en el resultado de cualquier procedimiento.¹

2.1.3. GRUPO PLOBLACIONAL

Farmacodependiente: Definido como aquel que ha establecido una relación particular con la droga, en la medida en que todos los aspectos de su existencia han sido subordinados al consumo reiterado de una o varias clases de sustancias. Relación de tipo existencial, caracterizada por la autodestrucción progresiva, crisis de valores, vacío existencial y ausencia de sentido de vida.²

Equipo clínico - Conformado por ex –consumidores que ocupan cargos directivos; residentes avanzados en el proceso –niveles o residentes de tercera fase-. Ahora, profesionales de psicología, Trabajo Social y Pedagogía Re-educativa.

Encargados del proceso de tratamiento; de orientarlo, de implementar los programas, los planes de tratamiento. En síntesis, es el responsable del logro de objetivos del programa de tratamiento.

2.1.4. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Las técnicas utilizadas en la recolección de información:

- Entrevistas informales.
- Observaciones
- Análisis documental

Las fuentes de información primaria:

- Personal directivo
- Ex –consumidores
- Residentes en proceso de tratamiento.
- Miembros del Staff clínico.

Las fuentes de información secundaria:

- Documentos históricos.
- Historias clínicas
- Informes escritos de practicantes de Psicología
- Modelos de tratamiento.

Fabián Orozco

Psicólogo de la Comunidad terapéutica San José.
Docente del Programa de Psicología-Funlam



Fernando Botero

Madre Superiora
1996

Lápiz y acuarela sobre lienzo
124 x 103 cm
Registro 3398

3.JUSTIFICACIÓN

3.1.DESDE EL LUGAR DEL PSICÓLOGO.

El psicólogo tiene una responsabilidad y una justificación ÉTICA Y MORAL en ese proceso de recuperación del SENTIDO DE LA EXISTENCIA en la Comunidad Terapéutica.

Ética (ETHOS): Modo de ser o carácter.

- Responsable de su decisión enmarcado en la cultura, enmarcado en la Comunidad Terapéutica. **3**

Moral(MOS O MORES)- Hábitos, costumbres.

- Producto de las relaciones sociales, de la interacción del sujeto con los ideales de la cultura de la Comunidad Terapéutica, de su modelo. **4**

3.2 DESDE EL LUGAR DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

-La cualificación de su modelo en la aproximación a una propuesta INTEGRAL.

-La creciente demanda de la institución en la intervención de la complejidad de los fenómenos psíquicos.

-La necesidad de crear y abrir alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida de la persona adicta.

-Por la necesidad que tiene la institución de ubicar «algún» quehacer para los psicólogos.

4.PROBLEMA

Desde sus inicios como Modelo de tratamiento en el año de 1.952 y desde la influencia de la misma psiquiatría -con el Dr. Maxwell Jones- además de la experiencia recogida en institutos psiquiátricos, donde colegas suyos operaban desde 1.946 con un modelo similar para enfermos mentales, los equipos clínicos permiten que los pacientes asuman un papel protagónico al encargar responsabilidades y actividades en el proceso terapéutico. **5** El médico y su equipo paramédico, pasan de un lugar «activo» a uno «pasivo».

Desde este momento, ya hay una «exclusión» simbólica, «marcante», «decisiva» en el modelo. Ya no interesa tanto que el profesional interprete, califique a su paciente, diagnostique..., interesa es que "el promotor del proceso curativo, sea el propio enfermo, quien a su vez puede colaborar en la curación de sus compañeros de tratamiento y dentro de los modelos institucionales, cada vez más parecidos a la realidad social convencional".

Se habla pues de «pequeñas sociedades».

Desde otro lugar, es decir, desde la propuesta de Charles Dederich, ya no desde la ciencia, sino desde la experiencia, creyendo en la eficacia y poder del grupo, vislumbra una posibilidad en el tratamiento de las adicciones. Surge pues SYNANON COMO PRIMERA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA DROGODEPENDIENTES en 1.958, **6** donde los «pares» es decir, los similares en la vivencia del consumo "son los más indicados para asumir una postura terapéutica además de ser considerados privilegiados al contar con un saber sobre la vivencia en la droga" **7**. Su finalidad es mantener a un sujeto estable en la institución y como lo describe Domingo Comas, sin plantearse específicamente los problemas de integración social «externos» **8**. Durante muchos años los equipos clínicos –líderes ex –consumidores aún en proceso y aquellos ya re –socializados-, no permitían el acceso de ningún profesional del área de la psicología a la institución.

Durante la última década y considerando la estandarización de los procesos en los países latinoamericanos, se posibilita la remisión de algunos residentes, pero fuera del espacio de Comunidad Terapéutica a los consultorios de los psicólogos y se hace para aquellos casos que no se adaptan o son considerados disonantes para la dinámica del Modelo. Posteriormente y a partir de considerarse relevante la presencia del psicólogo dentro de la institución, la Academia se involucra. Esta presencia se establece por las exigencias de las agencias de práctica o de las instituciones gubernamentales con las que se tiene convenios; además por una posición diferente del mismo profesional y por concientización interna de los mismos equipos clínicos – se permite inicialmente en CONSULTA INDIVIDUAL pero sin el acceso a los espacios grupales: CONFRONTACIÓN, ENCUENTROS DE LA MAÑANA, MARATÓN DE TERAPIAS o incluso TERAPIAS GRUPALES Y FAMILIARES. **9** Sólo en los últimos dos años es en Latinoamérica donde el psicólogo ingresa a la dinámica del modelo con la limitación aun de evitar la «disonancia» y el «desencuentro» es decir, ocupando igualmente un lugar de «exclusión».

Consecuentemente con lo anterior, las evaluaciones realizadas por practicantes y profesionales de la psicología, permiten establecer que en el modelo de la comunidad Terapéutica y sobre todo aquel de corte jerárquico, autocrático, existen espacios de escucha desde el saber de los ex-consumidores; se encuentran dificultades en la articulación a un dispositivo de escucha y trabajo psicoterapéutico, puesto que los residentes encuentran las alternativas y respuestas en dicho espacio de saber, además de dificultarse la continuidad de los procesos psicoterapéuticos por la rotación de la población.

En resumen, la no formalización del quehacer del psicólogo en la COMUNIDAD TERAPÉUTICA, dificulta su participación e intervención.

5.PRETENCIONES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En el caso de las instituciones influenciadas por propuestas pedagógicas europeas, donde

precisamente esta pedagogía es la «columna vertebral» de los procesos y sobre todo en los programas para niños y adolescentes usadores, infractores y contraventores de la ley penal, el lugar de la Academia ocupa un lugar de intervención activa y participativa, además de que su presencia constituye la posibilidad de dinamizar programas de formación y de corte terapéutico.

Es indudable que durante 50 años, la Comunidad Terapéutica en el mundo, ha venido desarrollando una labor en las áreas asistencial, preventiva, docente e investigativa. Ha intentado construir una propuesta de tratamiento y de intervención mixta –En los equipos clínicos, profesionales y ex –consumidores–.

En el trasegar de estos años, se aproxima a estructurar un programa especializado de tratamiento integral y de «re-socialización». Ha intentado además aproximarse a una intervención con un enfoque holístico para un problema o una amenaza para la sociedad y donde se constituye así la necesidad de producir un efecto de identificación a un problema común y que desde la psicología habría un sustento para crear en un individuo la esperanza de sanación que contendría la razón de ser.

Si se parte del concepto como espacio semicerrado y donde el adicto se ve aislado de una serie de factores como la droga, los amigos consumidores, la familia y el dinero entre otros, durante un lapso de tiempo determinado, también es importante considerar que dicho aislamiento ha generado que los residentes no afronten la realidad social, familiar, emocional y psíquica en interacción con el conflicto social que atraviesa antes del ingreso a la Comunidad Terapéutica. Esta «extracción» o «aislamiento» se ha constituido además en un factor atravesado por lo imaginario y lo simbólico, predisponente y que ha provocado choques con la realidad e incluso, recaídas por la «burbuja» en la que se encontraba.

La idea de que el residente se identifique con el significante «Soy drogadicto» y de que en éste pueda nacer la esperanza de superación por su par «resocializado» posibilita la contención del paciente en la Comunidad.

Pues bien, siendo esta descripción la que pretende aportar una posición al quehacer del psicólogo en la Comunidad Terapéutica, la propuesta institucional plantea lo comunicativo, lo formativo y que en este espacio «desprende» comportamientos, relaciones interpersonales y patrones de respuesta «inadecuadas» y aprende otros «más sanos» y «adecuados».

La Comunidad Terapéutica ha llamado su proceso como re-educativo y su visión aquí confluye en cambiar esquemas de comportamiento. La irresponsabilidad, la «inmadurez emocional», es decir, aquello que dificulte la convivencia social. Ello genera la necesidad de pensar en un tercero-Institución- para posibilitar y facilitar el proceso de tratamiento. Aquel adicto como protagonista de un proceso; la elección y permanencia en el programa es voluntaria, se encuentra con la realidad contradictoria por el efecto de presión, contención y temORIZACIÓN que se vive en la dinámica cotidiana y donde incluso la elección de su afectividad y vivencia de la sexualidad se determina desde el lugar institucional.

5.1. INFLUENCIA DE LAS CORRIENTES PSICOLÓGICAS.

La Comunidad Terapéutica cuenta con una notoria influencia pedagógica en la metodología que utiliza, pero también cuenta con fundamentos teóricos que se pueden encontrar en las corrientes psicológicas humanista, cognitivista y psicodinámica y son una mezcla de los modelos europeo y norteamericano con Victor Frankl, Albert Ellis y Erik Ericson respectivamente como sus más notables exponentes. [10](#)

Frankl propone el modelo de Logoterapia y fundamenta su teoría en la idea de la presencia de un «vacío existencial» en el individuo, debido a la pérdida de valores que la sociedad moderna con su técnica ha traído y por lo tanto, hace la propuesta de «llenar» ese «vacío existencial» con unos valores ideales practicándolos en la Comunidad Terapéutica: Responsabilidad, autocontrol, honestidad, etc. y finalmente con la idea de un Dios o de un trascendente. [11](#)

Ellis, mediante la Terapia Racional Emotiva, sugiere detectar en los problemas que expone un individuo, las ideas irracionales que orientan su vida ocasionándole sufrimiento, con el propósito de cuestionarlos y hacerlos más acordes con la realidad consensual exterior. [12](#)

Erickson, desde una interpretación de la teoría, concibe al drogadicto como un inmaduro emocional que tiene trastocada su edad cronológica con su maduración psicológica, y donde la propuesta consiste en devolver al adicto a su estado infantil mediante elementos simbólicos: Retención de sus documentos, control de su libertad, pérdida de sus derechos; para así permitirle un progresivo avance hacia la «nivelación» de su edad cronológica y su madurez emocional. [13](#)

6. UNA POSICIÓN DEL PSICOLOGO FRENTE AL QUE HACER INSTITUCIONAL.

"...El farmacodependiente busca el placer y finalmente lo que intenta es no sentir dolor o sentir otra cosa, puesto que su economía psíquica es débil para enfrentar dicho dolor..." [14](#)

La problemática DEL USO Y/O ABUSO NOCIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MUNDO, "...demanda alternativas globales e integradas, dada la multicausalidad entendidas como elementos de un conjunto, que posee una dinámica donde sólo en la medida en que uno se relaciona con el otro, adquiere un sentido verdadero". [15](#)

"...Es así como para el manejo y comprensión del fenómeno de la farmacodependencia, es necesario considerar las variables BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUALES". [16](#)

En nuestra función como psicoterapeutas hoy de la Comunidad Terapéutica, es necesario partir de

una ética y una moral frente a aquel sujeto que llega a nuestras instituciones en búsqueda de una opción distinta para su existencia. Sólo en la medida en que clarifiquemos qué es lo que ese sujeto espera, desea, busca y quiere; es que podemos ser un medio y cumplir una función en su cura.

La ética nos enseña que es por el respeto al otro y la consecuencia con lo que somos y representamos, que se puede actuar en Comunidad Terapéutica; de una manera eficaz, no involucrando nuestro deseo, sino posibilitando que ese sujeto que sufre, el adicto, se interroge por su ser y pueda cambiar su hacer y estar en el mundo.¹⁷

La ética nos recuerda simplemente, «SOLO EL RESIDENTE LO PUEDE HACER» porque el sujeto es el que define en última instancia desde su deber ser quien quiere ser.

Sin embargo, el interés de la comunidad terapéutica en cuanto a la intervención psicológica, se centraría en elaborar a partir de sus lineamientos, una adaptación del individuo a la norma social de la cual se encontraba al margen. Si se entiende la identificación como aquello que implica un enlace afectivo a otra persona a quien se quiere imitar, ser como ella, cualquier intervención psicoterapéutica cumpliría una función re-educadora de la personalidad y buscaría mejorar en ella la autoimagen, el autoconcepto, la autoestima y así devolverle al YO las funciones de síntesis y autodominio perdidas durante el proceso de adicción. Todo esto bajo la mirada del operador e incluso del psicoterapeuta a quien identificarse.

Por tal razón, es responsabilidad ética del psicólogo interrogar si todo drogadicto es un enfermo, o si toda drogadicción es lesciva para el sujeto; recordemos que para muchos sujetos esta práctica, puede cumplir una función creadora, productiva y en muchos casos cuando es temporal, puede ser un puente entre fases evolutivas a nivel afectivo o cognoscitivo menos maduras y menos eficaces a otras fallas del desarrollo superiores e incluso, mejor adaptadas a la realidad exterior.¹⁸ Es importante hacer precisión en que no podemos desconocer el impacto que la droga tiene sobre lo real del organismo y sus imprevisibles efectos. Efectos que están determinados por los tres factores etiológicos en los que Freud siempre insistió al momento de concebir en fenómeno. Éstos son el constitucional, el circunstancial y el discursivo.

Cuando el psicólogo penetra en la Comunidad Terapéutica, debe enfrentarse a una demanda institucional que trata de absorberlo en su discurso, asignándole un lugar y unas funciones específicas. Esta situación lo convoca a responder a tal demanda desde una posición ética.

El psicólogo se articula a la institución, no la institución al psicólogo.

Una posición ética es reconocer que dentro de la «particular forma de operar» de la Comunidad Terapéutica, la consejería informal es reconocida por tener un real significado y se define como «conversando», además toma lugar en el contexto de evaluación individualizada y Plan de tratamiento.

El residente deberá hacerse al ser mediante el significativo, nombrar lo que le pasa y decidir lo que debe hacer en su existencia, responsabilizarse de ella y no seguir culpando al otro.

En conclusión debe reconocer que su lugar de escucha, es decir, su «respuesta ética» de intervención psicológica, busca rescatar la subjetividad y ofreciéndole al paciente un método distinto.

La psicoterapia breve.

6.1 LA PROPUESTA DE LAS PSICOTERAPIAS BREVES.

El crecimiento y demanda psicoterapéutica en la comunidad terapéutica ha requerido la organización de recursos teóricos, humanos y técnicos para enfrentar dicha actividad. Se avanza pues y en términos de Fiorini... «hacia una psiquiatría social, hacia una comprensión más totalizadora del paciente, con las limitaciones de una experiencia tradicionalmente basada en la práctica privada y su correlativa concepción individualista de la comunidad».¹⁹

«...Se orienta su intervención hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación...»²⁰

En otras palabras, se intenta una comprensión psicodinámica del sujeto en el contexto del diario vivir de la comunidad terapéutica. Este interjuego o relación entre el mundo «interno» y «externo», constituye un conjunto de factores que operan más allá de la etapa de neurosis infantil y que establece la compleja organización dinámica de las relaciones objetales tempranas, frente al mundo actual de objetos reales...

«Se establecerán relaciones entre psicopatología y aquellos comportamientos potencialmente adaptativos».²¹

Significaría la posibilidad de que aquellos residentes con modelo de conducta patológica puedan dar cuenta de toda la conducta del paciente, de su existencia total. Pacientes que fuera de los espacios de intervención institucional, en nuestro caso, la comunidad terapéutica, el residente asume una postura diferente: irresponsabilidad, indiferencia, agresividad, soledad, etc. Pero luego de estar en el espacio de comunidad terapéutica, sus aptitudes y comportamientos son contrarios, es decir, aquellos sujetos se muestran responsables, desempeñando actividades sociales con participación activa, constructiva y altamente adaptativa.

Hartman²² ha desarrollado la concepción psicodinámica de la enfermedad, planteando que no es posible entenderla sin considerar su interacción con el funcionamiento normal.

Con la Psicoterapia Breve se organizaría los recursos de forma elástica, lo que Fiorini ha llamado

«principio de flexibilidad» y es a través de una evaluación total del residente, de su grado de conflicto o disfuncionalidad y del potencial adaptativo de su personalidad: elabora su estrategia según que capacidades están libres de conflictos o libres de ellos.

La intervención desde los «modelos motivacionales y conflictivos de la personalidad»²³, tienen como parámetro la dualidad que establece Fiorini entre aspectos sanos y enfermos y estos presentes en el sujeto desde el nivel motivacional de tipo infantil y adulto. La intervención psicoterapéutica apuntaría a la posibilidad de que estos comportamientos ligados primitivamente a lo infantil adquirieran en el desarrollo funciones con un fin en sí mismas. Se observaría además la necesidad de entender al individuo como un sistema de múltiples motivaciones organizadas.

Sin perder la concepción existencialista de la comunidad terapéutica, además de la visión logoterapéutica de Victor Frankl, la psicoterapia breve se articula con dicha concepción en la orientación del sujeto hacia el futuro, su organización en proyectos de alcance diverso que incluye una relación con cierta imagen de sí y con un mundo de metas y alcances reales.

6.1.1 ¿CÓMO PENSAR LAS PSICOTERAPIAS BREVES EN EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

q La posibilidad de ofrecer al residente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos y que serán censurados en su medio habitual.

q En el banco institucional que es adecuado para una «experiencia emocional correctiva», se favorecerá el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales tanto en su interacción familiar y social, como institucional.

q Se posibilitará a alentar al residente a que asuma errores que favorezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.

q La psicoterapia individual y/o grupal.

q La terapia ocupacional, que orientada según la comprensión dinámica del paciente se constituye en un nuevo campo significativo de aprendizaje, de expresión motriz y actividades grupales.

q La acción terapéutica sobre el grupo familiar.

q Actividades grupales de tipo comunitario (asamblea, grupo de discusión, grupo de actividad cultural).

q Admisión e inicio del proceso de tratamiento.

q Finalmente, el psicoterapeuta tiene una responsabilidad en el proceso final del residente, llamado por la comunidad terapéutica, RE-INSERCIÓN. Esta responsabilidad ética se sustenta en reconocer que dicho proceso sigue y seguirá siendo la «piedra en el zapato» de las comunidades terapéuticas puesto que desde el paradigma bio-psico-socio-espiritual, el sujeto nunca sale de lo social. Esto desde una mirada epistemológica y la certeza paradójica ilimitada en cualquier institución de corte semi-cerrada o cerrada.

* Relato de una experiencia-Ponencia presentada en la XXI CONFERENCIA MUNDIAL DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS - "Dependencia-Ciencia y Conciencia", Cartagena de Indias, febrero 15 al 20 de 1998.

¹ Dewald, Paul A. Psicoterapia, un enfoque dinámico. Segunda edición. Barcelona Toray, 1.984.362p.

² Memorias 1.995 Fundación Hogares Claret.

³ Documento Day Top. Historia de la Comunidad Terapéutica.

⁴ Idem

⁵ Goti, María Elena. La Comunidad Terapéutica, Un Desafío a la Droga. Ediciones Nueva Visión 1.990 Tucumán Buenos Aires Argentina 126p.

⁶ Goti, María Elena. La Comunidad Terapéutica. Un Desafío a la Droga Ediciones Nueva Visión Buenos Aires Argentina 1.990 126p.

⁷ Vanegas., Julián. Informe Final de Cuarto Semestre de Prácticas. Noviembre de 1.993.

⁸ Comas, Arnau Domingo. El Desarrollo de la Comunidad Terapéutica Profesional: La función de la Evaluación Quinta Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y Primer Encuentro Nacional Cartagena de Indias 1.994.

⁹ Doctor Holmes Londoño Medina. Director Escuela de Operadores Fundación Hogares Claret.

¹⁰ López, Adolfo León. Una Posición del Psicólogo en Comunidad Terapéutica. Documento 1.997.

¹¹ López, Adolfo León. Una Posición del Psicólogo en Comunidad Terapéutica. Documento 1.997.

¹² Idem.

¹³ Idem.

¹⁴ Duns Casriel. Historia de la Comunidad Terapéutica. Documento Day Top.

¹⁵ Compenio de Farmacodependencia. Hospital San Vicente de Paúl.

¹⁶ Idem.

¹⁷ López, Adolfo León. Una Posición del Psicólogo en Comunidad Terapéutica. Documento 1.997.

¹⁸ López, Adolfo León. Una Posición del Psicólogo en Comunidad Terapéutica. Documento 1.997.

¹⁹ Fiorini, Hector J. Teoría y Técnica de Psicoterápias. Ediciones Nueva Visión Buenos Aires Argentina 1.984 219p.

²⁰ Idem.

²¹ Fiorini, Hector J. Teoría y Técnica de Psicoterápias. Ediciones Nueva Visión Buenos Aires Argentina 1.984

²² Idem.

²³ Idem.