



**Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE
ADULTOS**

**PSICOANÁLISIS APLICADO AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

¿POSIBLE O IMPOSIBLE?

Profesor Guía: Gonzalo Miranda Hiriart
Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno Morales
Alumna: Carmen Gloria Soto Fortuny

Santiago, 2011

INDICE

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	8
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	17
4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	18
5. HISTORIA, MODELO y PERSPECTIVAS SOBRE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	
5.1. La Comunidad Terapéutica: Origen y Consolidación	21
5.1.1. Modelo Europeo	33
5.1.2. Modelo Americano	39
5.2. Las Comunidades Terapéuticas en Chile	53
5.2.1. Historia de las Comunidades Terapéuticas en Chile	55
5.2.2. Comunidades Terapéuticas más importantes a nivel nacional	63
5.2.2.1. Corporación Comunidad La Roca	63
5.2.2.2. Hogares CREA Chile	65
5.2.2.3. Centro de Reeducción de Adictos DAR	65
5.2.2.4. Comunidad Terapéutica Colina	66
5.2.2.5. Proyecto Ser	69
5.2.2.6. Comunidad Terapéutica Manresa	70
5.2.2.7. Comunidad Terapéutica Alfa	71
5.2.2.8. Comunidad Terapéutica REMAR	73
5.2.2.9. Corporación La Esperanza	75
5.2.2.10. Comunidad Terapéutica Dianova	76
5.2.2.11. Comunidad Terapéutica Talita Kum	77
5.2.3. Código de Ética en las Comunidades Terapéuticas en Chile	82
5.3. Perspectivas acerca del Modelo de Tratamiento al interior de las Comunidades Terapéuticas	87
5.3.1. ¿Qué es una Comunidad Terapéutica?	88
5.3.2. Descripción de la Comunidad Terapéutica	89
5.3.3. ¿Cómo se organiza una Comunidad Terapéutica?	92
5.3.3.1. Organización Social	92
5.3.3.2. Régimen Diario de Actividades	93

5.3.3.3.	Etapas del Proceso en Comunidad Terapéutica	94
	a. Etapa de Admisión	94
	b. Etapa de Tratamiento, Rehabilitación o CT	95
	c. Etapa de Reinserción	95
5.3.3.4.	Equipo Terapéutico	96
5.3.4.	Perspectiva de la Comunidad Terapéutica sobre las Drogodependencias	97
5.3.5.	Perspectiva de la Comunidad Terapéutica respecto del Drogodependiente	99
5.3.6.	Método de Tratamiento en las Comunidades Terapéuticas	100
	a. Límites a las Conductas	104
	b. Presión de los Pares	104
	c. Autoayuda	104
	d. Autosuficiencia Grupal	105
	e. Confrontación	105
	f. Confesiones Públicas	106
	g. Sermones	107
	h. Estructuras para Facilitar la Expresión de Sentimientos	107
	i. Los Modelos	108
	j. Actividades Constructivas y Reparadoras	108
	k. Recreación Organizada	109
	l. Cuidado del Cuerpo	109
	m. Aislamiento de Elementos Externos	109
	n. Contactos Supervisados con el Exterior	110
	o. Asesoramiento Individual	110
	p. Asesoramiento Familiar	111
	q. Educación Formal – Capacitación Laboral Formal	111
	r. Ritualización	111
	s. Espiritualidad	112
5.3.7.	La Comunidad Terapéutica y los Valores	114
	a. Amor Responsable	115
	b. Honestidad	116

c. Responsabilidad	116
d. Solidaridad	116
e. Valores Espirituales o de Trascendencia	117
5.3.8. Objetivos de la Comunidad Terapéutica	117
5.4. Teorías Implícitas acerca de la Droga, la Adicción, el Adicto y la Cura	119
5.4.1. La Droga	119
5.4.2. La Adicción	121
5.4.3. El Adicto	125
5.4.3.1. El Adicto: Persona Trastornada	126
5.4.3.2. El Adicto: Un Enfermo	127
5.4.3.3. El Adicto: Un Inmoral o Pecador	128
5.4.3.4. El Adicto: Un Delincuente	128
5.4.4. La Cura	131
5.4.4.1. Centralidad del Objeto-Droga en el Tratamiento	132
5.4.4.2. Impotencia del Sujeto frente a la Droga	133
5.4.4.3. Imperativo de Curar	134
5.4.4.4. Estilo Persecutorio del Tratamiento	134
5.4.4.5. El Porqué de la Abstinencia	135
5.4.4.6. Identificación a la Condición de Enfermo	136
5.4.4.7. Rol del Ex – Adicto en la Terapéutica	136
5.4.4.8. Importancia de la Autoayuda	137
5.4.4.9. Homogeneidad del Tratamiento	138
5.4.4.10. Tratamiento Moral	138
5.4.4.11. Programa Terapéutico Educativo	140
5.4.4.12. Búsqueda de la “Vida Correcta”	141
6. Perspectiva Psicoanalítica de las Adicciones y Tratamiento de Toxicomanías	142
6.1. Freud y las drogas	142
6.1.1. Antecedentes: Freud y la cocaína	142
6.1.2. Las drogas en la Obra Psicoanalítica Freudiana	149
6.2. Perspectiva Lacaniana y las Drogas	154

6.3.	Sobre el Tratamiento Psicoanalítico de las Drogodependencias	165
6.3.1.	Freud, Tratamiento Psicoanalítico y Poseducación	165
6.3.2.	Perspectiva Lacaniana sobre el Tratamiento de las Drogodependencias	175
6.3.3.	Instituciones de Orientación Analítica para el Tratamiento de Toxicomanías	183
6.3.3.1.	Comunidades Terapéuticas Modificadas	183
6.3.3.2.	Instituciones Orientadas Analíticamente	184
7.	Conclusiones: Comunidades Terapéuticas y Psicoanálisis ¿Diálogo Imposible?	189
7.1.	La Dirección de la Cura en las Comunidades Terapéuticas	189
7.2.	Algunas diferencias con el Psicoanálisis	196
7.3.	Contradicciones en el discurso de las Comunidades Terapéuticas	204
7.4.	Entrada del Psicoanálisis en las contradicciones de las Comunidades Terapéuticas	206
7.5.	Psicoanálisis Aplicado al Tratamiento de Toxicomanías al interior de las Comunidades Terapéuticas. Lo que el análisis no transa	218
7.6.	La Ética	224
7.7.	Criterios a considerar para intervenciones orientadas analíticamente en el contexto de Comunidades Terapéuticas	227
8.	Referencias	230

1. RESUMEN

Esta investigación surge como un intento por responder a la dificultad que presenta el trabajo clínico con pacientes drogodependientes para un psicólogo de orientación analítica cuando es parte de un equipo de Comunidad Terapéutica de Rehabilitación; esto dado que las Comunidades de Rehabilitación, a través de su metodología de trabajo, tienden a homogeneizar el tratamiento, obstaculizando así la escucha al sufrimiento particular. Considerando que el fenómeno adictivo puede darse en cualquier estructura clínica y presentar una diversidad tan amplia como sujetos en tratamiento, resulta de interés investigar en la singularidad del malestar subjetivo y la relación con el goce que establece cada sujeto particular a través de la adicción. Es por eso que el psicoanálisis tiene algo importante que decir en materia de teorización respecto del fenómeno adictivo y, a su vez, proponer algunos criterios específicos para el tratamiento, que pudieran enriquecer la mirada de la Comunidad.

El trabajo con pacientes drogodependientes enfrenta al psicólogo de orientación analítica a diversas expectativas: del equipo terapéutico, del residente y de la familia de éste, que podrían entrar en tensión con su propia formación y deseo como analista. Asimismo, se podría producir un conflicto entre la ética de trabajo de la comunidad y la ética del psicoanálisis.

La presente investigación constituye un esfuerzo por identificar los puntos de encuentro y desencuentro existentes entre la perspectiva propia de la Comunidad Terapéutica respecto de la droga, la adicción, el adicto y la cura; y la perspectiva psicoanalítica lacaniana sobre el objeto-droga, el sujeto toxicómano, la toxicomanía u operación toxicómana, el sentido de la recuperación, los criterios de eficacia terapéutica, las características que debe tener el tratamiento, entre otros.

Se realiza un análisis crítico de los supuestos subyacentes al modelo de trabajo de las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación en general, y de algunas Comunidades Terapéuticas en Chile, recurriendo a los documentos oficiales de dichas organizaciones, así como a la realización de entrevistas a algunos informantes clave que permitieron acceder a información relevante acerca del modelo y metodología de

éstas. En paralelo se explora en la teoría psicoanalítica lacaniana en búsqueda de su perspectiva de análisis respecto de las toxicomanías y derivaciones clínicas en el trabajo con pacientes drogodependientes.

Se exponen los antecedentes relevantes para el análisis propuesto, partiendo por detallar la historia y perspectiva de las Comunidades Terapéuticas; para posteriormente describir el funcionamiento de algunas Comunidades Terapéuticas en Chile. Luego se hace una revisión en el campo de las adicciones y el psicoanálisis, comenzando por una lectura de Freud, primero de la obra pre-psicoanalítica en *Escritos sobre la cocaína* y, más adelante, se analizan los textos psicoanalíticos propiamente tales en que el autor alude a las drogas, la adicción y su tratamiento. En seguida, se presenta la definición de droga propuesta por Lacan y, finalmente, se analizan las aportaciones de algunos autores psicoanalíticos lacanianos, entre ellos, Le Poulichet - principalmente su concepto de “operación del farmakon”, Laurent, Miller, Sinatra, Silitti, Tarrab y Naparstek. Además se muestra la tensión existente entre dos propuestas analíticas nacionales: Cristian López y Germán del Solar. En una primera etapa, se describen los aportes teóricos sobre las drogas y la adicción para, en un segundo momento, exponer algunos puntos centrales del tratamiento psicoanalítico de toxicomanías.

El interés de este trabajo es buscar en el psicoanálisis y, específicamente dentro de la orientación analítica lacaniana, algunos lineamientos teóricos que permitan comprender el fenómeno adictivo y, a la vez, colegir algunos principios orientadores para la clínica con pacientes drogodependientes que se encuentren en tratamiento en una Comunidad Terapéutica de Rehabilitación.

Palabras Clave: Adicciones, Psicoanálisis Lacaniano, Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Antecedentes

El consumo de sustancias psicoactivas ha constituido a lo largo de la historia una práctica bastante habitual e incluso aceptada en diversos contextos sociales e históricos. Por lo mismo, es importante destacar que la historia de las drogas trasciende la historia de las toxicomanías en términos de amplitud y antigüedad. Así, la relación de los individuos con la droga es milenaria, en cambio la toxicomanía y el alcoholismo no tienen más de 150 años; ha sido desde entonces que se ha convertido en objeto de atención médica y judicial.

En sus orígenes, el consumo de drogas estaba ligado con experiencias místicas y religiosas. En el budismo, la meditación se acompañaba del consumo de drogas, principalmente el cáñamo, actualmente conocido como marihuana. En el antiguo testamento, el consumo de alcohol aparece mencionado en distintos contextos, por ejemplo, en el Salmo 104 el vino es celebrado por “regocijar el corazón del hombre”. En los primeros escritos Vedas, el cáñamo también está presente y en las tribus centroamericanas el consumo de drogas está fuertemente arraigado hasta el día de hoy.

En la cultura grecorromana las drogas también tenían un lugar en la sociedad, de allí surge el concepto de *pharmakon* en su doble acepción: remedio y veneno. Se instala la discusión en torno al consumo de vino; por una parte, Penteo se oponía fuertemente a su consumo, mientras que Tiresias lo validaba en tanto provisión de dios, para él “el problema no es la sustancia, es el sujeto” (Naparstek, 2008, p.14). Platón, en una posición intermedia, propone en *Las Leyes* que la legislación debe prohibir a los jóvenes menores de 18 años probar el vino, y hasta los 30 años beber con mesura, sin embriagarse; pasados los 40 años los hombres participarían de banquetes en honor a Dionisio, en que el vino sería a la vez sacramento y diversión, otorgado por el dios como un remedio (*pharmakon*) “para el rigor de la vejez” (op.cit. p.14).

En China, el opio fue usado por miles de años y se convirtió en un problema con la llegada de los ingleses, quienes lo prohibieron por razones económicas.

En el 1500 no se perseguía a las drogas sino a las “brujas”, mujeres que supuestamente tenían un pacto con el Diablo; si bien existían hombres sospechosos de brujería, a las mujeres se las consideraba más proclives al pecado y, por ende, más receptivas a la influencia de los demonios. Es con posterioridad que se desplaza esta persecución a las sustancias, cuando se establece un nexo entre el consumo y la brujería y los demonios. Según Escohotado (citado en Naparstek, 2008)

“Satán es un nombre común para Dionisio y otras deidades de religiones naturales, de tipo extático y orgiástico, que la cristianización arrasó en los primeros siglos de su égida, no sólo persiguiendo a esos fieles y prohibiendo sus ritos, sino borrando el recuerdo al nivel más eficaz, que es quemar las bibliotecas enteras...” (p.15, 16).

Naparstek (2008) señala que existe un momento fundamental en que se instala en la cultura la adicción, toxicomanía o drogadependencia; se trata del inicio del uso sistemático de la morfina, secundario a la guerra civil americana (1860 – 1865). Es así como la adicción entra en el campo médico con el fenómeno del síndrome de abstinencia. En este contexto aparecen políticas represivas y, en estas políticas, también se insertan las terapias de rehabilitación.

En 1948, la OMS se hace cargo de la lista CIE en su sexta edición cuando se incluyen, además de las causas de muerte, las causas de morbilidad y los trastornos mentales. En dicha clasificación aparecen el alcoholismo y otras drogadicciones (con códigos 322 y 323 específicamente), dentro de los “trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia” (International Classification of Diseases, Revision 6 [ICD 6], 1948).

En 1953 el DSM I incluye la adicción (000-x64), en sus variantes alcoholismo (000-x641) y drogadicción (000-x642); cabe destacar que este diagnóstico es incluido dentro de los desórdenes de personalidad sociopáticos, es decir, la drogadicción y el alcoholismo son consideradas un síntoma de un desorden de personalidad cuando se descarta la asociación con desórdenes orgánico-cerebrales, psicóticos, psicofisiológicos y

psiconeuróticos (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Primera Versión [DSM I], 1953).

Desde los años '50, la OMS ha prestado especial atención a las manifestaciones psiquiátricas del alcoholismo y de la toxicomanía. Un miembro del comité de “expertos” declaró lo siguiente:

“la importancia del alcoholismo ha sido constantemente subestimada por las autoridades sanitarias de la mayoría de los países. En muchos de ellos la proporción de adultos del sexo masculino que han de ser tratados como alcohólicos es varias veces mayor que la de los que necesitan tratamiento antituberculoso” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1958, p. 331).

Es a raíz de esta alarmante situación observada por los “expertos”, que se comienzan a realizar seminarios respecto al consumo problemático de sustancias en Europa y América del Sur, bajo el auspicio de la OMS.

En 1956, un grupo de psiquiatras y farmacólogos de la OMS aborda el tema del tratamiento de toxicomanías, insistiendo en que deben ser tratadas como enfermedades y no como alteraciones de índole delictual. Consideran, por tanto, que el tratamiento de toxicómanos es un problema médico.

En 1957 la OMS define la adicción como:

“estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo excesivo de una droga, natural o sintética, caracterizada por: 1. Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, 2. Una tendencia al aumento de la dosis, 3. Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, 4. Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad” (Naparstek, 2008, p.19).

Sillitti (1995) muestra que la preocupación mundial por la proliferación del consumo de sustancias es relativamente nueva y remarca las formas que se han generado para abordar esta problemática, aludiendo, por una parte a la “represión” al considerar el consumo como un delito y al consumidor como un delincuente, o bien a través del actuar de la salud pública al considerar el consumo una “enfermedad social”. Los cambios a nivel legislativo van dando cuenta de las diferencias en las aproximaciones

al consumo de sustancias. El autor menciona como ejemplo el caso de Argentina en que en 1989 con la ley 23.737 se desplaza la responsabilidad sobre el consumo de sustancias desde la *Salud Pública* a la *Seguridad Pública*, es decir, desde la autoridad sanitaria hacia el Poder Ejecutivo Nacional. Es así como se van mezclando los ámbitos médicos con los jurídicos, en tanto el tratamiento se convierte en un componente de la condena.

Para enfrentar esta situación delictiva o psicopatológica, dependiendo del punto de vista que se adopte, se difunden las Comunidades Terapéuticas con el fin de reeducar y reinsertar socialmente a los consumidores de sustancias. A la base de estos tratamientos existe una concepción de "enfermedad" que permitiría homologar el tratamiento a todas las personas. Sillitti (1995) señala que resulta complejo definir el problema que tiene un determinado individuo con el consumo de sustancias: "se hace sumamente difícil ubicar en qué punto es abordado el sujeto, ya que lo que se resalta es la acción del consumo, y a partir de ello, todos son *iguales ante la ley*" (p.40).

Le Poulichet (2005) subraya también que el uso drogas ha existido desde la Antigüedad y sólo a fines del siglo XIX habría surgido localmente el concepto de "flagelo social"; la autora comenta al respecto que "la toxicomanía, como entidad, ha servido siempre de soporte a la transmisión de otros mensajes ideológicos, morales, políticos..." (p.24). Plantea que así surge un imperativo de representación del drogado que nutre la imagen social del flagelo. Se produce una confusión entre los registros médicos y jurídicos, en que el drogado es al mismo tiempo enfermo y delincuente, hecho que se traduciría en una tentativa de tratamiento o bien de detención.

Los Tratamientos de Rehabilitación surgen en EEUU en los años '20 - '30. Comienzan como iniciativas de índole religiosa, anti-institucional y anti-profesional para responder a una demanda creciente de ayuda para tratar el alcoholismo y la heroínomanía; surgen como Grupos de Autoayuda y en la década del '60 en adelante se empiezan a incorporar profesionales a sus equipos de trabajo. Es así como a mediados del siglo XX surge el dispositivo de Comunidad Terapéutica, concebido en la actualidad como uno de los abordajes más *efectivos* dentro de este campo de la salud mental (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [National Institute on Drugs Abuse] [NIDA], 2010).

En suma, el consumo de drogas ha existido desde la Antigüedad, pero sólo desde mediados del siglo XIX se convierte en un problema social que lleva a una preocupación médica y judicial. En este contexto, nacen las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación con el propósito de brindar ayuda al drogodependiente, ya sea en términos de sanar al “enfermo” o bien readaptar al “delincuente”.

2.2. Formulación del Problema

El trabajo con pacientes drogodependientes presenta una serie de dificultades asociadas al tipo de relación que establece el consumidor con la sustancia; esto dado que, muchas veces, desarrolla un patrón compulsivo de consumo que le impide pensar – sobre todo en una primera etapa – acerca de sí mismo y aquello que lo lleva a consumir.

Hay quienes proponen que la adicción a sustancias se podría concebir como uno de los “síntomas contemporáneos” caracterizados por una ausencia de sentido a descifrar, a diferencia de los síntomas clásicos que podían entenderse a la luz de una determinada estructura clínica o constelación caracterológica.

Se observa que la droga obtura, en cierta medida, la posibilidad de construir con el paciente un motivo de consulta que vaya más allá de abandonar el consumo; esfuerzo que, por lo demás, se le hace tremendamente difícil al intentar detener un deseo férreamente instalado.

Por otra parte, es evidente la dificultad de trabajar psicoterapéuticamente con este tipo de pacientes en un contexto altamente estructurado y predefinido, como lo es una Comunidad Terapéutica de Rehabilitación, la cual generaría obstáculos adicionales; esto en tanto el paradigma de trabajo institucional, entre otras cosas, apunta a desarrollar “conciencia de enfermedad” y “conciencia de daño” en los residentes, es decir, se parte de la base de que todo residente está “enfermo” y ha hecho “daño”. De esto se desprende que todas las intervenciones “terapéuticas” estén dirigidas a convencer al paciente y su familia de que “es un enfermo crónico” y que,

desde dicha posición, ha hecho mucho daño a las personas significativas y, por tanto, éstas han sido “víctimas de la droga”.

Una de las mayores dificultades inherentes a este quehacer tiene relación con remover las etiquetas. Algunas de ellas, son: “impulsivo”, “mentiroso”, “manipulador”, “soberbio” y otras, atribuidas a todos los residentes; características más asociadas a juicios de valor que a verdaderas observaciones clínicas.

El problema a trabajar terapéuticamente es definido desde fuera del sujeto a partir de una etiqueta diagnóstica universal: la “adicción”, más que definirlo el propio sujeto observando sus conflictos, inhibiciones y síntomas, entre ellos, el fenómeno adictivo. En este contexto, resulta difícil instalar una lógica psicoanalítica de trabajo, dado que dentro de la comunidad y sus intervenciones existe escaso espacio para la aparición del deseo subjetivo, más bien el deseo es el deseo del Otro Institucional asociado a “dejar la droga”; si bien se plantea a nivel de discurso un deseo por impulsar en los residentes un “crecimiento personal”, este crecimiento es definido y enmarcado desde fuera, por parte del “experto en adicciones”.

El énfasis del trabajo de Comunidad Terapéutica gira en torno a la “reeducación valórica”, pues se parte de la premisa que todo adicto presenta una alteración en la escala de valores definida por el consenso social. Se refuerzan valores como la honestidad, humildad, respeto y responsabilidad.

En este contexto, surgen algunas preguntas que orientan esta investigación: ¿Cómo dar lugar a la aparición del deseo de estos sujetos, cuando se encuentra obturado por un discurso totalizante?, ¿Cómo establecer una mediación entre la demanda de la institución, la familia y el sujeto? ¿Qué podría aportar el psicoanálisis al trabajo con estos pacientes en este marco cognitivo-conductual?

Todas estas preguntas apuntan a definir algunos criterios para trabajar con pacientes drogodependientes desde un enfoque psicoanalítico en un contexto de Comunidad Terapéutica.

Por tanto, el problema planteado por esta investigación apunta a responder la siguiente pregunta:

¿Qué criterios de trabajo clínico se desprenden de las concepciones del psicoanálisis lacaniano para el tratamiento de pacientes drogodependientes, que pudieran ser aplicables en el contexto de una Comunidad Terapéutica de Rehabilitación?

2.3. Relevancia del Problema

El consumo perjudicial, abuso y dependencia de sustancias, constituye un problema que por su impacto económico y social, ocupa y, al parecer, seguirá ocupando, un lugar protagónico en el escenario de la salud mental por un buen tiempo. A través de los medios de comunicación de masas se transmite un mensaje bastante apocalíptico en relación a los niveles de consumo de drogas y alcohol existentes en la actualidad. Esto hace pensar que el problema con el consumo de sustancias es un fenómeno creciente y de difícil manejo.

En este marco de cosas, resultan interesantes los resultados aportados por el Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, realizado por CONACE (2010) que, contrariamente a lo transmitido a nivel mediático, revela una disminución significativa en la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas, durante el último bienio. El consumo de alcohol ha presentado una baja desde el 2006 en adelante, disminuyendo desde un 49.8% a un 40.5%. En cuanto al consumo de tabaco, también presenta una reducción significativa, mostrando una diferencia de 3.7 puntos porcentuales respecto de la evaluación de 2008. La declaración de consumo de marihuana en último año muestra la siguiente variación: 7.2% en 2006, 6.4% en 2008 y 4.6% en 2010, consolidándose la tendencia a la baja observada desde el 2006. El consumo de cocaína se presenta de la siguiente manera: 1.8% en 2008 y 0.7% en 2010; y el de pasta base: 0.7% en 2008 y 0.4% en 2010; mostrando ambas sustancias un descenso significativo en el consumo declarado. Así también ha disminuido la exposición a oferta de las sustancias y ha aumentado la percepción de riesgo asociada al consumo, lo que resulta coherente con el descenso en las prevalencias de consumo.

El descenso observado se podría asociar al impacto que han tenido las distintas campañas publicitarias desarrolladas por el gobierno y, al mismo tiempo, a las

intervenciones realizadas por el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), en materia de prevención y tratamiento.

Si bien las estadísticas muestran que se ha producido una disminución significativa en el consumo de drogas durante los últimos años, no se puede desconocer la gravedad del problema existente, dado que las personas que ya han desarrollado una dependencia de sustancias, quienes las rodean y la sociedad en su conjunto, sufren una serie de consecuencias negativas asociadas al consumo. Una de las principales aristas del problema es la alta correlación entre conductas delictivas y consumo de alcohol y/o drogas, lo que se da principalmente en los sectores más deprivados de la población.

El Ministerio del Interior, a través del CONACE, ha establecido convenios con Instituciones de Salud Públicas y Privadas para la contratación de Servicios de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones y, dentro de estos convenios, una parte importante ha correspondido a Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación.

El año 2011 el Gobierno de Chile, a partir de la Ley 20.502, crea el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) que será la institución continuadora de la labor de CONACE, encargándose de poner a disposición de la ciudadanía múltiples políticas, programas y proyectos en materia de prevención y tratamiento de rehabilitación. Durante el período comprendido entre 2011 y 2014, se desarrollará una *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol* con un especial énfasis en la Prevención, en el fortalecimiento de los Tribunales de Tratamientos de Drogas o TTD (como medida alternativa a la reclusión en caso de comisión de delitos) y, principalmente, en la *Integración Social* luego de un Proceso de Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica.

Si bien las Comunidades Terapéuticas se han instalado a nivel político y social como una alternativa de tratamiento útil para las drogodependencias, existen ciertas dudas e incertidumbre en torno los dispositivos de atención en este campo, tanto respecto de su eficacia, como de sus implicancias éticas y políticas, hecho que demanda una reflexión seria al respecto.

Las Comunidades Terapéuticas son uno de los dispositivos más difundidos para tratar los problemas asociados al consumo de sustancias. Sus prácticas son utilizadas en distintos formatos de tratamiento, a nivel público y privado. Por esta razón, no está de más reflexionar sobre esta modalidad terapéutica, tan conocida y validada por la sociedad actual.

En Chile, uno de los tratamientos de elección para las adicciones es la internación en comunidades terapéuticas de rehabilitación. Si bien estas comunidades surgen al margen del campo profesional, en la actualidad, incorporan a profesionales de la salud mental; es así como el trabajo del psicólogo en comunidades terapéuticas es cada vez más requerido, dada la necesidad de profesionalización de los distintos centros.

El psicoanálisis suele estar fuera de la discusión sobre el tratamiento de las adicciones en los contextos de salud pública. En este sentido, sería importante darle un espacio para referirse sobre estos temas, pues tal vez tiene algo que decir y proponer en términos de enfatizar cuestiones que tal vez han pasado desapercibidas en el abordaje terapéutico tradicional del consumo de drogas.

Considerando que no existe mucho diálogo entre la perspectiva de trabajo de las Comunidades Terapéuticas y la orientación psicoanalítica, resulta de interés desarrollar una investigación al respecto que permita analizar qué criterios de trabajo clínico se desprenden de dicha orientación que pudieran ser aplicables al trabajo con residentes de una Comunidad Terapéutica de Rehabilitación.

Lo propuesto adquiere sentido en vías de enriquecer el trabajo de las Comunidades Terapéuticas a partir de la perspectiva psicoanalítica, la cual puede aportar elementos relevantes para la comprensión del fenómeno adictivo y proponer estrategias de intervención al respecto. De manera complementaria, los psicoanalistas podrían beneficiarse de algunos aspectos del dispositivo de Comunidades Terapéuticas, en términos de generar las condiciones necesarias para el tratamiento psicoanalítico, dado que han detectado una serie de dificultades para la entrada en el discurso por parte de estos pacientes.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Identificar en la teoría psicoanalítica freudiana y lacaniana algunos aportes para el desarrollo de Intervenciones analíticamente orientadas en el contexto de trabajo de las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación

Objetivos Específicos:

- Examinar los supuestos subyacentes al modelo de tratamiento de adicciones de las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación
- Explorar, en la perspectiva de análisis freudiana y lacaniana, la teoría y clínica de las toxicomanías.
- Examinar los principales puntos de encuentro y desencuentro entre ambas perspectivas de trabajo con adicciones
- Desarrollar algunos criterios para intervenciones orientadas analíticamente en el contexto de Comunidades Terapéuticas.

4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La presente tesis constituye una investigación exploratoria eminentemente teórica. El *corpus* está constituido por la revisión bibliográfica, a la que se agregan algunas consideraciones derivadas de la experiencia clínica en Comunidad Terapéutica - observación participante - y de las entrevistas a informantes claves.

Al aproximarnos al objeto de estudio específico de la presente investigación, encontramos antecedentes relevantes en libros especializados y artículos en línea sobre las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación. En lo que respecta a la perspectiva psicoanalítica, hallamos una serie de libros, coloquios, seminarios y artículos sobre las toxicomanías y su tratamiento.

Este trabajo comienza con una revisión de la historia de las Comunidades Terapéuticas (CT) de rehabilitación, el contexto en que surgen y las necesidades a las que han respondido. Luego se describen las principales Comunidades Terapéuticas existentes a nivel mundial y nacional, además de detallar la perspectiva que tienen respecto del tratamiento; posteriormente se explicitan algunos supuestos implícitos en el modelo de Comunidades Terapéuticas.

A continuación se comentan algunos aportes psicoanalíticos en el campo de las adicciones, los cuales han quedado situados más bien al margen de los tratamientos tradicionales de rehabilitación. Si bien existen intentos aislados por implementar la lógica psicoanalítica en contextos de Comunidad Terapéutica, vienen principalmente desde la Psicología Psicoanalítica del Yo, la cual resulta compatible con un abordaje cognitivo conductual y/o basado en el aprendizaje social. Por tanto, ha existido un escaso diálogo entre las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación y el Psicoanálisis.

Cabe citar como ejemplo la Comunidad Terapéutica Argentina “El Reparó”, cuyos creadores son dos psicólogos de orientación psicoanalítica. Algunos de sus principios terapéuticos se resumen como sigue: *“la Comunidad Terapéutica permite evaluar el desenvolvimiento del residente en la vida cotidiana (...) el material que surge es llevado a los distintos grupos donde se evaluará el nivel de desarrollo de sus recursos yoicos,*

cómo está estructurado su mundo interno, grado de componentes narcisistas puesto en sus vínculos, etc.” (Gervasio, 2010).

Como se puede constatar, se trata de una perspectiva coherente con la Psicología del Yo y, por tanto, se distancia de la lógica propuesta por esta investigación. Dupouey (2010), analista argentina de orientación lacaniana, se pregunta por la posibilidad de que el psicoanálisis se integre en el marco de trabajo de las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación, sin que ello se traduzca en una traición a la ética analítica. Al parecer, es justamente este aspecto el que ha llevado al psicoanálisis, en tanto, ruptura del discurso, a mantenerse al margen de los dispositivos de Comunidad Terapéutica hasta la fecha.

No obstante, hemos encontrado algunas experiencias de trabajo con toxicomanías que incorporan una lógica psicoanalítica freudiana y lacaniana de base para pensar a los pacientes y generar estrategias terapéuticas; se pueden dividir en dos ramas distintas: 1. Comunidades Terapéuticas Modificadas que incorporan la perspectiva psicoanalítica para el análisis de casos (p.e. “Centro Nacional de Reeducación Social” (CENARUSO) en funcionamiento en Argentina desde 1973) y 2. Instituciones Orientadas Analíticamente (p.e. “Comunidad Zero” en Italia, en funcionamiento desde 1986).

Criterios de Selección Bibliográfica

Los criterios de selección de la bibliografía tienen que ver con poder desarrollar un análisis crítico de los supuestos subyacentes a la terapéutica con adicciones en el marco de trabajo tradicional – grupos de autoayuda con escaso apoyo profesional – y poder aportar desde el campo psicoanalítico algunos lineamientos que permitan iluminar el trabajo en este ámbito de la salud mental.

Para los capítulos sobre Comunidades Terapéuticas, se examina la obra de autores con vasta experiencia internacional que se han especializado en el trabajo de Comunidad Terapéutica y/o en Investigación en este campo, entre ellos: George de León y Elena Goti; además de revisar documentos en línea sobre las distintas Comunidades Terapéuticas en Chile.

Para complementar la información obtenida a partir de la revisión bibliográfica, se realizan entrevistas de tipo semi-estructurada a dos técnicos en rehabilitación de Comunidad Terapéutica Alfa: Juan Carlos Torres y Luis Maulén; además de un médico psiquiatra: Dr. Rolando Chandía Ramos, Director de Comunidad Terapéutica Alfa. Las entrevistas profundizan en la historia, perspectiva y metodología de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas en Chile y el mundo.

En cuanto a los capítulos sobre psicoanálisis y drogas, se realiza una revisión de los escritos de Freud sobre la cocaína (previo al desarrollo del psicoanálisis), las Obras Completas de Freud en busca de algunas referencias sobre drogas, abuso de éstas y sugerencias terapéuticas al respecto; para finalmente, estudiar algunos textos sobre toxicomanías de enfoque lacaniano. Partiendo por el mismo Jacques Lacan para continuar con Sylvie Le Poulichet, Fabián Naparstek, Eric Laurent, Jacques Alain Miller, entre otros; además se hará mención de la tensión existente entre dos analistas lacanianos de nuestro país: Cristián López y Germán del Solar.

La elección de la perspectiva psicoanalítica lacaniana en particular y la exclusión de otras vertientes del psicoanálisis, dice relación con el esfuerzo por delimitar el campo de investigación a un área acotada; de esta manera se pretende evitar la mezcla de perspectivas teóricas que remiten a cuestiones antropológicas, éticas y técnicas diferentes. Evidentemente la opción de restringir el ámbito de análisis constituye una debilidad de esta investigación, pero permite evitar contradicciones que se alejarían del propósito de esta tesis.

Se decide analizar el psicoanálisis de orientación lacaniana, pues se trata de un enfoque que privilegia una escucha atenta a la emergencia del sujeto, en tanto, deseante, ético y responsable de su propia vida; esta visión resulta de interés, pues se piensa que constituye un aporte a un campo de trabajo que ha privilegiado a través de la historia una visión “experta” acerca de las “adicciones” y los “adictos” que define desde fuera del sujeto la etiología, curso, pronóstico y tratamiento a desarrollar.

5.- HISTORIA, MODELO Y PERSPECTIVAS SOBRE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

5.1. La Comunidad Terapéutica: Origen y Consolidación de un Dispositivo de Tratamiento para las Adicciones

Las Comunidades Terapéuticas surgen al margen de la psicología, psiquiatría y medicina. En efecto, en un primer momento, el modelo de Comunidad Terapéutica es rechazado desde el ámbito profesional de la salud, pero progresivamente comienza a ser valorado como una metodología válida y eficaz para ser aplicada en el tratamiento de las drogodependencias. Esto ha permitido que en la actualidad funcionen como una estrategia de trabajo compleja que integra profesionales del área de la salud mental, de la medicina tradicional y de la educación.

El modelo de Comunidad Terapéutica corresponde a un fenómeno social basado en la condición gregaria del hombre, que integra la experiencia acumulada a través de la historia en materia de convivencia y solidaridad al interior de los grupos. La lógica de las Comunidades Terapéuticas es antigua y sería parte de todas las formas de curación y apoyo comunales.

Quienes se han dedicado seriamente al estudio de este modelo, localizan sus raíces en la era precristiana. En los pergaminos del Mar Muerto se describen las prácticas comunales de una secta religiosa, Los Esenios, basada en “La Normativa de la Comunidad” que constituía una exhortación en torno a vivir sana y honradamente, las sanciones de dicha normativa son bastante similares a las que se llevan a efecto en las actuales Comunidades Terapéuticas, entre ellas se cuentan la restricción de relaciones, de privilegios y períodos de destierro de la comunidad (De León, 2000).

Otro ejemplo se encuentra en los escritos de Philo Judeaus (25 a.C. a 45 d.C.) que describe a un grupo de personas en Alejandría, Egipto; ellos habrían sido un grupo de terapeutas que trataban las “enfermedades incurables del alma”. Glaser (en Muñoz, 1996) describe la labor de los terapeutas o *therapeutides* como sigue:

“profesan un arte de medicina más excelente que aquel de uso general en las ciudades; porque aquél sólo cura cuerpos, pero el otro cura almas que están bajo

el dominio de terribles y casi incurables enfermedades, cuyos placeres y apetitos, temores y congojas, desenfrenos y locura y actos injustos y todo el resto de innumerable multitud de otras pasiones y vicios que se han infringido sobre ellos...”
(p.26).

La enfermedad del alma se caracterizaba por ser un trastorno de la persona en su totalidad asociado a dificultades con el auto-control conductual y emocional, y la curación de dichas enfermedades se conseguía mediante ciertas formas de implicación en la comunidad (Slater, 1984, en De León, 2000)

Estas descripciones hacen ver que, desde la antigüedad, la comunidad con características terapéuticas funcionaba como una estrategia de curación eficaz para ciertos males frente a los cuales la medicina tradicional se mostraba insuficiente.

En la Era Cristiana proliferan comunidades constituidas por personas que comparten su vida y bienes, trabajando juntos por un fin común: la salvación y la vida eterna. En estos espacios de vida en comunidad, surge el concepto de “falta” (error, acto inapropiados definidos por el contexto) y las “ayudas educativas”, base para los futuros programas de tratamiento “terapéutico-educativos” (L. Maulén, comunicación personal, 10 de noviembre, 2011).

Existe un aspecto interesante a destacar en el funcionamiento de estas comunidades, se trata de la “exomologesis” o reconocimiento de sí mismo como pecador y posterior confesión abierta en público (Muñoz, 1996). La exomologesis constituye un punto de encuentro con las actuales comunidades terapéuticas y, por tanto, resulta pertinente exponer la siguiente definición:

"Exomologesis o penitencia es un ejercicio que enseña al hombre a abatirse y humillarse, y requiere un tenor de vida proporcionada a alcanzar la divina misericordia; arregla en el penitente el alimento y el vestido, ordenándole que duerma en saco y ceniza; que traiga el cuerpo desaliñado, el espíritu abatido, y sumergido con el íntimo dolor de las culpas, y con fervorosos deseos de expiarlas, repasando su memoria con amargura y sentimiento, reduciéndose al sustento de pan / agua pura para poder mantener al alma; dando vigor a las oraciones con el

ayuno, pide que se gima, se llore y se clame a Dios de día y de noche: que nos postremos a los pies de los presbíteros, y doblemos nuestras rodillas ante los altares del Señor; que roguemos a todos nuestros hermanos que intercedan por nosotros al Señor” (Tertuliano, en el Tratado a Escápula, c. 9, sent. 6, Tric. T.1., p. 196).

Más tarde, en el Siglo XII, surgen las Comunidades Monásticas que acogían a marginados y excluidos proponiéndoles un entorno de vida comunitaria como alternativa a su vida de miseria y exclusión (Abeijón, 2010); coincidían con las Comunidades Cristianas en el agrupamiento de personas en torno a un objetivo común, con un reglamento de base para alcanzar sus metas trascendentes y ultraterrenas.

En el período comprendido entre los Siglos XV - XVII, eran principalmente los monjes de los monasterios quienes se encargaban del tratamiento de los enfermos mentales. Durante la primera parte del medioevo, el trato al enfermo mental era respetuoso, aunque basado en un conocimiento teñido por el pensamiento mágico, los poderes sagrados y el exorcismo; posteriormente comienza a afianzarse el criterio demonológico, que lleva al endurecimiento de las prácticas exorcistas y a la incorporación de castigos al tratamiento con el fin de ahuyentar al diablo (Vallejo, 2002).

En el Siglo XVI, con la Reforma Protestante se produce un cambio sustancial en la relación del hombre con la trascendencia y con Dios, generándose una ruptura en la unidad y hegemonía de la Iglesia Católica. Con ello aparecen nuevas concepciones del ser humano y la vida, que se verán reflejadas posteriormente en centros de rehabilitación de carácter inspiracional – religioso.

Bastante tiempo después, el año 1844 nace en Londres la Asociación Cristiana de Jóvenes derivada de una vertiente protestante. Dicha agrupación promueve el rol de los jóvenes como agentes de cambio para mejorar la sociedad, a través del desarrollo de actividades de convivencia y respeto a la libertad de expresión. Comienza como un grupo pequeño, pero gradualmente extiende su acción a otras ciudades y países de

Europa, para luego llegar a América (Asociación Cristiana de Jóvenes de Montevideo, 2011).

Alrededor de 1920 nace el Grupo de Oxford, organización religiosa fundada por Frank Buchman, ministro evangélico luterano, cuyo objetivo era el “renacimiento espiritual de la humanidad”. En sus orígenes la agrupación se llamaba Asociación Cristiana del Primer Siglo (*First Century Christian Fellowship*), y posteriormente es denominada “Rearme Moral” (1938). En el siguiente apartado se realizará una descripción más exhaustiva de las características de este grupo, por constituir un aporte a la comprensión del funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas.

Entre 1970 y 1974 nace la Fundación Engelmajer en Francia, también conocida como “El Patriarca”. Su creador es Lucien Engelmajer, hijo de Israel Engelmajer; este último pertenecía al judaísmo jasídico, movimiento religioso ortodoxo y místico dentro del judaísmo. Si bien Lucien no habría seguido estrictamente los preceptos de su padre, de igual modo, con su iniciativa en El Patriarca, habría intentado desplegar la “piedad y bondad” asociada al ideal religioso judaico.

La Fundación Engelmajer se dedicaba a la rehabilitación de toxicómanos y al tratamiento de enfermos de sida y portadores de VIH; la organización dará lugar, posteriormente, al nacimiento de la red de Comunidades Terapéuticas Dianova en Europa y América.

El Patriarca generaba un contexto propicio para el abandono de las drogas, se trataba de un lugar en el campo, con pocas casas y algo de terreno. Las actividades a realizar eran comunes y cotidianas: construcción del inmobiliario, reparación de tejados, mantención de la limpieza, el jardín, el huerto y cuidado de gallinas y cerdos, mejoramiento del entorno y de las condiciones para los compañeros, tanto en espacios, como en calidad de vida; alimentación, deporte, talleres recreativos y otros. Los quehaceres diarios ocupaban todo el tiempo y energía de las personas en proceso, por tanto, eran su prioridad.

Las personas que ingresaban al centro, se encontraban con un grupo de semejantes que habían renunciado a las drogas y mantenían una actitud positiva y activa en el

grupo en cuanto a participación en las tareas cotidianas. Había normas y cierta disciplina, pero todo se discutía en reuniones diarias para conseguir que esas normas se entendieran y aceptaran. No había fases ni objetivos en el corto plazo, ni apuro por sanar.

Como el método de rehabilitación estaba basado principalmente en la realización de tareas de todo tipo, la iniciativa y el liderazgo recaían en general en los más antiguos, pero existían excepciones a esta regla. Siempre se daba la posibilidad de que el nuevo integrante destacase necesidades e hiciera observaciones positivas, que al ser enunciadas en asamblea, serían aprobadas por mayoría; esto constituía un importante estímulo y motivación que impulsaba a los recién llegados a seguir aportando y trabajando en la comunidad, olvidándose así de sus propios problemas y creando una cadena solidaria que hacía avanzar a todos.

Todos eran iguales, independientemente de su posición en el grupo y de su actitud ante su problema. Se partía de la creencia que, el que ha sufrido a causa de su drogadicción, tiene la disposición y voluntad para cambiar e intentar salir adelante, aunque no vea más allá del día a día y no esté capacitado para una reinserción social a corto plazo; es decir, con altibajos, pero con la firme determinación de darse una oportunidad.

Sólo se les exigía que dejaran todas las drogas (medicamentos y alcohol incluidos). Se pensaba que lo demás se daría poco a poco, sin imposiciones, sermones o teorías. El objetivo era que el tiempo pasara y naturalmente se fueran produciendo progresos.

Podían, con el paso del tiempo y después de ciertas condiciones y reglas, vivir en pareja y con hijos. No obstante, se esperaba la reinserción de la mayoría de los usuarios, en dos, tres, cuatro o cinco años. Pero existía un porcentaje de ellos que decidían quedarse en la Fundación para seguir ayudando y sirviendo de ejemplo para otros toxicómanos (Arcas, 2010).

La Fundación ha tenido bastantes problemas a raíz de su metodología, que suponía un corte radical del individuo con las drogas, el desarraigo de su medio familiar y social, y la conversión del "rehabilitado" en un integrante más de una organización que

funciona prácticamente como una secta que giraría en torno al culto a su líder; además de ser acusados de malos tratos y un manejo del dinero poco transparente. Los integrantes de la organización tendían a rechazar el trabajo conjunto con psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, dado que consideraban que las personas que desean abandonar el consumo de drogas sólo pueden ser ayudados por quienes vivieron dicha experiencia.

El periodista catalán José Rodríguez publicó en 1991 *“Traficantes de Esperanzas”*, un libro en el que argumenta a favor de considerar a la Fundación Engelmajer como una secta:

“La asociación es un grupo cohesionado por una doctrina demagógica y encabezada por un líder carismático que pretende ser la misma Divinidad o bien poseer “la verdad absoluta”; tiene una estructura teocrática, vertical y totalitaria; exige una adhesión total y obliga a sus integrantes a liquidar todos sus lazos familiares y sociales anteriores (padres, pareja, amigos, trabajo, estudio) y a vivir en una comunidad cerrada o en total dependencia del grupo; suprime las libertades individuales y el derecho a la intimidad; presenta como una de sus actividades primordiales el proselitismo (conseguir nuevos adeptos) y la recaudación de dinero” (Rama, 2010).

Como se puede observar en este recorrido histórico en búsqueda de las raíces filosóficas y metodológicas de las Comunidades Terapéuticas, éstas tienen a la base una evidente impronta religiosa; no obstante, existe otra vertiente que influye de manera determinante en el desarrollo del modelo de tratamiento comunitario, se trata de la psiquiatría comunitaria. Resulta crucial, por tanto, revisar algunos hitos de la historia de la psiquiatría en general y de la psiquiatría comunitaria en particular, para esclarecer su lugar en el desarrollo del modelo de Comunidad Terapéutica propiamente tal.

La psiquiatría es una de las disciplinas más nuevas de la medicina; se tiende a considerar al neerlandés Johann Weyer (1515-1588) como padre de la psiquiatría moderna y primer psiquiatra, aunque se podría decir que con Phillipe Pinel, en 1794,

se funda la psiquiatría como disciplina médica, en tanto el loco pasa a ser enfermo (Vallejo, 2002).

Los primeros centros asistenciales para la atención de enfermos mentales, presentaban condiciones y métodos deplorables, situación que empieza a cambiar con la influencia de Pinel, quien más que “liberar a los locos”, como tiende a plantearse, cambia su estatuto al de enfermos, dignificando con ello el tratamiento y los sanatorios, tanto en términos materiales, como morales. El tratamiento moral de Pinel se basa en la moral burguesa de la época, que identifica la razón con el orden y la sinrazón con el desorden de la locura; busca preservar las relaciones entre padres e hijos y promover la responsabilidad y asociación entre falta y castigo (Galende, 1983). El objetivo del tratamiento, desde la perspectiva de Pinel, era: *"subyugar y domar al alienado, poniéndolo en estrecha dependencia de un hombre, que, por sus cualidades físicas y morales, sea adecuado para ejercer sobre él un poder irresistible y para cambiar el círculo vicioso de sus ideas"* (Cabaleiro et al, en Tristany, 2006, p.2).

El “Tratado Médico-Filosófico sobre la Locura” (1801) de Pinel, constituye un manual acerca de la dirección de la conducta y las pasiones en el contexto de una institución acondicionada para tal efecto.

Siguiendo los planteamientos de Pinel, cabe destacar lo que señaló Leuret (1845):

“La educación, es el alimento del espíritu; buena, hace los espíritus sanos, negligente o mala, hace los espíritus enfermos (...) la educación debe ser apropiada a la disposición natural, al carácter sin ello no sería jamás buena y, si el carácter es débil, si las disposiciones naturales no son afortunadas, la educación dada durante los primeros años, no es suficiente, es necesario continuarla modificándola siguiendo la necesidad (...) Uno concibe entonces cuál será el oficio del médico: rehacer la educación. Por este medio, el espíritu del enfermo se fortifica y se vuelve capaz de luchar con ventajas, contra las tendencias a las que anteriormente había sucumbido" (En Tristany, 2006, p.2).

En 1796 el cuáquero William Hack Tuke crea un sanatorio para enfermos mentales llamado “El Retiro” en York, Inglaterra; estaba en el campo y allí se desarrollaban

actividades diversas en busca del equilibrio y la salud mental, entre ellas: trabajo agrícola, cuidado de jardines, ejercicio, paseos, celebraciones, tiempo de ocio, etc. El tratamiento de “El Retiro” también tenía una impronta moral y se basaba en el valor del trabajo, la promoción del autocontrol y el acatamiento a las normas sociales. Además se enfatizaba la importancia del alejamiento de la sociedad, por ser considerada la fuente de las alteraciones mentales (Romero, 2003).

La iniciativa comunitaria de Tuke, constituye una excepción dentro de la lógica del funcionamiento de los sanatorios de la época pues, como ya se mencionó, éstos trabajaban en condiciones lamentables.

La psiquiatría en sus comienzos basa su quehacer en el modelo médico y asistencialista, por tanto, los movimientos comunitarios son totalmente atípicos. De manera gradual la psiquiatría va constatando la insuficiencia del modelo médico para abordar las enfermedades mentales y, en su esfuerzo por entender y tratar los trastornos psíquicos se ve en la obligación de incluir lo social; es en este contexto que emerge la *comunidad* como un actor relevante a considerar (Vallejo, 2002).

Luego de la Segunda Guerra Mundial se producen ciertos hechos clave que darán lugar a una revolución en el ámbito de la psiquiatría. La guerra deja como secuela un aumento masivo de sujetos neuróticos y psicóticos que necesitan tratamiento, al mismo tiempo que son destruidos muchos de los recursos psiquiátricos. Otro aspecto fundamental a considerar, es que el horror de la guerra se traduce en un cuestionamiento profundo sobre lo humano, la razón y la locura, lo que lleva a muchos psiquiatras a buscar respuestas en el psicoanálisis. A esto se agrega que en Europa surgen movimientos populares con posiciones humanistas, más sensibles a los derechos del hombre, que resultan determinantes en la democratización de la Salud Pública (Galende, 1983).

En Inglaterra un grupo de psiquiatras, entre ellos: W. Bion, Foulques y Maxwell Jones, comienza a desarrollar técnicas grupales – basadas en la teoría psicoanalítica – que implementan durante la guerra en el entrenamiento de comandos. Finalizada la guerra, aplican estas técnicas en el tratamiento de enfermos mentales internados en instituciones psiquiátricas. En la misma época un sociólogo, Robert Rapoport, había

desarrollado un modelo de socioterapia que implementa en el Hospital Henderson, donde también trabajaba Jones. Así surge la primera Comunidad Terapéutica, la cual recoge algunos lineamientos de Tuke, pero su modelo no es religioso, sino político democrático (Op.cit).

La reforma inglesa repercute directamente en EEUU, de manera tal que en los años '50 se produce un auge de las socioterapias y una proliferación de Comunidades Terapéuticas en dicho país. Erving Goffman, sociólogo canadiense, se internó como paciente en un hospital psiquiátrico para observar desde dentro el funcionamiento de estas instituciones; su experiencia y conclusiones tienen una importante influencia en los medios ligados a la psiquiatría. Goffman denuncia las condiciones carcelarias del internamiento y el carácter iatrogénico de las instituciones psiquiátricas. A partir de las reflexiones en el campo de la sociología y su influencia en el ámbito de la psiquiatría, se crean en varios Estados los "Centros Comunitarios de Salud Mental", cuyo fin era otorgar protagonismo y atribuir la responsabilidad del tratamiento a la población misma. El gobierno de Kennedy favoreció este desarrollo, principalmente mediante una ley sancionada en 1963, conocida como la "Ley Kennedy", a partir de la cual es creado el Centro Federal de Salud Mental que establece un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria (Op.cit).

Continuando con la experiencia en EEUU, el psicólogo Carl Rogers, con las premisas de su "terapia centrada en el cliente", realiza una enorme contribución al Modelo de Comunidad Terapéutica, aunque de forma indirecta. Cabe destacar al respecto, los siguientes dichos del autor: "es evidente que siempre hubo grupos y siempre los habrá, mientras el hombre habite este planeta. A mi juicio, esta es la invención social del siglo que se difunde con mayor rapidez y, quizá, la más importante" (En Muñoz, 1996, p. 28). En 1990, Rogers señala respecto de las Comunidades Terapéuticas:

"el hecho de que este fenómeno se haya desarrollado en forma completa fuera del orden establecido lo hace merecedor de un estudio psicológico. La mayoría de las universidades lo miran aún con desdén. Conozco pocas tendencias que hayan expresado con tanta claridad las necesidades y deseos de personas más que de instituciones. A pesar de estas presiones adversas el movimiento ha florecido y

crecido, hasta el punto de penetrar en todos los rincones del país y en casi todos los tipos de organizaciones modernas. Es obvio que tiene repercusiones sociales significativas” (En Muñoz, 1996, p. 28)

Resulta importante señalar que las comunitarias terapéuticas mencionadas eran instituciones psiquiátricas, como las originadas en Inglaterra, y no estaban dirigidas específicamente hacia el tratamiento de drogodependientes o alcohólicos, más bien tenían que ver con abordar enfermedades mentales o bien problemáticas conductuales que constituyeran un desajuste al interior de las comunidades a nivel local.

En el terreno de la rehabilitación propiamente tal, nace en EE.UU en los años '60, un amplio movimiento anti-institucional, que surge como reacción y oposición frente a los intentos de apertura y democratización de los Servicios Sociales y de Salud Mental en el marco del desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria en Norteamérica. Dicho movimiento pretende ser una alternativa antiprofesional y propone una estrategia de tratamiento residencial para los drogodependientes.

Este movimiento promovía la abolición de las instituciones y denunciaba la ineficacia de los profesionales, enfatizando la posibilidad de resolución de los problemas a través de la autogestión institucional, la autoayuda y la ayuda mutua. Su carácter de radical oposición a toda institución y profesionalismo, propició la tendencia a la ubicación rural creando un referente estético de CT rural ampliamente aceptado, por los medios de comunicación, los jóvenes y los grupos “progresistas”, que se ven especialmente atraídos por sus connotaciones “bucólicas”, de alejamiento de los núcleos de conflictividad social y familiar y de “retorno a la naturaleza” (Diplomatura de Educación Social, 1997/1999).

En este marco de movimientos anti-profesionales nacen Synanon, en 1958, y Daytop Village, en 1963, experiencias pioneras en el campo de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, que ilustran la aparición y evolución de este modelo de intervención. Cabe destacar que este movimiento anti-profesional para el tratamiento de adicciones comienza mucho antes con Alcohólicos Anónimos en 1938. Si bien AA surge al margen del ámbito profesional, la emergencia de esta organización en EEUU

tiene un gran impacto en el campo de la medicina, pues hizo que el concepto de “enfermedad” se hiciera popular en los años ‘50. En efecto, en 1956 la Asociación Médica de EEUU validó la conceptualización del alcoholismo como una enfermedad (Millam & Ketcham, en López, 2007).

El modelo de enfermedad se consolida en los años 60 y 70 con el Modelo de Minnesota que es el modelo de tratamiento que adopta EEUU en dicho período. Este modelo integraba aspectos médicos (al concebir el alcoholismo como una enfermedad) y terapéuticos asociados al modelo de autoayuda. Incluía una fase de desintoxicación, luego un programa de rehabilitación de 28 días y posteriormente un seguimiento que enfatizaba la abstinencia, la educación del paciente y hacerse miembro de AA (Rivers & Shore en López, 2007)

Otra rama de influencia, no menos importante, es la Fundación Teen Challenge – Desafío Juvenil – surgida en 1958 por una iniciativa del Pastor Protestante David Wilkerson, que constituye un movimiento de centros de rehabilitación que definen como concepto básico el cambio de vida a través de un encuentro personal con las enseñanzas de Jesús, quien sería el modelo y referente para dicho cambio. En un principio no tenían el nombre de Comunidades Terapéuticas, sin embargo, en la última década se les reconoce de este modo. Se origina a partir de dichas comunidades un fuerte y sólido movimiento evangélico que se extiende por varios países de Latinoamérica (Asociación Terapéutica Fuente de Agua Viva, 2011).

El uso del concepto Comunidad Terapéutica para aludir a los programas de tratamiento y rehabilitación de drogodependencias, se acordó en 1975 durante la Conferencia Federal Anual acerca del abuso de drogas en Nueva Orleans; en dicha instancia se inauguró la Organización de Comunidades Terapéuticas de América (Therapeutic Communities of America [TCA]), en el marco de trabajo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (World Federation of Therapeutic Communities [WFTC])(De León, 2000).

Desde 1976 se realizan Congresos Mundiales acerca del movimiento de las Comunidades Terapéuticas, presididos por la WFTC. El objetivo de esta federación, es configurarse como una asociación mundial de intercambio y cooperación dentro del

movimiento mundial de Comunidades Terapéuticas y, principalmente, contribuir al reconocimiento, aceptación y validación del modelo de Comunidad Terapéutica, por parte de las organizaciones de la salud y los sistemas de prestación de servicios a nivel nacional e internacional (WFTC, 2011).

La WFTC en la actualidad incluye la Organización de Comunidades Terapéuticas de América (TCA), la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), la Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC), la Federación de Comunidades Terapéuticas de Europa del Este (EEFTC), la Federación Asiática de Comunidades Terapéuticas y la Federación Australiana de Comunidades Terapéuticas (ATC) (Op.cit, 2011).

La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas ha motivado la conformación de asociaciones locales y su inclusión en el conglomerado mayor, de manera tal de aunar criterios teóricos y metodológicos en el tratamiento realizado en los distintos países de América Latina. En 1995, tras la visita del Presidente de la FLACT a Chile, se da impulso a la naciente Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, siendo reconocida y respaldada por la Federación Mundial y Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. La Asociación conformada en nuestro país inició el acercamiento de las diversas comunidades, logrando unificar, en cierta medida, el trabajo realizado en el campo de las drogodependencias. Esto se ha traducido en la permanente actualización y capacitación de los equipos de todas las comunidades del país, para mejorar la atención de los usuarios.

Otro aspecto relevante a destacar es que la investigación en Comunidades Terapéuticas ha crecido de manera significativa desde 1976 en adelante, con la Primera Conferencia de las Comunidades Terapéuticas de América organizada por el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA]) y se ha potenciado a través del tiempo con el trabajo del Centro para la Investigación sobre la Comunidad Terapéutica (CTCR) creado por NIDA. Esto ha traído como consecuencia el aumento de estudios publicados en semanarios y revistas de investigación americanos, el mayor número de contratos y donaciones relacionados

con Comunidades Terapéuticas, así como también el mayor financiamiento federal de los programas de tratamiento en Comunidad Terapéutica (De León, 2000).

En síntesis, las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación tienen dos referentes fundamentales: un modelo europeo basado en la psiquiatría comunitaria – Jones en Inglaterra - y un modelo americano estructurado y normativo con bases teóricas cercanas a la modificación de conducta y principalmente asociadas al movimiento de autoayuda – Synanon y Daytop Village - (Llorente del Pozo, J.M. & Fernández, C., 1999). Cabe señalar que en EEUU se ha puesto un especial énfasis en la profesionalización e investigación en materia de Comunidades Terapéuticas, en sus esfuerzos por acercar el modelo al campo de la salud mental y validarlo como una estrategia metodológica consistente; es en este contexto, que nace la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y todas las Asociaciones que de ella se desprenden.

A continuación se revisarán en mayor profundidad los modelos ya explicitados, pues resulta relevante en tanto sus propiedades estarían a la base de las actuales Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación.

5.1.1. Modelo Europeo

El modelo europeo es el que da origen al fenómeno de la Comunidad Terapéutica. El concepto “Comunidad Terapéutica” moderno surge en los años ‘40 en el Reino Unido, para describir las Comunidades Terapéuticas Psiquiátricas; estas comunidades aparecieron aproximadamente 15 años antes que las Comunidades Terapéuticas en Norteamérica (De León, 2000).

El término “Comunidad Terapéutica” aparece por primera vez en 1946 en el artículo “The Hospital as a Therapeutic Institution”, publicado en un número especial del “Bulletin of the Menninger Clinic”. En dicho artículo, el psiquiatra británico del hospital de Birmingham T.F. Main, describe en detalle el trabajo realizado en 1943 por el

“grupo de Northfield” en el Hospital Militar Northfield con soldados con trastornos psiconeuróticos graves a quienes organizaron de forma comunitaria en grupos de discusión y participación en las decisiones sobre la marcha de la unidad.

El gestor principal de la Comunidad Terapéutica en Psiquiatría Social es Maxwell Jones, quien desde 1941 comienza a publicar acerca de su trabajo en los siguientes hospitales de Gran Bretaña: Mill Hill Scholl (1941-1944), Hospital para prisioneros de guerra de Datford (1945-1947) y Belmont Hospital de Surrey (1947-1959); en este último, en 1947 Jones creó una unidad para “inadaptados industriales”, que en 1954 pasó a tratar “inadaptados sociales”, para convertirse más tarde en el Hospital Henderson, para psicópatas (Diplomatura de Educación Social, 1997/1999).

Hay quienes plantean que Maxwell Jones recuerda a Pinel en su proceder, entre ellos el Padre Marcos Fidel López - fundador de la Comunidad Terapéutica de Colombia -, sin embargo, el pensamiento de Jones resulta muy distinto al de Pinel en términos de la concepción y expectativas respecto del enfermo. Desde la perspectiva de Muñoz (1996), los postulados de Jones constituirían un vuelco en la concepción de la persona del enfermo y la estructura de la enfermedad. A diferencia de la perspectiva biomédica, en que la visión del enfermo mental es la de un ser imposibilitado de responder por sí mismo o hacer algo respecto de su propia enfermedad, la propuesta de Jones enfatiza la capacidad del ser humano para cambiar y superarse, siendo el profesional sólo un facilitador de su propio proceso personal de desarrollo.

Jones elabora las ideas básicas sobre la Comunidad Terapéutica y, en términos metodológicos, propone prácticas innovadoras como las reuniones cotidianas del personal y pacientes que contribuyeron a desmitificar la imagen autoritaria del hospital. Además pone énfasis en la autoayuda, ayuda mutua y el trabajo conjunto de todos para ayudarse a sí mismos y a los demás. El grupo funcionaría como catalizador de procesos psicológicos individuales, cumpliendo así una importante función terapéutica.

El trabajo de Jones se inserta en el marco de las exigencias resultantes de la Segunda Guerra Mundial, específicamente en el contexto de los servicios de reinserción social

para ex-prisioneros de guerra y marginados sociales, que habría propiciado -junto a la preocupación preexistente en el mundo anglosajón por la reforma de los asilos psiquiátricos tradicionales- la aparición de las Comunidades Terapéuticas (Diplomatura de Educación Social, 1997/1999).

Estas exigencias se derivan de la incapacidad de los hospitales psiquiátricos para recibir a la gran cantidad de soldados con trastornos mentales secundarios a la guerra, la necesidad de recurrir, por razones económicas, a tratamientos colectivos; la experiencia de muchos profesionales en campos de concentración lo que facilitó un cambio de actitud, especialmente en los psiquiatras que se vuelcan hacia el psicoanálisis. A esto se agrega la aparición de diversos estudios sobre los perniciosos efectos del hospital psiquiátrico tradicional que da lugar a cambios legislativos durante la guerra y postguerra -reflejo de la conciencia de asumir responsabilidades sociales antes ignoradas-, esto supone un viraje de la actitud social hacia los enfermos mentales. También se crea la ley sobre personas incapacitadas en 1944 (“Disabled Persons Act”) y el “National Health Service” en 1947.

En 1953 la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Comité de Expertos en Salud Mental, señala que “la atmósfera del hospital mental es el factor más importante en la eficacia del tratamiento” añadiendo que el hospital psiquiátrico debía ser, en su totalidad, una Comunidad Terapéutica regida por los siguientes principios:

1. Conservación y protección de la individualidad del paciente.
2. Confianza en el paciente y en su capacidad para tomar iniciativas y asumir responsabilidades propias.
3. Ocupación del tiempo de los pacientes en determinados tipos de trabajos y actividades.
4. Promoción y mejora la comunicación con el equipo.
5. Evitación de las sanciones disciplinarias por mal comportamiento.

El quinto y séptimo informes del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, reafirmaron -en 1957 y 1959 respectivamente-, la consideración del Hospital Psiquiátrico como una Comunidad Terapéutica en interacción con el medio social,

además de remarcar la relevancia de la terapia ambiental y ocupacional. Partiendo de la reforma necesaria de esas instituciones, se añaden otros principios -calificados de revolucionarios- que suponen una utilización deliberada de los recursos de la institución (médicos, pacientes y personal auxiliar) como conjunto organizado de personas, no jerarquizado, con finalidad terapéutica; así como la supresión del formato tradicional de relación médico-enfermo o terapeuta-paciente. Los siguientes principios fueron:

1. Libertad de comunicación. La comunicación se da entre los distintos niveles y en todas direcciones y no sólo en forma unidireccional y jerárquica, de arriba-abajo
2. Análisis de todo cuanto sucede cotidianamente en términos individuales e interpersonales.
3. Provisión de experiencias de aprendizaje, tanto espontáneas y derivadas de la relación y convivencia cotidianas, como planificadas a través de actividades (salidas individuales o grupales, asistencia a actos públicos, etc.), orientadas hacia la reeducación social y que permita ensayar esquemas de comportamiento social.

Por tanto, la idea de Comunidad Terapéutica de Jones se basa en una mirada crítica y una reacción ante las limitaciones de los servicios de salud mental de la época: altas tasas de cronicidad, transgresión a los derechos humanos, abusos de poder propios de la jerarquización absoluta de algunas instituciones, etc. El propósito de Jones era establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos fuera reemplazada por una comunicación abierta entre los pacientes y el equipo de salud, quienes compartirían la información, la toma de decisiones y la solución de problemas. El dispositivo comunitario era para Jones una instancia de encuentro y socialización entre los profesionales y los usuarios, en que se debía promover la complementariedad de saberes, más que la asimetría “médico-paciente” (Comas, en Carrizo, 2010).

Según Carrizo (2010) la mayoría de los aportes teóricos que influyen en la concepción de Jones para la conformación de las Comunidades Terapéuticas provienen del

psicoanálisis, sin embargo, el autor propone que el objetivo de Jones era integrar todas las visiones y orientaciones terapéuticas vigentes; con el transcurso del tiempo incorpora aportaciones de los modelos conductuales y la teoría de sistemas. Desde la perspectiva de Jones, existen principios fundamentales a considerar:

1. La toma de decisiones se llevaba a efecto en *asambleas*, donde profesionales y usuarios participaban activamente
2. Se revaloriza el concepto de *equipo terapéutico* y, por ende, se destaca la importancia de las reuniones de equipo
3. La *preeminencia de lo grupal como dispositivo*. En esta propuesta de Jones existirían algunos elementos teóricos extraídos de los aportes de Bion.
4. Se organizan *prácticas socio-educativas* (socio-terapia) para que los usuarios adquieran herramientas y desarrollen destrezas sociales logrando asumir, en el transcurso del proceso terapéutico, mayores responsabilidades en sus vidas.

El nombre Comunidad Terapéutica en el contexto hospitalario describe un “lugar organizado como una comunidad en el que se espera que todos contribuyan al logro de las metas compartidas de crear una organización social con propiedades curativas” (Rapaport, en De León, 2000, p.36).

Las características de dichas comunidades son muy relevantes al momento de pensar las comunidades terapéuticas actuales, dado que presentan una serie de rasgos comunes. A continuación se describirán sus principales premisas (Adaptado de Kennard, en De León, 2000):

1. La organización global incide en el resultado terapéutico, es decir, todo el ambiente juega un papel importante en la cura.
2. El paciente reside en la comunidad voluntariamente. No se le encierra ni coacciona; vive en un régimen totalmente abierto.
3. La organización social crea un ambiente que maximiza los efectos terapéuticos y no es simplemente un escenario para el tratamiento. Se da gran valor al clima emocional de la institución.
4. Todas las relaciones al interior de la Comunidad Terapéutica son consideradas potencialmente terapéuticas.

5. Las técnicas educativas y la presión grupal se orientan en una vía constructiva.
6. Uno de los elementos fundamentales de la comunidad es la democratización: el ambiente social genera oportunidades a los pacientes para asumir un rol activo en los asuntos de la institución.
7. No existe jerarquización autoritaria, ni procedimientos casi carcelarios propios de los asilos psiquiátricos. Existe una difusión de la autoridad desde el equipo profesional hacia los pacientes.
8. En la CT no se produce la separación y el distanciamiento entre equipo médico y grupo de pacientes característico de la internación en el hospital, evitándose así las interacciones rígidas, estereotipadas y rutinarias de los grandes hospitales.
9. El grupo humano en la CT es numéricamente reducido a fin de evitar las deformaciones psicológicas y sociales asociadas a la masificación de las grandes instituciones.
10. La atmósfera cualitativa del ambiente social es terapéutica, dado que existe un equilibrio entre aceptación, control y tolerancia para las actividades destructivas. La comprensión de la conducta distorsionada - entendida por muchos como permisividad- es una de las reglas terapéuticas básicas.
11. La comunicación tiene un gran valor para la terapéutica.
12. El grupo será orientado hacia el trabajo productivo y una progresiva reinserción a la sociedad.

5.1.2. Modelo Americano

Para comprender el modelo americano resulta necesario conocer algunos antecedentes históricos, sociales y culturales en materia de tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y drogo-dependencias en EEUU.

En 1921 nace el movimiento cristiano Grupo de Oxford fundado por Frank Buchman. Su trabajo comienza en EEUU, luego de terminar sus estudios en Muhlenberg College y ser ordenado Pastor Luterano en 1902. Inicia su labor asumiendo la dirección de un hogar para jóvenes abandonados y, al parecer, su trabajo era exitoso, sin embargo, fue criticado por gastar mucho dinero; esta situación fue muy dolorosa para él y lo llevó a renunciar. Luego de ello se decide a viajar a Inglaterra, lugar donde habría vivido una experiencia de conversión religiosa sintiéndose liberado del odio y el resentimiento. En base a su propia experiencia comienza a creer que el cambio es posible si la persona se lo propone y se esfuerza al respecto. Comienza así su iniciativa por ayudar a las personas a cambiar.

Estando en Inglaterra, alrededor de 1927, Buchman entra al mundo universitario de Cambridge y Oxford, encontrándose con jóvenes desencantados por la guerra y por la caída de los ideales, terreno fértil para la proclamación de sus ideas. El grupo surge de reuniones llamadas “house parties”, en las cuales los adherentes pasaban tiempo en silencio dedicados a la meditación, buscando la guía de Dios. Se hablaba de los pecados cometidos en el pasado y de los defectos del carácter.

Varios grupos de estudiantes y luego gente de todos los niveles sociales salieron de esos encuentros para dar testimonio de una nueva esperanza y una nueva vida, es así como el Grupo de Oxford se hace conocido en Europa, África, China, Australia, Escandinavia y Norteamérica. El nombre “Grupo de Oxford” lo crea la prensa para identificar a un grupo de seguidores de Buchman, provenientes de la Universidad de Oxford, que viaja a Sudáfrica a extender el mensaje cristiano (Enciclopedia España, 2011).

Antes de ser conocido como “Grupo de Oxford”, era llamado por sus miembros: “Compañía Cristiana del Primer Siglo” (First Century Christian Fellowship). Desde 1938

en adelante el grupo adopta el nombre “Rearme Moral”, Buchman usa este concepto como una alternativa al rearme militar, señala:

“si no hay una transformación masiva en la naturaleza humana, el mundo continuará su camino histórico hacia la violencia y la destrucción. Necesitamos la mayor revolución de todos los tiempos, a través de la Cruz de Cristo cambiará el mundo (...) el mundo no necesita un rearme militar. El próximo paso en la historia será un rearme moral y espiritual” (Iniciativas de Cambio Internacional, 2011).

Desde el año 2001 en adelante, la organización se conoce como “Iniciativas de Cambio”.

Buchman es conocido por su contribución a la reconciliación luego de la 2ª Guerra Mundial, siendo condecorado por Alemania y Francia por su importante labor espiritual; por esta misma razón, fue nominado al Premio Nobel de la Paz entre los años 1952 y 1956 (Nobelprize.org, 2011); sin embargo, Buchman fue cuestionado por comentarios antisemitas; hay quienes piensan que sus palabras fueron sacadas de contexto, pues su real intención habría sido convertir a Hitler a los valores cristianos (Whelan, 2011).

El Grupo de Oxford entendía la enfermedad mental y el alcoholismo como signos de “erosión espiritual”. Tanto Buchman, como Shoemaker, pastor de la Iglesia del Calvario Episcopal de Nueva York (centro de operaciones del grupo de Oxford a nivel mundial), recibieron influencias de los Cuáqueros, los Anabaptistas, Menonitas y Amish. Algunas de sus ideas principales son la “ética del trabajo, la preocupación mutua, compartir las pautas y los valores evangélicos de honestidad, pureza, desprendimiento y amor, autoevaluación, reconocimiento de los defectos propios del carácter, reparación del daño causado y trabajo en equipo” (Ray, 1999; Wilson, 1957; en De León, 2000, p. 40). Resulta importante destacar que Buchman promueve “cuatro absolutos”: honestidad, altruismo, pureza y amor.

Como ya se mencionó, el Grupo de Oxford era conformado por personas de todas las clases sociales, en su mayoría no alcohólicas, que decidían entregar su vida a Dios y aplicar valores espirituales universales a la vida diaria. El grupo no tenía jerarquías, ni

templos, y sus trabajadores no tenían sueldo; su propósito era llevar una vida espiritual bajo la dirección de Dios.

La organización se basaba en las siguientes prácticas: reconocer los propios pecados y ayudar a otros a descubrirlos (distribuir y compartir la experiencia de cambio), entregar la vida a la dirección de Dios, restituir a todos los que se les ha perjudicado directa o indirectamente, escuchar la dirección de Dios y aplicarla en la vida. El proceso de cambio personal hacia una vida espiritual se producía a partir de la influencia de un miembro del grupo y se basaba en “las cinco c”: confianza en Dios y en el “cambiador de vidas”, confesión de los pecados y de las posesiones materiales, convicción acerca de la seriedad de los pecados y la necesidad de liberarse de ellos, conversión hacia una vida de entrega a Dios y continuación de la obra cristiana (Enciclopedia España, 2011).

La práctica central del Grupo de Oxford era la “dirección” que consistía en esperar durante la madrugada que llegara cualquier pensamiento a la mente para luego escribirlo, podía ser un recuerdo de la infancia o un acontecimiento reciente lo importante era que todo pensamiento era interpretado como mensaje de Dios. No sólo se buscaba la dirección de Dios de forma individual, también se hacía de forma colectiva; al reunirse en grupo, cada uno anotaba sus pensamientos y se llegaba a un consenso respecto de los distintos temas en discusión (Op.cit.).

Si bien el Grupo de Oxford fue minoritario en EEUU, sentó las bases para la formación de un movimiento clave en la historia del tratamiento y rehabilitación de alcohólicos. Se trata del movimiento de autoayuda Alcohólicos Anónimos (AA) que nace el año 1935 en Akron, Ohio. Este movimiento comienza como una red de apoyo informal y se transforma progresivamente en un programa de apoyo en el tratamiento de alcohólicos, el cual será muy influyente en los modelos de tratamiento futuros (Goti, 2003).

La organización es creada por dos alcohólicos adinerados en proceso de recuperación, se trata de Bill Wilson, un accionista de Nueva York, y el Dr. Bob Smith, un médico de Akron. La historia del desarrollo de esta organización es descrita como sigue: “Durante un viaje de negocios (...) Bill Wilson experimentó la necesidad compulsiva de tomar un trago. Henrietta Sieberling, asociada al Grupo de Oxford en Akron, le proporcionó el

nombre de Bob S., otro alcohólico. La conversación entre aquellos dos hombres, dio lugar a la fundación de A.A. Compartir su mutua experiencia les llevó a embarcarse en la misión de ayudar a otros alcohólicos” (De León, 2000, p.41).

Existen 12 pasos en A.A. que orientan a la persona en su proceso de recuperación (Emrick, 1999, en De León, 2000). A continuación se describen los 12 pasos para dejar el alcohol (Alcohólicos Anónimos Chile, 2011):

Paso 1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

Paso 2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.

Paso 3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.

Paso 4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

Paso 5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

Paso 6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

Paso 7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

Paso 8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

Paso 9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.

Paso 10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

Paso 11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

Paso 12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Los principios de A.A., directamente derivados del Grupo de Oxford, incluyen la confesión ante los demás, la enmienda y la convicción de que el cambio individual depende de la conversión a la creencia del grupo. Una diferencia importante entre ambas organizaciones tiene que ver con la concepción del “poder superior”. En el caso del Grupo de Oxford es el Dios cristiano, y en A.A. existe la posibilidad de que cada miembro se dirija a su propio concepto de *poder superior*. No obstante, ambas concepciones tienen en común el énfasis en la existencia de un poder mayor al propio como la base espiritual última del cambio personal. A partir del movimiento de Alcohólicos Anónimos surge Synanon y, posteriormente, Daytop Village, estos últimos permiten hablar del modelo americano propiamente tal.

Synanon es un programa de tratamiento que nace el año 1958 en Santa Mónica, California, fundado por un alcohólico en recuperación, Charles Dederich, quien usó su aprendizaje en A.A. para crear un modelo de tratamiento propio, que comienza con la iniciativa de recibir en su propia casa a grupos de A.A. a los que pronto se agregan los nuevos heroinómanos norteamericanos.

De este modo se inserta en el mundo de estos marginados sociales, quienes no lograban superar su problema adictivo en los centros de reclusión y rehabilitación penitenciaria; estos centros se revelaron ineficaces frente al trastorno, pues la sanción penal no lograba disminuir la compulsión por consumir además de que en los mismos establecimientos circulaba droga. A esto se agrega la dificultad inherente a la reinserción, por el “etiquetado” y “estigma” de haber estado recluso. El propósito de Dederich era dar una oportunidad a las personas drogodependientes para reasumir la

responsabilidad y manejo de su propia vida, a partir de la creación de un puente entre la marginación y la sociedad convencional (Muñoz, 1996).

Dederich parte de la base que la interacción grupal tendría poderosos efectos terapéuticos, llegando incluso a romper la adicción a la heroína, con su cohesión y trabajo comunitario. Esta organización surge inicialmente de grupos de “libre asociación” semanal, entendidos por sus miembros como una forma de terapia y, un año después, las reuniones semanales se transforman en una comunidad residencial. En 1959 se funda oficialmente para tratar drogodependientes. Durante los siguientes 15 años Synanon prosperó, pero posteriormente fue involucionando por problemas de organización e incluso problemas de índole legal (Carrizo, 2010).

Según Molina (2011) la Comunidad Terapéutica Synanon pasó de ser un método de rehabilitación basado en la convivencia a una religión basada en un culto a la personalidad del líder. De hecho, en la actualidad constituye una Comunidad Terapéutica de la cual no se puede egresar, pues funciona como “paraíso prometido” al que llega a vivir toda la familia del adicto, quienes traspasan todos sus bienes a la comunidad (Muñoz, 1996).

Goti (2003) refiere que a partir de la influencia de Charles E. Dederich comienza la historia moderna de las Comunidades Terapéuticas; señala que él deseaba realizar un abordaje más desafiante e interactivo para lograr la abstinencia. Dederich observó que los adictos a heroína podían mantener la abstinencia por períodos prolongados y comprobó entonces que este tipo de organización social, que se empezó a llamar a sí misma Synanon, podía ayudar a los heroinómanos a lograr la abstinencia sin intervención médica, respuesta que la sociedad no había encontrado en otras modalidades de tratamiento. Se produce, en consecuencia, una conflictiva polémica y oposición frente al campo de la psiquiatría y la psicología, imprimiendo a esta experiencia comunitaria el sello de un verdadero movimiento.

El elemento central de Synanon era el tejido comunitario o clima social en que las personas adictas a drogas se ayudaban recíprocamente a enfrentar la vida de otra forma, en Synanon las personas encontraban una familia sustituta, donde cada una de ellas podía vivir como un miembro de la comunidad y no como un paciente o un

prisionero. Es este entorno protegido, este tipo de atmósfera familiar, el aspecto fundamental que otorgaría estabilidad emocional a las personas en tratamiento (Goti, 2003).

Uno de los principales aportes de Synanon en términos metodológicos, tiene que ver con los llamados “juegos de Synanon” cuya dinámica se basaba en la confrontación, la cual funcionaba en dos sentidos: regular la vida cotidiana y facilitar la expresión de emociones (Carrizo, 2010). A través de la confrontación, los miembros de la comunidad comentaban las debilidades que observaban en los demás, muchas veces de forma hostil, buscando con ello llevar a la reflexión en torno a los errores del pasado y sentando las bases para un cambio a futuro.

Cabe destacar que existen importantes influencias de A.A. en Synanon, entre ellas el considerar la auto-ayuda como forma de recuperación, la creencia en la capacidad individual para curar y modificar aspectos del carácter y que la recuperación reside fundamentalmente en las relaciones terapéuticas con los semejantes. Sin embargo, Synanon incluye en su programa de tratamiento a adictos a todo tipo de sustancias y no sólo a alcohólicos, como AA; otra diferencia entre ambos tiene que ver con sus objetivos centrales, para AA el objetivo era mantener el estado de sobriedad, en cambio el objetivo de Synanon se extiende al cambio psicológico y del estilo de vida, siendo la sobriedad la base para ello. En efecto, Synanon institucionalizó la abstinencia como pre-requisito para ingresar al tratamiento (De León, 2000).

Uno de los principales cambios propuestos por Synanon respecto de A.A., fue la orientación psicológica sobre el problema de la adicción y la personalidad del adicto. Esto se refiere a que Synanon se apoya menos en el concepto de poder externo y más en el del propio individuo y el del grupo, como fuentes de la modificación individual. El énfasis espiritual de A.A. fue reemplazado por una ideología secular sustentada en una perspectiva existencial en torno a las auto-determinaciones y la responsabilidad individual (Op. cit).

En 1963 el Dr. Alexander Bassin y el médico psiquiatra Daniel Casriel toman algunos de los lineamientos de Synanon y, junto al Padre William B. O'Brien de la Iglesia Católica de Tuckahoe, Nueva York, fundan Daytop Lodge (Drug and Alcohol Abuse Treatment

Programs) en Butler Manor, Staten Island. Este primer centro de rehabilitación fue diseñado para 22 personas en libertad condicional masculina del sistema correccional de Brooklyn. Como se trataba de personas provenientes del ámbito carcelario, es el modelo de prisión aquel que organiza y estructura el diario vivir; se define una jerarquía estricta y un encuadre basado en premios y castigos (Carrizo, 2010).

Los fundamentos del programa de tratamiento fueron las sesiones de terapia de grupo, el modelado, el juego de roles, las asignaciones de trabajo y una jerarquía al interior del grupo de compañeros; a medida que los residentes iban progresando, recibían más responsabilidades y derechos, ganando así más privilegios. Los que vinieron después de ellos pudieron ver que otros como ellos fueron ganando respeto, hecho que les mostró que la vida sin drogas era posible (Daytop Village, 2010).

Daytop Lodge se transforma en Daytop Village, Inc. en 1964 en Bahía Príncipe, de Staten Island; en ese momento se abre la posibilidad de tratamiento a hombres y mujeres que buscaban ayuda voluntariamente. En los siguientes años se hizo evidente que había más usuarios con problemas de uso ocasional de drogas, además de los adictos “duros”; en respuesta, Daytop desarrolla su primer centro ambulatorio.

El Modelo Daytop se basa en la noción de “autoayuda”, entendida como la oportunidad de ayuda recíproca entre personas que han vivido la misma experiencia. Al ayudar a otros que han pasado por situaciones similares, se produce un fenómeno peculiar en que la persona termina “ayudándose a sí misma” a partir del reflejo que brindan los demás. En sus orígenes, este modelo funcionaba sólo con ex – adictos, es decir, no contaba con operadores profesionales. Por tanto, las personas rehabilitadas se encargaban de las terapias y el funcionamiento de la comunidad y, a medida que iban superando su dependencia y creciendo en términos valóricos, alcanzaban niveles jerárquicos de autoridad. Será con posterioridad que se incluirán profesionales de salud a los equipos de trabajo terapéutico.

Goti (2003) señala que las comunidades de la década del 60 – especialmente Daytop - se transformaron en la piedra fundacional de la Comunidad Terapéutica como sistema de tratamiento. Esto tiene que ver con el hecho de que por primera vez se lograba la recuperación exitosa de drogadictos; del 2 al 4% de éxito que tenían los programas de

la época, se pasó al 40 - 70% en Comunidad Terapéutica. Resulta fundamental considerar que en ese período, muchos de los residentes y operadores de Synanon habían pasado por largos tratamientos de psicoterapia no exitosos, generándoles una vivencia de frustración importante y una percepción de ineficacia hacia dicha modalidad de tratamiento, esto se tradujo en la tendencia a no incluir la psicología en los movimientos de autoayuda; más aún, en algunos casos se la consideró contradictoria y opuesta a las actividades de recuperación.

El modelo americano, constituye un fenómeno social reaccionario con la suficiente fuerza como para generar instituciones alternativas, capaces de rescatar antiguos métodos autoritarios y jerárquicos de tratar a los pacientes. Como señala Comas (1988)

“Lo que pasó en EE.UU: a fines de los años 50 y principios de los 60, momento en que se produjo uno de los ciclos altos de consumo de heroína, fue precisamente que las instituciones de Salud Mental, en plena reforma [hacia la psiquiatría comunitaria], no podían jugar el papel represor y totalizador que el drogodependiente exigía, muchas instituciones sanitarias no eran lo suficientemente totales ni represivas para las necesidades de un colectivo que vivía la libertad como riesgo” (En Diplomatura de Educación Social, 1997/1999).

Mientras en EEUU surgía y se consolidaba Daytop Village como método de tratamiento para las adicciones, en Europa, Mario Picchi, personaje carismático vinculado a la iglesia católica romana, organizaba un centro de acogida para desamparados en 1968 en la capital italiana; como observa que muchos de ellos tienen problemas de consumo de drogas, comienza a investigar acerca de Daytop y a incorporar algunas de las herramientas metodológicas de dicho modelo, sin embargo, los pacientes no le encontraban sentido al tratamiento, surgen críticas al sistema y aumenta la deserción. Desde la perspectiva de J. C. Torres (comunicación personal, 8 de diciembre, 2010) la idiosincrasia del italiano no habría aceptado el sistema de trabajo fuerte y confrontacional norteamericano, por tanto, resultó absolutamente necesario modificar y adaptar el modelo a su propia cultura.

En 1971 Picci asume el liderazgo de la Organización Civil “Centro Italiano de Solidaridad” (CEIS) y comienza a prestar asistencia en base al modelo de autoayuda, sin contar con base profesional. En el período comprendido entre 1970 y 1980 se percibe una importante influencia del psiquiatra Franco Bassaglia al frente del movimiento antipsiquiátrico y de la psiquiatría democrática, en busca de un tratamiento al margen del manicomio; es así como comienza a tomar forma el “modelo italiano”. Es en este contexto socio-histórico que en 1979 Mario Picchi junto a Juan Pares Plans (más conocido como Juan Corelli) crean el Progetto Uomo (Proyecto Hombre), sistema terapéutico de rehabilitación de drogodependientes, inspirado en las prácticas de Synanon, Daytop y la Comunidad Terapéutica Psiquiátrica de Jones (Carrizo, 2010).

Progetto Uomo (Proyecto Hombre), en sus orígenes, comienza con un esquema de autoayuda no profesionalizado similar a Daytop. Se trataba de un programa de tratamiento con componentes educativos y terapéuticos, los primeros basados en la premisa de que los adictos serían personas que necesitan “reeducarse” para llevar una vida constructiva y la educación se producía siguiendo modelos de rol y recibiendo directamente la enseñanza y guía de personas rehabilitadas con anterioridad. Promovía el aislamiento social para lograr la abstinencia, sin por ello excluir a la familia del proceso, se trataba más bien de tomar distancia de personas que pudieran fomentar el consumo de sustancias. El tratamiento incluía 3 etapas claramente delimitadas: admisión, ingreso y reinserción; y su metodología de trabajo se basaba en dispositivos grupales y un régimen de premios y castigos.

En la década de los '80, Progetto Uomo configura un modelo propio, diferenciándose de la escuela americana. Dentro de las principales diferencias con ésta, se encuentran: la relevancia atribuida a la intervención familiar en el proceso de tratamiento, la definición de objetivos terapéuticos más personalizados y la conformación de equipos mixtos integrados por profesionales, ex adictos y voluntarios (Carrizo, 2010). El método de Proyecto Hombre, consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para lograr que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su

capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad (Asociación Proyecto Hombre, 2010).

Cabe destacar que Proyecto Hombre cuenta en la actualidad con una Escuela Internacional de Formación para Operadores Calificados en Comunidad Terapéutica y bajo la influencia directa de Progetto Uomo, surgen cientos de propuestas similares en Italia y en otros países de Europa, especialmente en España. Además se ha expandido a algunos países de Asia y América Latina.

Pero quien lidera el desarrollo e implementación de Comunidades Terapéuticas en América Latina es un médico psiquiatra puertorriqueño, Efrén Ramírez, quien en 1961 funda el Centro de Investigaciones sobre la Adicción (CISLA), perteneciente a la Universidad de Puerto Rico, que sería la primera Comunidad Terapéutica para adictos supervisada por profesionales en el hemisferio occidental; el programa además incluyó la *participación de ex-adictos como miembros del equipo terapéutico*. Para la configuración de esta modalidad de tratamiento recurre a su formación en Psiquiatría, a las técnicas de intervención no directiva de Rogers, a la práctica terapéutica de Maxwell Jones en Gran Bretaña, a las técnicas de terapia grupal de Slavson y a la influencia de la filosofía existencialista (Ramírez, 1990). Ramírez tenía una perspectiva pragmática, es decir, consideraba que toda intervención era utilizable en la medida que sirviera para el paciente, incluso métodos con un sesgo autoritario y algo agresivo (J. C. Torres, comunicación personal, 8 de diciembre, 2010).

En 1967, Ramírez funda Phoenix House Therapeutic Communities Program, una adaptación multi-étnica de la Comunidad Terapéutica, para adictos en un ambiente urbano (Ciudad de Nueva York). Entre 1967 y 1968 funda el Addiction Services Agency en la ciudad de Nueva York, que fue la primera adaptación para dicha ciudad del concepto de Comunidad Terapéutica desarrollado originalmente en CISLA. Entre 1968 y 2006 fue el miembro fundador y consultor en psiquiatría de Hogar CREA, Inc., la primera Comunidad Terapéutica comunitaria privada, sin fines de lucro, para adictos en Puerto Rico. En la actualidad se trata de una red de hogares comunitarios con programas en Puerto Rico, República Dominicana, en algunos países de Centro y Sudamérica, EEUU y España (Ramírez, 1990).

Por otra parte, en 1974 nace en Argentina el Programa Andrés, fundado por el pastor evangélico Carlos Novelli quien era a su vez, un ex – adicto. Desde la creación del programa hasta 1985, reunía grupos de jóvenes adictos que vivían en comunidad. Un año después, el programa adopta la modalidad de Comunidad Terapéutica y los lineamientos del Proyecto Hombre, siendo la institución pionera en la república Argentina (Programa Andrés, 2011)

En 1975 nace Hogar Crea Dominicano, institución no gubernamental, sin fines de lucro, fundada en Santo Domingo, República Dominicana (Hogar Crea Dominicano, 2011). Según el Director de Hogar Crea Dominicano, Leopoldo Díaz, toda persona que desarrolla una dependencia de sustancias ha sufrido un deterioro en parte de su personalidad, en el carácter (Pantaleón, 2010). El esquema de diagnóstico y evaluación del desarrollo del carácter que se utiliza en los Hogares Crea, está basado en el modelo epigenético de Erik Erikson (1950), el cual propone que el ser humano en su desarrollo psicosocial atravesaría una serie de crisis normativas, las cuales permitirían desplegar ocho capacidades fundamentales del carácter: confianza, autonomía, iniciativa, industriosidad, identidad, compromiso, generatividad y trascendencia (Ramírez, 1995).

En 1978 es creado el Centro de Rehabilitación de Ñaña (CRÑ) en Lima Perú, institución dedicada al tratamiento y rehabilitación de la adicción a drogas. Inicia su funcionamiento en 1979 bajo la Dirección del Dr. Elard Sánchez Tejada. Desde 1982 hasta el año 2009 asume la Dirección del Centro el Dr. Rafael Navarro Cueva, quien inicia un nuevo modelo de trabajo; el CRÑ se constituye como la primera Comunidad Terapéutica en el Perú, basándose su marco conceptual en la Terapia Conductual Cognitiva (derivada de los principios experimentales del comportamiento y de la teoría del aprendizaje) y en el Modelo de Comunidad Terapéutica Americano. En la actualidad es una dependencia del Hospital Hermilio Valdizán (HHV) y del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud Perú, 2010).

En 1982 nace la Comunidad Terapéutica Instituto Amigó de Medellín, Colombia, fundada por la Congregación Religiosa de los Terciarios Capuchinos. Como antecedente histórico cabe mencionar que los Terciarios Capuchinos llegaron a Colombia en 1928 y el Gobierno de Antioquia, al conocer su labor reeducadora, les

encomienda en 1951 la dirección de la antigua Casa de Menores, dándole el nombre de Escuela de Trabajo San José. Ésta se constituyó en la primera institución de reeducación dirigida por la comunidad en Colombia. Así comienza la labor de los Terciarios Capuchinos en materia de “reeducación de la juventud desviada del camino de la verdad y del bien”. Posteriormente, su tarea se aboca más específicamente a la reeducación de consumidores de estupefacientes, primero adultos y luego niños y adolescentes (Arquidiócesis de Bogotá, 2010).

En 1984 nace la Fundación de Hogares Claret en Colombia, a partir de la iniciativa del Sacerdote de la Comunidad de los Misioneros Claretianos, el Padre Gabriel Antonio Mejía Montoya; él en compañía de los Padres de su Comunidad, José Fernando Tobón y Luís Fernando Vargas, conocen la experiencia de los Hogares Crea de Barranquilla y esta experiencia se fortalece a través de la búsqueda de diversos modelos terapéuticos (Proyecto Hombre y Daytop Village, principalmente). El padre Mejía decide conformar un equipo de voluntarios para atender las necesidades de los drogodependientes y sus familias; el primer grupo nace en mayo de 1984 y se denominó Semilla Fecunda. En 1986, en compañía del Dr. Jorge Carvajal Posada y el señor Alán de Villegas, el Padre Gabriel viaja a República Dominicana y establece contactos con los directivos de los Hogares Crea de la Isla, iniciándose así un contrato de asesoría técnica y apoyo a recursos humanos con los directivos dominicanos; en Mayo de 1988 se establece el acta de la Fundación Hogares Claret e inicia oficialmente como Comunidad Terapéutica.

En 1992 el Padre Gabriel visita más de veinte comunidades terapéuticas distintas en: España, Francia, Alemania, Suiza, Italia, Holanda e Inglaterra y compara el programa de los Hogares Crea de República Dominicana con los modelos de la comunidades terapéuticas del Proyecto Hombre de Italia y España, así como el de Daytop y Walden House, en Estados Unidos. Esto lo hace reflexionar en torno a las limitaciones del modelo colombiano, sin desconocer sus valores y fortalezas; es así como a través de los años se desarrolla un modelo terapéutico propio. Actualmente la Fundación Hogares Claret cuenta 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) destinados al tratamiento de diversos tipos de población: adultos, jóvenes y niños en situación de marginalidad, miseria, drogas y abusos de todo tipo. Cabe destacar que es de las pocas Comunidades Terapéuticas a nivel mundial que está certificada en calidad por la norma ISO 9001.

La metodología de intervención de la Fundación de Hogares Claret se basa en el Modelo de Comunidad Terapéutica cuyos pilares son la ayuda mutua y la autoayuda. La comunidad se entiende como una escuela de valores, siendo el grupo el motor del cambio, la persona la protagonista de su propio proceso de recuperación y el equipo terapéutico conformado por profesionales y educadores (rehabilitados) el soporte del trabajo (Fundación de Hogares Claret, 2010).

En suma, resulta importante destacar que en Latinoamérica existen vertientes claras del Proyecto Hombre en Colombia, país latinoamericano con mayor experiencia en este modelo, Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Chile. Por otra parte, el modelo norteamericano de Daytop ejerce una gran influencia sobre las Comunidades Terapéuticas de República Dominicana y Puerto Rico, donde surgen los Hogares Crea; de esta rama nace posteriormente la Fundación de Hogares Claret (Muñoz, 1996).

5.2. Comunidades Terapéuticas en Chile

Chile no ha estado al margen del desarrollo y consolidación del fenómeno de las Comunidades Terapéuticas a nivel mundial. En diciembre de 2010, el listado oficial de centros de tratamiento para las adicciones en convenio con CONACE da a conocer 198 centros distribuidos a lo largo del país. La distribución por regiones es la siguiente:

REGIÓN	SERVICIO DE SALUD (S.S.)	Nº
Primera Región	Iquique	6
Segunda Región	Antofagasta	5
Tercera Región	Atacama	6
Cuarta Región	Coquimbo	12
Quinta Región	Valparaíso	4
	Viña del Mar	9
	Aconcagua	2
Sexta Región	O'Higgins	7
Séptima Región	Maule	11
Octava Región	Concepción	10
	Talcahuano	4
	Ñuble	1
	Arauco	1
	Bío Bío	1
Novena Región	Araucanía Norte	4
	Araucanía Sur	5
Décima Región	Reloncaví	2
	Osorno	1
	Chiloé	1
Décimo Primera Región	Aysén	2
Décimo Segunda Región	Magallanes	1
Región Metropolitana	Todos los S.S.	95

Décimo Cuarta Región	Valdivia	4
Décimo Quinta Región	Arica	4

En la Región Metropolitana existen 95 centros en convenio con CONACE concentrados de forma diversa en los distintos Servicios de Salud Metropolitanos (S.S.M.): Norte (N), Oriente (O), Occidente (Occ), Centro (C), Suroriente (SO) y Sur (S).

	SERVICIO DE SALUD (S.S.)	Nº
Región Metropolitana	SSMN	11
	SSMO	10
	SSMOcc	17
	SSMC	11
	SSMSO	16
	SSMS	30

En términos de la diferenciación que establece CONACE entre los distintos centros de tratamiento para drogodependencias, en el Catastro Nacional del año 2010 se observa que algunos son definidos como Comunidades Terapéuticas propiamente tales, otros aparecen como Hogares, Fundaciones, PAI (Programas Ambulatorios Intensivos), PAB (Programas Ambulatorios Básicos), CTA (Centros de Tratamiento Ambulatorio) o sólo con su nombre de fantasía, sin especificar a qué modalidad de tratamiento corresponden; otros centros corresponden a COSAM, CESFAM, CESAM, Consultorios y las Unidades de Dependencias en Hospitales.

En términos amplios, se podría plantear que el número de centros de tratamiento acreditados por CONACE que funcionan con el modelo de Comunidad Terapéutica, ya sea ambulatoria o residencial, se encuentra entre 70 y 90 a nivel nacional; no obstante, todos los centros de tratamiento para adicciones incluyen en su metodología elementos del modelo de Comunidad Terapéutica.

Echeverría (2004) basándose en algunos criterios propuestos por el Ministerio de Salud, señala que es posible diferenciar diversos tipos de comunidades terapéuticas:

institucionales (acordes a reglamentos institucionales vigentes y que incluyen profesionales), no institucionales (no cuentan con profesionales en sus equipos y pueden responder en su filosofía y orientación a distintas consideraciones científicas, ideológicas, religiosas y experienciales), residenciales o ambulatorias, ordenadas o no en fases dentro del proceso terapéutico, y la distinción entre aquellas comunidades que cuentan con personas rehabilitadas como parte de su equipo de trabajo y aquellas que rechazan dicha opción.

5.2.1. Historia de las Comunidades Terapéuticas en Chile

En este apartado se hará una revisión histórica de los principales hitos en el desarrollo de las Comunidades Terapéuticas en Chile. Más adelante se profundizará en la metodología y funcionamiento de algunas de ellas, consideradas las más importantes y de mayor trayectoria a nivel nacional por los especialistas en el tema.

En Chile las primeras experiencias de Psiquiatría Comunitaria surgen en 1960, aproximadamente, y son lideradas por el Dr. Luis Weinstein, el Dr. Juan Marconi y el Dr. Martín Cordero. Las dos primeras en Santiago y la última, en la ciudad de Temuco. Con la llegada del gobierno militar en 1973, dichas experiencias se detienen casi por completo, generándose un período en que predomina el “modelo manicomial”; no obstante, se desarrollan diversas ONG y Centros de Adolescencia que pretenden abordar los problemas de drogadicción y otros problemas de Salud Mental con un enfoque clínico comunitario (Torres, 2001).

El año 1968 un diácono, Sergio Naser Japaz, fue destinado a una parroquia en la estigmatizada Población La Victoria. Allí, el párroco de turno le encomendó varias tareas, entre ellas, preocuparse de las personas con problemas con el alcohol. En ese momento supo de un hombre, padre de ocho hijos, que se había intentado arrojar a la línea del tren producto del alcohol. Relata que rápidamente fue a verlo, lo despertó y empezó a hablarle sin parar; señala que de pronto el hombre le estiró la mano y le dijo “padre, le prometo que nunca más voy a tomar... nunca me habían dado una mano de amigo”. Recuerda el sacerdote que eso le llegó al corazón y le impactó mucho (Valencia, 2010).

Desde entonces se dedicó por entero a trabajar con alcohólicos, en compañía de ese hombre que cumplió su promesa y estuvo 29 años sin beber. Juntos formaron el *Club de Abstemios de La Victoria*, que llegó a tener 150 socios; incorporaron programas para asistir a las esposas de los enfermos, se dedicaron a la prevención del consumo de alcohol y drogas en los clubes deportivos a través de obras de teatro, y buscaron el apoyo profesional de psiquiatras y otros especialistas para brindar una mejor respuesta a las necesidades observadas en las personas alcohólicas y sus familias. Cientos de personas se han rehabilitado desde entonces en distintas poblaciones gracias al trabajo del sacerdote y de laicos con valores cristianos, que vieron en el drama del alcohólico y el drogadicto una situación propicia para ayudar.

El Sacerdote Sergio Naser es el actual director del Policlínico de Alcoholismo Obispo Enrique Alvear, que atiende anualmente a más de mil alcohólicos y drogadictos. Desde 1987 está a cargo de la Pastoral Nacional de Alcoholismo y Drogadicción (PANAD) organismo dependiente del Área de Pastoral Social de la Conferencia Episcopal y presidente del directorio del organismo técnico de la PANAD: Fundación Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas (EFAD).

En la misma Población La Victoria nace una de las experiencias pioneras en Psiquiatría Comunitaria, el Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago, liderado por el Dr. Juan Marconi. Este Programa surge desde la Universidad de Chile, con la participación del Servicio Nacional de Salud y la Comunidad, y se desarrolla en el período comprendido entre 1968 y 1973. Estaba destinado a la población correspondiente al área de asistencia del Hospital Barros Luco-Trudeau, particularmente de la Población La Victoria. Se destaca esta experiencia, pues el énfasis del programa estaba dirigido al tratamiento de pacientes alcohólicos.

Marconi (citado en Torres, 2001) señala que la red de servicios comunitarios agrupaba a ex pacientes y familiares, creando estructuras de acción terapéutica y preventiva, cuyo modelo universal es Alcohólicos Anónimos o Recuperados. Destaca los siguientes logros: Implementación del Programa Intracomunitario de Alcoholismo en un consultorio cualquiera, sin infraestructura especial; inicio del trabajo partiendo desde

las organizaciones ya existentes en la comunidad (inserción del Programa de Trabajo del Equipo de Salud en los dos Clubes de Rehabilitados Alcohólicos en funcionamiento en la comunidad), aumento del número de Asociaciones de Alcohólicos Recuperados de 4 a 35, en el Área Sur, en 5 años de desarrollo del Programa.

Otro antecedente relevante a considerar es que en 1970 el recién titulado como Asistente Social en la Universidad de Concepción, Juan Palacios Herrera, comienza a trabajar en el Hospicio (manicomio) de la misma ciudad, desarrollando un trabajo de rehabilitación con personas alcohólicas. Será con posterioridad, luego de una formación en Inglaterra (1975-1992), que Palacios creará una de las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación más importantes a nivel nacional.

En la década de los '80 comienzan a surgir las primeras Comunidades Terapéuticas y las precursoras en este modelo fueron la Iglesia Evangélica y la Iglesia Católica. En sus inicios las Comunidades Terapéuticas en Chile eran residenciales, pero con el paso del tiempo se fueron diversificando y dando lugar a modalidades ambulatorias.

En 1982 nace la primera Comunidad Terapéutica en Chile, se trata de la **Corporación Comunidad La Roca** ubicada en Viña del Mar, vinculada a la Iglesia Bautista Evangélica; esta comunidad se mantiene vigente hasta la fecha.

En 1983 surge el **Centro de Rehabilitación para Alcohólicos y Drogadictos (CREHAD)**, como un ministerio de la Iglesia de las Asambleas de Dios, es decir, también surge a partir de la iniciativa de la Iglesia Evangélica. Su fundador fue el pastor Manuel Contreras (Muñoz, 1996), pero en términos fácticos, se considera como fundadores a Rudelindo Cortés y su esposa Francisca Rivera, quienes lograron salir de años de alcoholismo y drogadicción gracias a la Iglesia, y en la actualidad son un ejemplo de superación y trabajo en la Comunidad Teoterapéutica de la ciudad de Los Andes.

La metodología terapéutica en CREHAD incluye talleres de artesanías, música, panadería, construcción, autoconocimiento y crecimiento emocional para encontrar respuestas y dar sentido a su futuro. En la actualidad CREHAD es una organización reconocida por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y por

el Municipio de Los Andes, el cual le ha otorgado los permisos correspondientes para trabajar en el manejo de adicciones (González, 2011).

Por otra parte, el Hogar de Cristo cumple un rol fundamental en el desarrollo de iniciativas de tratamiento para pacientes drogodependientes; en concordancia con ello, este último apoya la creación de Comunidades Terapéuticas a través de recursos destinados a "Proyecto Hombre Chile". Es así como en 1983 se funda el **Hogar San Francisco de Asís** en la Comuna de La Pintana para acoger a niños en riesgo social, transformándose con el tiempo en un hogar para niños consumidores de neoprén; más tarde, este hogar se convierte en una Comunidad Terapéutica que basa su metodología en la experiencia colombiana. Posteriormente, el Hogar de Cristo decide apoyar una iniciativa derivada de los Hogares Crea de República Dominicana y es, en este contexto, que nace la **Comunidad Terapéutica Manresa**, asociada a la Congregación Jesuita, cuyo primer director fue el dominicano Reynaldo Pazos; esta experiencia fracasó dado que algunos reeducadores se vieron con poder y comenzaron a enriquecerse a partir del contacto con los familiares de los pacientes. Posteriormente Manresa volverá a operar, pero con cambios a nivel de dirección, gestión y metodología (Muñoz, 1996).

También el año 1983, nació Tabor en Antofagasta, que comenzó como un Club de Alcohólicos, pero fue modificando su metodología gradualmente para dar lugar, en 1990, a la **Comunidad Terapéutica Tabor**. Se trata de una institución de orientación cristiana que depende del Arzobispado de Antofagasta; busca rehabilitar a las personas a través de un cambio mental, emocional y conductual; no apunta sólo a la abstinencia de alcohol y drogas, sino que promueve que los usuarios aprendan a llevar una vida saludable.

En Antofagasta se utiliza una metodología creada especialmente para la comunidad local. Se trata del programa "Transfiguración del hombre", que contempla cinco fases para llegar a la rehabilitación, la primera es el Coloquio, cuyo objetivo es el vínculo con el usuario, se lo mantiene con un formador a cargo algunas horas al día por un mes y medio, período en el que comienza una desintoxicación natural en base al uso de medicamentos naturistas; luego viene la Acogida, momento en que empiezan a vivir

en comunidad, cumpliendo normas y tareas; permanecen por lo menos cuatro horas en el centro y un fin de semana al mes en la Casa San José; la siguiente etapa es Reinserción, continúan con Seguimiento y, si todo sale bien, finalizan su tratamiento con la Graduación. En Tabor trabajan asistentes sociales y alumnos de esa carrera; psicólogos y alumnos de psicología; terapeutas ocupacionales, profesoras de educación básica, un técnico en enfermería y asistentes en rehabilitación. Su financiamiento proviene básicamente de los aportes de CONACE, del Hogar de Cristo y la Municipalidad, además del apoyo de instituciones privadas (Diario La Estrella, 2003).

En 1985 surge **Proyecto Hombre Chile**, siendo sus fundadores Virginio Ascencio y la Hermana Clara Gálvez, perteneciente a la Congregación de las Hijas de Santa Ana; ambos se formaron en el Centro Italiano de la Solidaridad en Roma y tuvieron un rol fundamental en el desarrollo y consolidación de este programa terapéutico en Chile. En este marco de cosas, la Iglesia Católica por iniciativa de la Congregación Religiosa Hijas de Santa Ana y con el financiamiento del Hogar de Cristo, crea el mismo año **Fundación de Crecimiento y Desarrollo del Hombre (CREDHO)**, basada en los lineamientos del Proyecto Hombre. A partir de esta institución, han surgido las Comunidades Terapéuticas más importantes a nivel nacional, en cuanto a capacidad numérica (Muñoz, 1996).

Alfa Instituto es una organización privada que nace también el año 1985, a partir de la iniciativa del Dr. Rolando Chandía Ramos, médico psiquiatra perteneciente a la Asociación Iberoamericana para el Estudio de Alcohol y Drogas (AIEPAD), y su esposa, Nadimé Soto Gajardo, Asistente Social. En este centro, se realizaban evaluaciones psiquiátricas, psicológicas y socio-ocupacionales a personas con drogodependencias, llevando a efecto un tratamiento individual ambulatorio. Será con posterioridad que el Dr. Chandía iniciará un programa de tratamiento residencial, al constatar la insuficiencia del abordaje ambulatorio para este tipo de trastornos (Dr. Rolando Chandía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2010).

En la década de los 90 surgen en Chile las **Comunidades Terapéuticas Residenciales de Fundación Crea (Hogares Crea Chile)** y, en la actualidad, atienden un total aproximado de 200 personas en proceso de internación con diagnósticos de dependencia a

diversas sustancias. Las actividades programáticas y metodológicas incluyen una internación de un año y cuatro meses, que tiene como objetivo final alcanzar la abstinencia total de sustancias. Luego del alta de la internación, los usuarios pueden acceder a los programas de reinserción y seguimiento. Los Hogares Crea se encuentran en distintas comunas de Santiago y Antofagasta (CREA Chile, 2010).

En 1991 surge el **Centro de Reeducción de Adictos DAR**, una Comunidad Terapéutica que trabaja con la metodología proveniente de los Hogares Crea. El centro cuenta con un equipo clínico de profesionales y pone un especial énfasis en la inclusión de la familia en el tratamiento (Centro de Reeducción de Adictos DAR, 2010).

También el año 1991, un grupo que practicaba la meditación y el yoga comenzó a interesarse por las personas con problemas de alcoholismo y creó un proyecto de vida ecológica, basado en un ambiente de paz y desarrollo interno, para ayudarlas en su rehabilitación. Al año siguiente, el asistente social Juan Palacios regresa de Inglaterra luego de haberse formado en el modelo europeo de Comunidad Terapéutica, y conoce a este grupo, proponiéndoles capacitarlos en dicha metodología. Así es como se comienza a gestar y consolidar el proyecto técnico de **Comunidad Terapéutica Colina**.

En 1992, Remigio Muñoz, operador calificado en Comunidades Terapéuticas, y el Dr. Rolando Chandía, desarrollan una modalidad de tratamiento innovadora que incluía una fase residencial inicial (1 mes) en el contexto de una clínica de rehabilitación (Alfa Instituto) y otra fase ambulatoria posterior. Este equipo de trabajo se disuelve luego de un año por diferencias metodológicas.

En 1993, Remigio Muñoz crea el Programa Terapéutico-Educativo **Proyecto Ser**, basado en la filosofía de Proyecto Hombre, cuyo lema es: “que cada ser humano llegue a ser lo que esencialmente es” (Muñoz, 1996, p.32). Desde la perspectiva de su fundador, esta experiencia de trabajo constituye un gran aporte, dado que abre la posibilidad de concebir una Comunidad Terapéutica Ambulatoria que sea efectiva. Las ventajas de esta modalidad de tratamiento son el menor costo para el usuario y la mantención de éste en su medio natural.

También en 1993, nace la actual **Comunidad Terapéutica Manresa en Lampa**, a cargo del psicólogo Pablo Egenau. Esta comunidad recoge elementos metodológicos de la experiencia dominicana, el trabajo colombiano y la labor de **Fundación CREDHO**.

En 1994, el psiquiatra Rolando Chandía crea la **Comunidad Terapéutica Alfa** con la colaboración de Franklin Ariza, reeducado en Hogares Crea de República Dominicana. Al año siguiente se integra al equipo Juan Carlos Torres, operador terapéutico formado en Italia en el Centro Italiano de la Solidaridad (CEIS); con la llegada de Torres, sale Ariza, y con esta reestructuración cambia el modelo dominicano por el de Proyecto Hombre, dándole una mayor preponderancia al equipo profesional.

En febrero de 1994, llega a Chile un matrimonio español junto a cinco voluntarios provenientes de **REMAR**, ONG nacida en España cuya sigla significa Rehabilitación de Marginados, con el fin de extender la obra misionera de la Iglesia Cristiana Cuerpo de Cristo, una rama de la Iglesia Evangélica. Se abre la primera casa de acogida en Santiago para atender las necesidades básicas de los jóvenes consumidores de sustancias, tales como: alimentación, techo, abrigo y salud, para posteriormente formar ya la base estructural de la actual Asociación REMAR Chile. El año 2000, el Gobierno de Chile aprobó la Personería Jurídica Española para trabajar en Chile, con el Decreto Supremo No.381, en vías de la acreditación de los centros como Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación Cristiana (Remar Internacional, 2010).

Luego de 15 años de desarrollada su obra, REMAR se ha extendido a 8 ciudades del país: Iquique, Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Rancagua, Concepción y Santiago; habiendo atendido hasta la fecha a más de 10.000 mil personas entre hombres, mujeres, niños y ancianos, viviendo a régimen completo. En la actualidad cuenta con 24 centros abiertos a lo largo del país, atendiendo a una población cercana a 400 personas.

Corporación La Esperanza es una organización privada sin fines de lucro, creada el año 1995 por el senador de la Unión Demócrata Independiente (UDI) Jaime Orpis; nace como un centro de rehabilitación para personas drogodependientes de escasos recursos, por tanto, su asistencia es prioritariamente gratuita.

La Red **Dianova Chile**, con sus correspondientes Comunidades Terapéuticas, comienza a funcionar el año 1998, contando desde 2001 con financiamiento de CONACE. La Institución Dianova Chile es constituida por una Fundación y una ONG, cuya meta es ayudar a personas con problemas de alcohol y drogas, a través de programas educativos de prevención, rehabilitación e integración social; su equipo es conformado por profesionales, técnicos y personas rehabilitadas.

A principios del año 2003, a partir del impulso del Servicio de Salud Metropolitano Norte por medio de la Unidad de Salud Mental, la asesoría de la Unidad de Drogas del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y la Fundación Cristo Vive, es creada **Talita Kum**, primera Comunidad Terapéutica Ambulatoria Modificada, es decir, adaptada para la atención de personas con patología dual - pacientes con una adicción y además otro trastorno - del área norte de Santiago. El financiamiento del proyecto se obtiene inicialmente desde dos fuentes, el SSMN y el gobierno de Luxemburgo por medio de la Fundación Cristo Vive; el aporte de dicho gobierno se mantiene durante 3 años. En la actualidad, la comunidad es financiada en su totalidad por el SSMN.

El año 2005 nace la **Fundación Paréntesis**, producto de la integración del Área de Riesgo Social del Hogar de Cristo y la Fundación CREDHO; en consecuencia, la **Comunidad Terapéutica Manresa**, que ya había vuelto a su funcionamiento en 1993, pasa ahora a ser un programa de atención especializada dentro de la Fundación Paréntesis. La Fundación también incluye otros programas de tratamiento residencial: San Francisco de Asís y San Vicente de Paul, ambos dirigidos a adolescentes con consumo problemático de drogas y problemas judiciales (el primero ubicado en La Pintana y el segundo, camino a Melipilla); Santa Ana, orientado a población masculina adulta, en Peñaflor; Villamávida Hombres en Concepción y Villamávida Mujeres en la misma ciudad.

Luego de esta revisión histórica, se describirán en mayor detalle algunas de las Comunidades Terapéuticas más importantes a nivel nacional.

5.2.2. Comunidades Terapéuticas más Importantes a Nivel Nacional

Existe cierto consenso en los equipos acerca de cuáles serían las Comunidades Terapéuticas con mayor trayectoria en Chile. Se destacan por diversas razones: Corporación Comunidad La Roca, Hogares Crea Chile, Centro de Reeducción de Adictos DAR, Comunidad Terapéutica Colina, Comunidad Terapéutica Proyecto Ser, Manresa, Comunidad Terapéutica Alfa, Comunidad Terapéutica Remar, Corporación La Esperanza, Comunidad Terapéutica Dianova y Comunidad Terapéutica Talita Kum.

Es importante señalar que existen otras comunidades terapéuticas importantes en Chile, sin embargo, excede el objetivo de este trabajo una revisión exhaustiva de cada una de ellas; por tanto, se realizará una breve descripción de las comunidades escogidas, enfatizando aspectos que servirán para el análisis posterior.

5.2.2.1. Corporación Comunidad La Roca

La Comunidad Terapéutica La Roca es muy importante, dado que es la primera en el país y se mantiene en funcionamiento hasta la actualidad, por tanto, sienta un precedente para las Comunidades Terapéuticas que van surgiendo con posterioridad. La Roca surge en 1982 a partir de la iniciativa de un grupo de estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile en Valparaíso, quienes pretendían brindar apoyo a jóvenes drogadictos que estaban llegando a la Iglesia Bautista de Nueva Aurora en Viña del Mar.

Sus fundadores, el A.S. Roberto Parra y el Dr. Juan Vargas, se conocen en el Hogar del Grupo Bíblico Universitario (GBU), ubicado en la casa pastoral de la Iglesia Anglicana del Cerro Concepción. Sus reflexiones en torno a la cristiandad se llevaban a efecto en el Hogar Universitario, en las aulas y en los campamentos del GBU, con jóvenes de diversas carreras universitarias y de diferentes ciudades de Chile, guiados por líderes de la Comunidad Internacional de Estudiantes Evangélicos. De estos espacios de estudio bíblico, surge un grupo llamado "Comité la Roca" que dedicado a la oración y al estudio, planifica una obra orientada a la rehabilitación. Vargas, comenta que en ese entonces preocuparse por los adictos no era bien visto en el campo religioso ni en el

profesional, pues existía la sensación de que era muy poco lo que se podía hacer con los drogadictos.

Este Comité posteriormente dio forma a un Directorio, el 29 de diciembre de 1988, cuando se formó la Corporación Comunidad la Roca, como un organismo privado sin fines de lucro. El comité estaba conformado por un equipo multidisciplinario: en el ámbito profesional contaba con un médico, un asistente social, una profesora de inglés, una profesora diferencial, una educadora de párvulos, dos arquitectos y un abogado; en el ámbito administrativo y comercial, tenía un contador, una secretaria, un empleado y un comerciante; además del apoyo de un misionero propiamente tal, aunque todos ellos tenían sólidas raíces evangélicas. Después se fueron incorporando psicólogos y otros profesionales de la salud mental.

El objetivo de la Comunidad Terapéutica La Roca es lograr con los usuarios una rehabilitación integral, con un énfasis particular en el ámbito pastoral, otorgando a los jóvenes la oportunidad para conocer a Jesucristo como Salvador y Señor de sus vidas, de modo que puedan “cimentarse sobre la Roca que es Dios”. Para conseguir su objetivo se genera un espacio apropiado en un Hogar, donde los jóvenes permanecen durante un período de seis meses, donde aprenden a respetar la autoridad y a aceptarse tal como son, mostrando sus capacidades y sus faltas, sus esperanzas y temores. Se esperaba que la convivencia con personas que habían vivido experiencias similares, constituyera una posibilidad de aceptarse en el diario vivir, a sí mismos y entre sí, construyendo una comunidad saludable para reintegrarse con bases sólidas posteriormente a la sociedad.

Vargas señala que nunca fue la intención de los miembros de La Roca transformarse en una Iglesia, ni tampoco en una clínica privada o un espacio profesional celoso de su conocimiento. Lo nuclear en su trabajo ha sido el esfuerzo por integrar la ciencia y la fe, lo psicosocial y lo pastoral, la teoría y la praxis, con los diferentes trasfondos culturales, educacionales y sociales de quienes han trabajado en la institución, y, por cierto, empujados por el fuerte sentimiento y convencimiento de la protección permanente de Dios (Corporación Comunidad La Roca, 2011).

5.2.2.2. Hogares Crea Chile

Los Hogares Crea Chile, sustentados en el Modelo Daytop cuyo fundador fue el sacerdote católico William O'Brien en EEUU, consisten en programas residenciales para hombres y programas ambulatorios mixtos para personas de 15 a 50 años que presentan dependencia de alcohol, drogas y fármacos, sin enfermedad psiquiátrica de base. Su filosofía tiene sus orígenes en las concepciones del Hogar Crea Dominicano.

El Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, en el año 2002, desarrolló algunos proyectos de investigación y docencia con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y con la institución CREA CHILE que, hasta ese momento, contaba con cinco Comunidades Terapéuticas para la rehabilitación de hombres con trastornos adictivos. El trabajo conjunto de estas tres instituciones buscaba conocer en profundidad las características psicológicas de los sujetos adictos, identificar los factores de riesgo para desarrollar drogodependencias y evaluar si el tratamiento desarrollado en las Comunidades Terapéuticas producía cambios en la personalidad, además de constatar el potencial aporte del Modelo Integrativo Supraparadigmático al tratamiento de dichos trastornos. Una de las conclusiones a las que llegaron dichos estudios, es que en las Comunidades Terapéuticas de Fundación Crea Chile se producen cambios en distintos subsistemas (afectivo, cognitivo, familiar y conductual-ambiental), que permitirían el fortalecimiento del self; todo lo cual reduciría el riesgo de consumir a futuro (Gujardo, Bagladi & Kushner, 2002).

5.2.2.3. Centro de Reeducción de Adictos DAR

DAR es una Comunidad Terapéutica que también trabaja con la metodología dominicana proveniente de los Hogares Crea y, por ende, de Daytop Village. El equipo clínico de la comunidad es conformado por profesionales y personas "reeducadas".

Como se explicitó con anterioridad, el centro prioriza la integración de familia al tratamiento; en efecto, se promueve la participación de los familiares en los talleres de crecimiento y desarrollo personal en conjunto con el paciente (reeducado). Los familiares de los residentes se organizan en una directiva, cuyas funciones son las siguientes: respaldar a los residentes, estimular a los familiares para que ayuden a sus

hijos a continuar en tratamiento, fomentar dentro de los familiares el interés por participar en grupos de terapia familiar y, principalmente, servir en todo momento de ejemplo para sus hijos y los demás residentes.

Desde la perspectiva de Hogares DAR, los dos objetivos básicos de un residente son: desarrollar un equilibrio saludable entre los componentes básicos de su estructura de personalidad (carácter, temperamento y talentos) y alcanzar una óptima autoestima. Para lograr estos objetivos, se realizan terapias de grupo en que los residentes exponen sus sentimientos, temores, experiencias y fantasías; estas sesiones se orientan a descubrir la raíz del problema adictivo.

En Hogares DAR los residentes van asumiendo responsabilidades de acuerdo a su progreso, entendiéndose que cada responsabilidad adicional provee mayores expectativas de éxito en su reeducación. Otro aspecto fundamental en el programa terapéutico tiene que ver con la práctica deportiva, además de otras actividades que promueven el uso del tiempo libre de manera saludable, entre ellas, cabe destacar: paseos y excursiones, visitas a museos, obras de teatro, etc. (Centro de Reeducción de Adictos DAR, 2010).

5.2.2.4. Comunidad Terapéutica Colina

Es una institución sin fines de lucro que ofrece un programa ambulatorio para mujeres y otro residencial mixto de rehabilitación para personas con problema de abuso y dependencia de drogas, alcohol y/o fármacos. La Comunidad Terapéutica propiamente tal, nace a partir de la iniciativa de Juan Palacios, actual Director Técnico, y Nora Figueroa, especialista en RRPP y actual Directora de Marketing; pero en sus inicios, el plan de tratamiento y rehabilitación comienza como un proyecto de vida ecológica formado por practicantes de meditación y yoga que buscaban un ambiente de paz y desarrollo personal; esto a través del desarrollo de la agricultura sin pesticidas, la comida vegetariana y la ayuda al prójimo a través de la rehabilitación de personas con problemas de adicciones.

Durante 1992 sus integrantes comienzan a estudiar sobre la modalidad de trabajo de Comunidad Terapéutica (propia del modelo europeo), gracias a la capacitación de Juan Palacios. Es así como en agosto de 1993 nace la sociedad "Comunidad Terapéutica Colina Ltda." para el tratamiento de drogodependientes.

El proyecto se proponía atender a personas de escasos recursos a partir de elementos técnicos probados y de valores morales, éticos y espirituales. Participa de proyectos de financiamiento de tratamiento licitados por el Ministerio de Salud y comienza la admisión de casos dentro del área geográfica del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

En 1997 se crea el Centro Comunidad Terapéutica Colina con el apoyo de la Municipalidad de Colina que cuenta también con el apoyo del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), a través de un convenio que permite mantener el programa de tratamiento. A fines de 2005 se crea el Programa Ambulatorio para Mujeres que funciona en Santiago, en la comuna de Providencia.

El Programa de Rehabilitación de la Comunidad Terapéutica Colina se estructura dentro espacios terapéuticos grupales que permiten que las personas descubran elementos personales y sociofamiliares que los han llevado el consumo de drogas, alcohol o fármacos. Se busca con estos espacios que las personas desarrollen sus potencialidades y cambien aspectos negativos para enfrentar la vida sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias. Estos espacios colectivos se complementan con trabajos con terapeutas que se realizan de manera individual. Su metodología incluye actividades de recuperación de estudios, deportivo-recreativas, de apresto laboral, talleres relacionados con el arte, la literatura, el deporte, el teatro, la agricultura, así como disciplinas físico/espirituales como el yoga.

El equipo terapéutico incluye personas profesionales del área de la salud, junto con personas rehabilitadas de la drogodependencia que cumplen con los criterios psicológicos y técnicos para trabajar en la rehabilitación de drogodependientes. De esta manera, la Comunidad compatibiliza el recurso humano profesional especializado

en adicciones, con la experiencia en las conductas relacionadas con el consumo de sustancias, aportada por las personas rehabilitadas.

Desde la perspectiva de Juan Palacios, es un mito que “los únicos que saben de rehabilitación son los rehabilitados”. Señala que estudios realizados en Comunidades Terapéuticas de Europa y América, revelan que los errores más grandes en el trabajo con adictos han sido el resultado de la acción de personas rehabilitadas actuando como terapeutas, personas bien intencionadas pero sin un adecuado entrenamiento (Kooyman y Bratter, 1980. En Palacios, 2011). Por tanto, propone no confundir el tener la vivencia del problema con tener la capacidad para ayudar a otros a solucionarlo.

En este marco de trabajo, el proceso terapéutico es supervisado por el equipo clínico directivo, conformado por Juan Palacios, Asistente Social, y Selva Careaga, Psicóloga Clínica y actual Directora de Programas. No obstante, se entiende que la vida en comunidad constituye una base afectivo-espiritual sobre la cual se trabaja terapéuticamente en el marco de una relación de tipo horizontal y directa entre sus miembros. Se valoran todos los aportes sin distinción de condición social, educacional, religiosa o sexual. Como se puede observar, resulta evidente la influencia del modelo europeo en esta visión de la vida comunitaria (Centro Comunidad Terapéutica Colina (1), 2011).

La comunidad busca que el usuario se responsabilice de sí mismo y de los demás, en todos los aspectos de la cotidianidad, es decir, en lo que concierne a alimentación, uso del tiempo libre, cuidado del entorno, ayuda en las problemáticas más profundas, resolución de conflictos, enfrentamiento de problemas, crecimiento y desarrollo. Es decir, el apoyo recíproco debe mostrarse en detalles tan simples como asear la casa, hasta aspectos tan fundamentales y profundos como la posibilidad de encontrar un sentido a la vida. Se concibe a la persona en tratamiento como la protagonista de su historia, la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo. El trabajo comunitario favorece el bienestar de toda la comunidad, ayuda a mejorar las condiciones de vida de los que comparten este lugar como su hogar y promueve la solidaridad, el trabajo en equipo, la empatía, la disciplina y la pertenencia. A medida que los residentes avanzan en su proceso, se les entregan responsabilidades definidas

por el equipo técnico, como jefe/a de trabajos, jefe/a de cocina, jefe/a de huerto, jefe/a de riegos y jefe/a de piscinas (Centro Comunidad Terapéutica Colina (2), 2011).

Otro aspecto importante a destacar es que Comunidad Terapéutica Colina es miembro de la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas en donde su Director, el Señor Juan Palacios Herrera, es su Vicepresidente y además es miembro de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (Centro Comunidad Terapéutica Colina (1), 2011).

5.2.2.5. **Proyecto Ser**

Proyecto Ser es una ONG sin fines de lucro que privilegia la prevención terciaria: tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de alcohol y otras drogas; pero además se preocupa por la prevención primaria y secundaria, generando talleres educativos, trabajo de sensibilización, talleres de desarrollo personal, talleres familiares, trabajo con jóvenes de alto riesgo no consumidores o consumidores incipientes y sus respectivas familias, trabajo con matrimonios en crisis y trabajo con adultos no consumidores con serios problemas existenciales (Proyecto Ser, 2010). Su creador, Remigio Muñoz, fue uno de los primeros Presidentes que ha tenido la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas.

El modelo de trabajo de Proyecto Ser tiene sus raíces en el Proyecto Hombre, perteneciente al Centro Italiano de la Solidaridad en Roma, Italia; en la Comunidad Terapéutica de Colombia, en Medellín, asociada a la Congregación de los Terciarios Capuchinos; y en la Fundación de Hogares Claret, también en Medellín, perteneciente a la Congregación de los Claretianos (Proyecto Ser, 2010). Es decir, los principios y valores a la base de Proyecto Ser, se encuentran en la Iglesia Católica.

Proyecto Ser es el primer modelo de Comunidad Terapéutica Ambulatoria instaurada en Chile. Actualmente, el programa cuenta con el apoyo de la Organización Internacional de Emprendedores Sociales, Ashoka, y lleva algunos años creando comunidades terapéuticas ambulatorias por todo el país, participando activamente en la directiva de la Asociación Chilena que agrupa a estas organizaciones.

El Programa Terapéutico - Educativo "Proyecto Ser" ofrece una alternativa de Comunidad Terapéutica Ambulatoria Vespertina, permitiendo a los usuarios seguir trabajando en paralelo a su proceso de rehabilitación. Las familias son parte fundamental del programa, actuando como co-terapeutas a lo largo del tratamiento. Su duración total abarca aproximadamente un periodo máximo de 2 años y 4 meses, teniendo un bajo costo y un elevado porcentaje de éxito: 60 a 70% (Proyecto Ser, 2010). La base del tratamiento radica en el fenómeno de la autoayuda y la mantención del usuario en su contexto, sin desinsertarlo totalmente de éste.

5.2.2.6. **Comunidad Terapéutica Manresa**

Surge en 1993 y es, actualmente, una de las áreas de servicio social de la Fundación Paréntesis. La Fundación propone incorporar una mirada distinta en el discurso sobre las temáticas sociales, en base a la experiencia de veinte años de trabajo terapéutico; promueve acoger a los consumidores de sustancias, evitando los juicios de valor. Su nombre tiene que ver con poner entre paréntesis las experiencias de vida dolorosas o conflictivas, es decir, entenderlas como situaciones de vida transitorias que no constituyen elementos identitarios de quien las vivió (Fundación Paréntesis, 2010)

La Comunidad Terapéutica Manresa está ubicada en Lampa, allí se encuentran tanto la casa masculina, como la femenina; la primera es la más antigua (1991) y recibe a 60 hombres entre 18 y 30 años, la segunda es creada en 1996 y acoge a 40 mujeres entre 14 y 30 años, aceptando a las madres con sus hijos en etapa preescolar, contando con la infraestructura necesaria para ello. El tratamiento es gratuito y se trabaja con el sistema residencial y de abstinencia; dura aproximadamente 8 meses y está constituido por cuatro etapas residenciales: compromiso existencial, sinceridad, responsabilidad y proyección; y una quinta etapa ambulatoria llamada reinserción (Risolidaria, 2010).

Tiene una mirada humanista-cristiana de la persona, basada en la pedagogía ignaciana, propia del Hogar de Cristo. Si bien no es requisito ser católico para ingresar a la comunidad, en el tratamiento se imparten los valores sustentados por el humanismo-

cristiano, como la responsabilidad, la libertad y la solidaridad. Las personas que llegan a la comunidad son drogodependientes que buscan voluntariamente un tratamiento de rehabilitación y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, es decir, provienen de un contexto de pobreza y baja escolaridad, tienen problemas familiares e incluso pueden presentar conflictos con la justicia (Risolidaria, 2010).

Manresa busca desarrollar un tratamiento integral, es decir, busca no sólo terminar con el consumo de drogas, sino también conseguir que cada persona pueda darle un nuevo sentido a su vida, haciéndose responsable de ella. La modalidad utilizada es de grupos de autoayuda basados en la psicología humanista (Carl Rogers principalmente), partiendo de la base que el problema no es la droga, sino la persona.

5.2.2.7. Comunidad Terapéutica Alfa

Alfa Instituto es una organización que nace en 1985 a partir de la iniciativa del Dr. Rolando Chandía Ramos, médico psiquiatra, y su esposa, Nadimé Soto Gajardo, asistente social. La Comunidad Terapéutica – programa residencial - surge en noviembre de 1994, siendo su propósito lograr la abstinencia total del paciente en el consumo de drogas y alcohol a través de un contexto estructurado y normativo que contempla el desarrollo personal, familiar y socio-ocupacional (Maulén & Soto, 2011).

La tarea desarrollada en la Comunidad Terapéutica Alfa, se inspira en los principios del Proyecto Hombre (CEIS, Iglesia Católica). Otro antecedente relevante a considerar tiene que ver con la conceptualización de la adicción como una enfermedad. En Alfa se trabaja en base al modelo biomédico tradicional, subyacente a los sistemas de clasificación DSM IV y CIE 10, que plantea que la dependencia de una o varias drogas es una enfermedad crónica de carácter recidivante (Casas, Duro & Pinet, en Fernández et al, 2007). Esto sienta las bases para el tratamiento farmacológico que acompaña el proceso terapéutico de los residentes.

La Comunidad Terapéutica Alfa genera un contexto de tratamiento altamente estructurado que le permita al residente ordenar y reconstruir un estilo de vida dañado por el consumo de sustancias. La comunidad se basa en valores como la

capacidad de apoyo y el espíritu solidario, representando una alternativa útil para que los usuarios puedan suplir lo que han perdido. Una característica esencial de Alfa es el establecimiento de una intensa experiencia de grupo, asociada a la convivencia y la interacción permanentes, en que el usuario es el protagonista activo dentro de la dinámica comunitaria. Esto quiere decir que el residente realiza las labores de la casa, va asumiendo distintas responsabilidades a lo largo del tratamiento, se hace cargo de su propio proceso terapéutico y apoya a los demás en su trabajo de rehabilitación a través de relaciones interpersonales saludables, confrontaciones y motivaciones en las terapias de grupo (Alfa Adicciones, 2010).

Para ingresar a la Comunidad Terapéutica, el usuario debe someterse a un proceso de desintoxicación, para luego integrarse a la comunidad propiamente tal; debe ser acompañado por su familia, la cual inicia un proceso de rehabilitación paralelo al del residente; esto se asocia al cambio que es necesario que la familia realice en vías de eliminar la “codependencia”, entendida como una condición psicológica en la cual alguien manifiesta una excesiva e inapropiada preocupación por las dificultades de su familiar drogodependiente, es decir, “depende del drogodependiente”. El codependiente suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro y cuando la otra persona no responde como él espera, se frustra, se deprime e intenta controlarlo aún más. Con su constante ayuda, el codependiente busca generar en el otro la necesidad de su presencia y, al sentirse necesitado, cree que de este modo nunca lo van a abandonar. Por tanto, esto constituye un círculo vicioso que resulta fundamental cortar a través de un trabajo constante con la familia.

La metodología de tratamiento utilizada tanto con los residentes, como con sus familias, se basa en gran medida en el Tratamiento Moral, descrito en el capítulo anterior.

Luego de la etapa residencial en comunidad (6 a 8 meses aproximadamente), se inicia la fase de reinserción socio-familiar, escolar y/o laboral. Al momento de egresar de la comunidad, el usuario inicia un proceso de tratamiento ambulatorio que incluye evaluaciones individuales y familiares, aplicaciones de test de drogas y reforzamiento periódico en Comunidad Terapéutica con internaciones por el fin semana. El proceso

completo tiene una duración aproximada de 2 a 3 años, desde el ingreso a la comunidad hasta la graduación o alta. Luego de ello, existe un programa de mantención voluntario que incluye la participación de los usuarios en intensivos terapéuticos trimestrales (maratones terapéuticos) (Maulén & Soto, 2011).

5.2.2.8. Comunidad Terapéutica REMAR

La Comunidad Terapéutica REMAR, cuyas bases se encuentran en la Iglesia Evangélica, ha cumplido una notable labor en la recuperación de miles de drogadictos, quienes abandonan la vida en las calles, no vuelven a la cárcel y se alejan de la prostitución y la delincuencia, viéndose beneficiados en términos físicos, psíquicos, espirituales, profesionales y familiares. Muchos de ellos se han rehabilitado, logrando una satisfactoria reinserción en sus trabajos y familias; otros se han quedado en la organización para dedicar sus vidas a los necesitados. REMAR ha extendido su labor a más de 58 países, abocando sus esfuerzos a labores sociales con niños abandonados, madres solteras, presos y otras personas vulnerables (Remar Internacional, 2010).

La metodología de REMAR se basa en una base doctrinal aceptada por la Asociación "Cuerpo de Cristo" que tiene las siguientes creencias (Adaptado de Remar, 2010):

I.- Las Sagradas Escrituras, son inspiradas divinamente, infalibles, dignas de toda confianza y, por tanto, son nuestra guía en toda nuestra fe y conducta.

II.- Existe un sólo Dios, único, incomparable e inimaginable, quien existe eternamente en las Personas del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo.

III.- Nuestro Señor Jesucristo es Dios manifestado en carne. Nace virginalmente y su vida humana fue sin pecado. Creemos en sus milagros divinos, su muerte redentora, su resurrección corporal, su ascensión al Seno del Padre, su obra mediadora como único Pontífice entre Dios y los hombres, su Segunda Venida Personal en poder y gloria.

IV.- La Salvación de los hombres perdidos y pecadores, gracias al sacrificio y sangre derramada del Señor Jesucristo, que se puede aceptar por la fe, sin obras meritorias por parte del hombre, coincidiendo con la Regeneración por el Espíritu Santo.

V.- El Espíritu Santo da al creyente el poder para llevar una vida santa, impartiendo a los fieles dones, ministerios y operaciones, para testificar y trabajar en la extensión del Evangelio del Reino de Dios.

VI.- La unidad en el Espíritu de todos los verdaderos cristianos, nacidos del Espíritu Santo por la gracia de Dios, formando el Cuerpo de Cristo, cuya única cabeza es el Señor Jesucristo.

VII.- La resurrección tanto de los salvados como de los perdidos; los primeros para vida eterna; los segundos para la Condenación eterna.

Como se puede constatar, el énfasis del tratamiento en REMAR está orientado al fortalecimiento de la fe cristiana y al cambio en el estilo de vida producto del acercamiento a Dios.

REMAR refiere no prescindir de los conocimientos teóricos, técnicos y profesionales en el campo de las drogodependencias, en efecto, al detectar determinados problemas o síntomas podrían recurrir a los especialistas competentes; sin embargo, su metodología se basa fundamentalmente en la experiencia práctica y en la posibilidad de ayudar y rehabilitar por la vía del cariño, la compasión y el compañerismo; y principalmente, a través del amor de Dios. La agrupación propone a los usuarios alcanzar una vivencia espiritual que libere sus vidas de toda atadura, ya sea física o psíquica y, la adicción a sustancias, constituiría una de las principales ataduras para el ser humano.

5.2.2.9. Corporación La Esperanza

Corporación La Esperanza es una organización privada sin fines de lucro, que entra en funcionamiento el año 1995, en la comuna de San Joaquín. Nace como un centro de rehabilitación para personas adictas de escasos recursos, que carecen de la posibilidad de financiar un tratamiento. La Esperanza tiene una clara inspiración católica y se basa en dos pilares fundamentales: la parábola del hijo pródigo y el mensaje de la Madre Teresa de Calcuta.

En primer término, La Esperanza concibe a los usuarios drogodependientes como “hijos pródigos” que regresan al Padre para ser acogidos, abrazados y perdonados. En segundo término, la visión de la Madre Teresa de Calcuta imprime un sello particular a este centro de tratamiento. En su visita a Chile el año 1982, comentó: “No hay que dejarse agobiar por las realidades que nos superan. Con un problema que resolvamos habrá un problema menos para la sociedad” (Corporación La Esperanza, 2010). Este mensaje influye de manera determinante en el creador de La Esperanza, quien pretende con su iniciativa enfrentar un problema de difícil abordaje como son las drogodependencias.

El Programa Residencial está dirigido a hombres con un deterioro grave asociado al policonsumo de sustancias. Dentro de su metodología de trabajo incluye terapias de grupo, terapia individual, terapia de familia y de pareja y talleres educativo-terapéuticos. El programa tiene una duración aproximada de 1 año y luego 18 meses de seguimiento. La Corporación trabaja con profesionales especializados, entre ellos psiquiatra, psicólogos, técnicos en rehabilitación, asistente social y profesores de talleres.

La Corporación suma seis centros de rehabilitación a nivel nacional, cuatro en la Región Metropolitana, ubicados en las comunas de San Joaquín, Providencia, Huechuraba y Recoleta, uno en la ciudad de Iquique y otro en Arica (Corporación La Esperanza, 2011).

5.2.2.10. Comunidad Terapéutica Dianova

Dianova es una ONG internacional, asesora del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC) desde el año 2007, con centros en doce países de América y Europa. Dianova desarrolla programas y proyectos en educación, juventud, desarrollo socio-comunitario, prevención y tratamiento de adicciones (Dianova, 2010).

Dianova se fundó oficialmente en 1998, después de la revuelta de un grupo de integrantes de la Asociación *El Patriarca*, que se tradujo en el derrocamiento de Lucien Engelmajer, su controversial fundador.

En cuanto a la historia de la Comunidad Terapéutica Dianova, es importante destacar que la organización ha tenido una evolución sostenida a lo largo del tiempo, dado que las características que presenta en la actualidad, no corresponderían a las de sus orígenes en “El Patriarca”, descritas en el capítulo anterior.

Las actividades de Dianova incluyen, entre otras, un programa ambulatorio dirigido a jóvenes estudiantes y adultos de ambos sexos consumidores de sustancias que se encuentran insertos en el mundo laboral, un programa residencial para mujeres con o sin hijos y con consumo problemático de alcohol y/o drogas, un programa en modalidad integrada para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas y un programa residencial para adolescentes en vulnerabilidad social con consumo abusivo de sustancias. (Dianova, 2010)

La metodología de trabajo de Dianova se basa principalmente en el aprendizaje de las reglas de la vida comunitaria, el respeto de los horarios y la participación en actividades laborales; pero lo más importante es la autoayuda, es decir, la invitación a que los propios usuarios realicen la principal contribución al proceso de cambio, asumiendo la responsabilidad primaria de su recuperación. Dianova, no obstante, ha incluido a sus equipos de trabajo profesionales de la salud mental, por tanto, la autoayuda no funciona por sí sola – como en el tiempo de Engelmajer –, sino que existe una supervisión de los procedimientos terapéuticos, por parte del equipo clínico (Dianova, 2011).

5.2.2.11. Comunidad Terapéutica Talita Kum

Talita Kum pertenece a la Fundación Cristo Vive, institución sin fines de lucro fundada en 1990 por la Hna. Karoline Mayer, quien era una misionera de la Orden del Verbo Divino, congregación religiosa católica nacida en Holanda; cuyo objetivo es la promoción social, económica y cultural de personas y grupos de escasos recursos. La Fundación ofrece distintos servicios atendiendo a más de 28.000 personas de escasos recursos en las áreas de salud, formación en oficios, educación infantil y rehabilitación de drogodependientes y es en esta última área que surge la Comunidad Terapéutica Talita Kum (Fundación Cristo Vive, 2010).

El programa de Talita Kum está dirigido a hombres y mujeres de 18 a 50 años, de escasos recursos y beneficiarios de la salud pública prioritariamente. Los usuarios deben cumplir con los criterios diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias según el DSM IV, además de tener un trastorno mental severo (principalmente esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de ansiedad); a esto se agrega la motivación de parte del usuario por detener el consumo de sustancias o, al menos, disminuirlo; requiriendo a su vez el acompañamiento de personas significativas durante el proceso de rehabilitación. El objetivo de Talita Kum es que la persona, luego de estabilizada su patología a través del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, logre mejorar su calidad de vida, desarrollar mayor autonomía y responsabilidad personal y social, así como también reordenar su vida en base a su propia escala de valores; todo ello a través de un programa terapéutico educativo integral, en vías de alcanzar una integración familiar, laboral y social sostenida, de acuerdo a sus recursos y limitaciones (Comunidad Terapéutica Talita Kum, 2010).

La comunidad cuenta con 4 programas: Programa de Tratamiento para Población General en modalidad Diurna y Vespertina, Programa de Patología Dual, Programa de Mujeres y Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) para personas con antecedentes delictivos.

Todos los programas incluyen evaluaciones integrales de salud (con matrona), evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, talleres socio-ocupacionales (de apresto

laboral y/o recreativos), terapias de grupo (dirigidas por técnicos en rehabilitación y no por ex - adictos rehabilitados), terapias de pareja y terapias de familia. Además incluye intervenciones “in situ”, es decir, visitas domiciliarias del psicólogo y/o terapeuta ocupacional, para tratar usuarios de escasos recursos que no pueden financiar el transporte hasta la comunidad, o bien como una estrategia de “rescate” para personas con alto nivel de ausentismo a terapias y con elevado riesgo de recaída.

Entre los años 2007 y 2010 la Comunidad Terapéutica Talita Kum en conjunto con la Escuela de Terapia Ocupacional y la Escuela de Posgrado de la Universidad de Chile, imparte el Diplomado en Drogodependencias para Centros en convenio con CONACE. Es así, como Talita Kum es elegida como Centro Formador del Programa de Pasantías desde el Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de CONACE (Comunidad Terapéutica Talita Kum, 2010)

El equipo de Talita Kum es conformado por profesionales (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación) y voluntarios; cabe mencionar que no incluye dentro de su organización personas rehabilitadas.

Talita Kum es una de la escasas Comunidades Terapéuticas en Chile que trabaja en base al modelo de reducción de daños; esto considerando que los usuarios que atiende presentan un elevado nivel de riesgo personal, familiar y social, por tanto, la posibilidad de alcanzar la abstinencia de forma inmediata es reducida. Esto se traduce en que los criterios de recuperación son más flexibles, existiendo mayor tolerancia con las recaídas del paciente durante el proceso.

Debido a su eficacia en la resolución de los problemas de adicción y consumo de drogas, la modalidad de tratamiento de Comunidad Terapéutica comenzó a ser valorada por las autoridades de Salud Mental del país como una metodología apropiada y certera. Se entiende “eficaz” en el sentido de alcanzar la abstinencia o, al menos, reducir el consumo y los riesgos asociados a éste. Dada esta valoración y reconocimiento nacional también se han creado instancias privadas que responden a

la demanda de estratos socioeconómicos medio-alto y alto, es decir, comenzó a propagarse esta modalidad de tratamiento en todos los ámbitos sociales.

Como ya se mencionó, a comienzos de los '90 nacen las primeras Comunidades Terapéuticas Ambulatorias en Chile, "Proyecto Ser" en la Región Metropolitana y "Tabor" en Antofagasta, las cuales han mostrado ser eficaces en el tratamiento de adicciones, consolidándose a través del tiempo. Su aporte es fundamental, pues estos primeros abordajes ambulatorios hacen ver la posibilidad real de generar nuevas alternativas de tratamiento en el país, acordes a las distintas realidades de los usuarios. Así nacen los Programas de Tratamiento vinculados a los Servicios de Atención Primaria y Secundaria de Salud, específicamente Consultorios y Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), con un modelo de Comunidad Terapéutica de base, en tanto algunos de los profesionales de estos centros han sido capacitados por los equipos de los programas ambulatorios preexistentes.

Otro hito importante en la historia de las comunidades a nivel nacional, tiene que ver con la posibilidad de recibir fondos de parte de CONACE, esto a partir de convenios establecidos entre las Comunidades Terapéuticas y dicho Consejo. Con el paso del tiempo, muchas Comunidades Terapéuticas han alcanzado la acreditación oficial para seguir en funcionamiento, así como también la mayoría de sus operadores o terapeutas se han validado como Técnicos en Rehabilitación en los Servicios de Salud del país. Otro logro alcanzado es el que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile creara la carrera de Técnico Universitario en Rehabilitación, suceso que ha contribuido enormemente a la profesionalización de las comunidades. Años más tarde nace la carrera de Técnico de Nivel Superior en Rehabilitación Psicosocial y Drogadicción en el Instituto Politécnico de la Universidad de Chile y, en la actualidad, ya existen universidades privadas que imparten la carrera.

Asimismo, comienza a existir una considerable cantidad de Comunidades Terapéuticas en Chile, cada una de ellas con un modelo propio acorde a su realidad local, independiente de las demás en su funcionamiento y doctrina; en este contexto, surge en algunos especialistas la necesidad de aunar esfuerzos para unificar el modelo de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas.

La proliferación y consolidación del movimiento de Comunidades Terapéuticas en Chile sentó las bases para la formación de la **Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas**. Esto se logra en 1995, tras la visita del Presidente de la Federación Latinoamericana a Chile, el Padre Gabriel Mejía, fundador de Hogares Claret en Colombia; quien fue un gran promotor de la formación de asociaciones locales que trabajaran en coherencia con el conglomerado latinoamericano (Muñoz, 2000).

Producto de los esfuerzos realizados por la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, la mayoría de ellas presenta aspectos comunes a destacar:

1. Cuentan dentro de sus equipos con profesionales, entre ellos: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y técnicos en rehabilitación; predominando la labor de estos últimos.
2. La metodología empleada en cada una de ellas se basa en la vida comunitaria, la autoayuda y el trabajo grupal; el aprendizaje social y el modelado son centrales dentro del proceso terapéutico. Todas apuntan al crecimiento personal y el cambio en el estilo de vida, no conformándose con el sólo abandono del consumo de sustancias.
3. El modelo que subyace a los distintos programas de tratamiento tiene componentes terapéutico-educativos; en efecto, en algunos centros se les llama “reeducados” a quienes atraviesan el proceso completo satisfactoriamente. La educación tiene que ver con el desarrollo de hábitos, rutinas, roles y, principalmente, de valores.
4. Todas tienen como meta la abstinencia total, aunque algunas son más flexibles y adoptan la reducción de daños como un camino válido a transitar antes del logro de la abstinencia como fin último.
5. Cuentan con una normativa estricta a partir de un sistema de valores predefinido. La mayoría de las comunidades tienen sus fundamentos en el Cristianismo, ya sea en la Iglesia Católica, o bien, en la Iglesia Evangélica; por tanto, incluyen dentro de su oferta programática terapias que apuntan al desarrollo espiritual.

6. El trabajo con las familias de los usuarios también es un elemento común a las distintas comunidades estudiadas, dado que se considera que los familiares también estarían “enfermos” (codependencia).
7. Desarrollan un tratamiento con etapas delimitadas y bien definidas que, independiente del nombre que asuman, comienzan con una adaptación al contexto comunitario, continúan con la profundización de temáticas conflictivas, siguiendo con la fase en que el usuario egresa de la comunidad para posteriormente integrarse a una fase de reinserción y seguimiento.
8. Con el transcurso del proceso terapéutico los usuarios van avanzando en jerarquía y responsabilidades al interior de la comunidad, en concordancia con el crecimiento y desarrollo personal alcanzados.

Con el fin de mejorar la calidad de la atención y los servicios ofrecidos por las comunidades en nuestro país, la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas también ha puesto una especial atención sobre la ética de trabajo y el respeto a los derechos humanos, por tanto, su tarea principal fue la creación de una Comisión de Ética, cuyo objetivo era la elaboración de un Código de Ética válido para todas las comunidades en Chile, y coherente con los principios de sus homólogas de la Federación Mundial y Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (Muñoz, 2000).

5.2.3. Código de Ética de las Comunidades Terapéuticas en Chile

En 1999 es creada la Comisión de Ética de la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, conformada por profesionales de distintas áreas, cuyo fin era elaborar un Código de Ética y una Declaración de Derechos de los Usuarios. Muñoz (2000) entiende la ética como el “conjunto de reglas y principios que rigen la conducta moral y profesional de nuestro quehacer” (p.35).

Se observa una marcada influencia del texto *Documentos de Ética Médica* en la construcción del Código para las Comunidades. De dicho documento, llama la atención lo siguiente:

“la calidad de un hombre se manifiesta en pensamientos, expresados en palabras o escritos, actitudes y acciones. En esto debe haber concordancia y generalmente constituye un todo. Pero lo último y seguramente lo más valioso son las acciones. Ellas son el producto terminal y las que nos permiten realmente evaluar al hombre” y continúa: *“cada hombre tiene en el fondo de su ser un sentido del bien, éste se desarrolla y define en el proceso de enseñanza - aprendizaje y dependerá de los valores culturales que sustente la comunidad donde vive y que él hace suyos. A medida que va aumentando en conocimientos y capacidades para realizar determinadas acciones, nota que el bien debe estar presente en cada una de ellas y es esto lo que “obliga” a realizarlas en determinadas formas o circunstancias o de abstenerse de su realización e incluso tratar de impedir que otros las realicen”* (En Muñoz, 2000, p.35).

Otra influencia para la elaboración del documento, es la definición que hace la OMS de “salud” como: “completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad” (Muñoz, 2000, p.35), en tanto las Comunidades Terapéuticas deberían apuntar hacia ese fin.

Además, como ya se mencionó, el Código de Ética para las comunidades en Chile se basa en los principios de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. A continuación se exponen sus compromisos (Adaptado de Muñoz, 2000):

1. Respetar los derechos humanos y civiles de las personas asociadas a la comunidad (usuarios y personal), dándoles a conocer con claridad sus derechos, beneficios y responsabilidades.
2. Asegurar a las personas que permanecen en comunidad, estar libres de amenazas y uso negativo del poder.
3. Crear dentro de la comunidad un ambiente propicio para el desarrollo personal de los residentes, tanto en lo físico, como mental.
4. Implementar mecanismos de evaluación del personal

En base a estos compromisos surge el Código de Ética para el personal, respecto del cual se destacarán algunos elementos:

El personal debe:

1. Asumir una actitud responsable, consistente y coherente con la filosofía, principios, normas y valores de la Comunidad Terapéutica.
2. Desarrollar la habilidad para escuchar, ponerse en el lugar de otro (empatía), aceptar las diferencias (tolerancia) y ser autocrítico.
3. Respetar a todos los usuarios, estableciendo una relación de ayuda y confianza, con límites claros y normas definidas.
4. No hacer discriminación de tipo alguno (raza, religión, género, nacionalidad, opción sexual, edad, discapacidad, afiliación política, historia delictiva, situación económica o de salud), salvo casos que requieran un manejo especializado y que deberán, por tanto, ser derivados a un centro apropiado para ello.
5. Abstenerse de establecer relaciones sentimentales y/o sexuales con los usuarios y familiares mientras dure el proceso terapéutico e identificar sentimientos que sobrepasen la relación usuario-terapeuta.
6. Impedir todo tipo de explotación de los usuarios

Se enfatiza que este Código rige al personal tanto dentro, como fuera de la CT, situación que les exige “coherencia en la vida respecto a lo que se dice con lo que se hace”. Esto tiene que ver con la metodología de la comunidad basada esencialmente

en el aprendizaje por modelos, por tanto, quienes trabajan en dicho lugar, deben llevar una “vida de excelencia” (Muñoz, 2000, p. 37).

La visión que tiene la Comisión de Ética de los pacientes drogodependientes que piden ayuda, es la de personas “desestructuradas, carentes en muchos sentidos”, motivo por el cual quedarían “a merced de nuestro manejo en muchos aspectos” (p.37). A esto se debe que acentúen la importancia del desarrollo personal de los técnicos en rehabilitación, junto con el imperativo de la permanente formación y actualización académica.

Además del Código de Ética, la Comisión especifica una serie de Derechos de los Usuarios. A continuación se expone una síntesis.

Todos los usuarios de Comunidades Terapéuticas tienen absoluto derecho a:

1. Un ambiente de apoyo constante, que garantice la ausencia de droga en su interior
2. Recibir todos los servicios sin discriminación
3. Dignidad, respeto, salud y seguridad durante el proceso
4. Conocer los fundamentos filosóficos, inspiracionales, principios, normas y valores que sustentan el programa de tratamiento; así como también la metodología a implementar
5. Recibir información precisa al inicio del tratamiento sobre los criterios y reglamentos del programa (sanciones, medidas disciplinarias, derechos, etc.)
6. Confidencialidad de la información acerca de su participación en el programa y su historia de tratamiento.
7. Poder revisar sus archivos personales (fichas) y refutarlos por escrito
8. Abandonar el programa en cualquier momento
9. Mantener la comunicación con personas significativas, excepto cuando el plan de tratamiento indique lo contrario por razones técnicas
10. Estar protegido contra todo tipo de castigo corporal, abuso físico, emocional y sexual

Resulta fundamental señalar que tanto el Código de Ética, como el listado con los Derechos de los Usuarios, son exigentes en sus principios y reglamentos, planteando una situación ideal a conseguir; sin embargo, en términos reales se produce todo tipo de transgresiones. En efecto, existen antecedentes acerca de algunas Comunidades Terapéuticas en que los terapeutas habrían ingresado drogas a la comunidad, agredido verbal y físicamente a los pacientes e incluso habrían mantenido relaciones sexuales con usuarios y/o sus familiares. Otra situación irregular, es que muchos de los terapeutas (ex – adictos) recaen y se mantienen de igual forma trabajando en la institución. Además, se producen explotaciones y abusos en materia económica, aprovechando la gratitud de los pacientes (J.C. Torres, comunicación personal, 8 de diciembre, 2010).

Desde el año 1995, existe una legislación en Chile que se orienta a la Acreditación de Comunidades Terapéuticas, las cuales pasan a depender de los Servicios de Salud respectivos. A partir de esto, las Comunidades Terapéuticas comienzan a trabajar en conjunto con el MINSAL y CONACE; los decretos legislativos corresponden a los años 1995, 1998 y 2010 (Palacios, 2010). Además, el año 2000 surgen las “Normas de Calidad” para Comunidades Terapéuticas, elaboradas por MINSAL y CONACE, para evaluar el trabajo terapéutico.

En consecuencia, todas las Comunidades Terapéuticas en funcionamiento deberían estar acreditadas, sin embargo, esto no se cumple del todo, pues existen múltiples comunidades que no cumplen los criterios para alcanzar dicha acreditación. Cabe destacar que CONACE ha puesto enormes esfuerzos por supervisar el desempeño de las distintas comunidades, de manera tal de asegurar la calidad de la atención de los usuarios.

Hasta el año 2005, Chile era el único país latinoamericano donde las Comunidades Terapéuticas y el Estado habían iniciado un proceso conjunto de mejoras técnicas y legales, además de ser el único país en Sudamérica donde el Estado tenía convenios con las comunidades para proveer programas de tratamiento y rehabilitación de drogas (Palacios, 2005). En la actualidad, algunos países de Latinoamérica han aceptado a la CT como proveedora de servicios de tratamiento dentro de un marco

legislativo y administrativo (entrega de recursos, supervisión, evaluación), entre ellos: Chile, Colombia, Argentina, Uruguay y Brasil (Palacios, 2010).

5.3. Perspectivas acerca del Modelo de Tratamiento al interior de las Comunidades Terapéuticas

Luego de la revisión histórica realizada, resulta importante destacar algunos aspectos que serán considerados en la reflexión y análisis subsiguiente.

Hablar de modelo de tratamiento en las Comunidades Terapéuticas requiere hacer ciertas distinciones iniciales. Como se señaló en el capítulo 5.1., las Comunidades tienen dos raíces fundamentales, una americana y otra europea, con perspectivas bastante diferentes respecto de los usuarios atendidos.

En EEUU la distancia entre los tratamientos de rehabilitación y el campo de la salud mental tiende a ampliarse en los años '70, esto se tradujo en que la metodología terapéutica para tratar drogodependencias se basó en la autoayuda, con operadores "expertos" luego de haber hecho su propio proceso de rehabilitación, rechazando abiertamente el apoyo profesional. A mediados de los '80 se inicia un acercamiento entre la salud mental y la autoayuda; es así como se comienzan a integrar estrategias diversas, entre ellas, técnicas gestálticas, cognitivas, conductistas, confrontacionales, sistémicas, etc. Este movimiento de acercamiento se consolida en los '90.

En este contexto, los profesionales comienzan a hacer pasantías en las Comunidades Terapéuticas y se integran a sus equipos, de esta forma aprenden de la autoayuda y hacen aportes desde su formación profesional. Desde la Comunidad Terapéutica, los operadores comienzan a valorar el conocimiento y aportes que llegan desde el ámbito profesional.

Se podría pensar que la real integración de ambos campos ocurre con la "epidemia" del consumo problemático de cocaína, dado que su marcado componente psicológico y la necesidad de trabajar en un régimen ambulatorio, hace perentoria la adaptación de técnicas y el desarrollo de estrategias conjuntas (Goti, 2003).

El modelo americano, que goza de una vigorosa expansión, representa cierto retroceso respecto a los logros de la CT defendida por M. Jones y otros reformadores psiquiátricos, dado que disminuye la multidireccionalidad de la comunicación, se

acentúan las relaciones de autoridad y la diferenciación de los roles, y se jerarquiza el sistema comunitario, desapareciendo prácticamente la participación grupal en las decisiones en la medida en que existe de antemano un programa de tratamiento y código normativo al que el paciente debe adaptarse o, de lo contrario, abandonar el proceso (Diplomatura de Educación Social, 1997/1999).

Por tanto, el modelo americano de Comunidad Terapéutica para drogodependientes tiene como base una filosofía parcialmente contraria a las Comunidades Terapéuticas propias del modelo europeo, sin embargo, tienen en común un modelo comunitario-residencial de intervención y comparten el objetivo fundamental de conseguir la reinserción social del residente como individuo productivo y libre del consumo de drogas.

No podemos olvidar, no obstante, que las Comunidades Terapéuticas Europeas atendían a pacientes psiquiátricos, y no específicamente a personas drogodependientes, a diferencia de las Comunidades Terapéuticas en EEUU que desarrollan un trabajo especializado en toxicomanías.

5.3.1. ¿Qué es una Comunidad Terapéutica?

La Comunidad terapéutica tiene similitudes con otras Comunidades como comunas religiosas y seculares, vecindarios, aldeas, hospitales, clínicas, prisiones, residencias militares, internados, algunas empresas, etc.; todas tienen un propósito general, una estructura organizativa, dependen de la afiliación, la inversión y la lealtad de sus participantes; además de contar con reglas formales, normas implícitas, valores y creencias particulares (De León, 2000).

Las diferencias existentes entre la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y las otras Comunidades, tiene que ver con su propósito y fundamento. Según De León (2000), el objetivo específico de las Comunidades terapéuticas consiste en tratar el trastorno individual, pero su objetivo más amplio es el de transformar estilos de vida e identidades personales.

El Ministerio de Salud (1996, p. 81. En Echeverría, 2004, p. 77) define las Comunidades terapéuticas como:

“una forma de trabajo y de vida que ayuda a personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación. Es una forma de trabajo radicalmente opuesta a la institucional, sin dominación de jerarquías profesionales e institucionales, considera aspectos relevantes para la persona como son su familia y la red social como los componentes bases de su trabajo. El vivir y trabajar en una Comunidad terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto y solidaridad.”

Como se observa en la definición propuesta por el MINSAL, la perspectiva acerca del tratamiento en Comunidad Terapéutica está fuertemente influida por el modelo europeo. Es decir, desde la perspectiva institucional de los Centros de Salud Mental, el modelo de Jones debería ser aquel que sienta las bases para el trabajo con pacientes drogodependientes.

Desde la mirada de Remigio Muñoz (2000), el modelo de Comunidad Terapéutica constituye un cambio de paradigma en cuanto al establecimiento de la relación terapéutica o relación de ayuda respecto del modelo biomédico, dado que este último se mostró ineficaz frente a la problemática adictiva; la visión de Muñoz es coherente con la conceptualización europea de Comunidad Terapéutica. Sin embargo, lo que se constata en términos reales, es que en la mayoría de Comunidades Terapéuticas en Chile, prevalece el modelo norteamericano, aunque con la correspondiente profesionalización de los operadores técnicos (terapeutas) y los procedimientos terapéuticos.

5.3.2. Descripción de la Comunidad Terapéutica

George De León es reconocido como la máxima autoridad en el tratamiento e investigación en Comunidades Terapéuticas. Es fundador, ex director y actual científico jefe del Centro para la Investigación en Comunidades Terapéuticas (CTCR) financiado por el National Institute on Drugs Abuse (NIDA). De León (2000) señala que hablar del

método de la Comunidad Terapéutica involucra describir las estrategias, actividades, procedimientos, materiales y técnicas empleados para conseguir la meta que sería: “remediar, rehabilitar o curar”.

En términos de De León (2000) la Comunidad funciona como un “hogar psicológico” (microsociedad) que le permite a los residentes ir reintegrándose gradualmente a la vida en sociedad, en lo que a roles, responsabilidades y exigencias respecta.

La Comunidad es entendida como contexto y, al mismo tiempo, como el método de tratamiento. (De León, 2000). Desde la perspectiva del NIDA (2010) existen 2 principios a la base del funcionamiento de las Comunidades terapéuticas: la Comunidad como agente de cambio y la eficacia de la autoayuda. En el capítulo 5.3.6 se hará una descripción detallada de estos conceptos.

El programa de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas consiste en un conjunto de intervenciones terapéuticas y de rehabilitación, que se entrega a consultantes que presentan dependencia a drogas y/o alcohol, con niveles altos de severidad, cronicidad y compromiso bio-psico-social y cuyo soporte social es ausente o altamente disfuncional (Palacios, 2005).

La vida en Comunidad es estructurada y planificada, lo que le permite al residente llevar una vida ordenada, a diferencia del estilo desorganizado que tenía antes de ingresar. La Comunidad le permite aprender al residente, a través de la enseñanza de la Comunidad y los ejemplos de la vida diaria – modelos de rol -. Además impulsa al individuo a asumir responsabilidades. Otro aspecto importante a considerar es el sentido de pertenencia generado por la vida en Comunidad.

Para entender el funcionamiento de una Comunidad Terapéutica, De León (2000) propone considerar cuatro componentes en permanente interacción: contexto de la Comunidad, expectativas de la Comunidad, evaluación comunitaria del progreso individual en el logro de sus expectativas y respuestas de la Comunidad a esta evaluación.

El contexto de la Comunidad está diseñado para generar cambios terapéuticos y educativos en los residentes, siendo éstos los mediadores de dichos cambios. Se

entiende por terapéutico el efecto curativo y rehabilitador del tratamiento (que entiende la adicción como una enfermedad), tanto en términos personales, como familiares; lo educativo tiene que ver con la posibilidad de aprender o “re-aprender” valores, hábitos, rutinas y roles, adaptativos para la Comunidad.

El contexto está organizado en torno a nueve componentes fundamentales: roles, retroalimentación de los miembros de la Comunidad, modelos de rol, relaciones, formatos de aprendizaje colectivo, cultura y lenguaje, estructura y sistemas, comunicación abierta y equilibrio entre la Comunidad y el individuo.

Las expectativas de la Comunidad consisten en demandas implícitas y explícitas que los miembros formulan en torno a la participación y conducta esperadas. Tienen que ver con cuatro áreas: rendimiento, responsabilidad, auto-evaluación y autonomía, los miembros de la Comunidad Terapéutica esperan que los residentes que llevan más tiempo tengan un mejor desempeño en las distintas actividades formales e informales, cumplan de forma sobresaliente las exigencias de la Comunidad, hayan alcanzado un mayor grado de conciencia respecto de sus conflictos, aumentando la capacidad para evaluar sus conductas y actitudes, acorde una mayor independencia y menor necesidad de críticas y sugerencias.

La evaluación comunitaria del progreso individual incluye la evaluación que hacen los residentes entre sí y la evaluación de los residentes por parte del equipo terapéutico. Respecto de la primera evaluación, los residentes se observan, controlan y retroalimentan entre sí, en función de su participación en la Comunidad y el empleo de los recursos terapéuticos. El equipo, por su parte, emplea distintas estrategias de evaluación, entre ellas: manipular las estructuras para exponer al residente a distintos grados de responsabilidad, ver su respuesta frente a instrucciones específicas, observar su participación en las distintas instancias terapéuticas, evaluar su desempeño en las tareas de la casa, entre otras.

Las respuestas de la Comunidad a la evaluación del progreso individual pueden ser palabras o acciones de crítica, corrección, castigo, afirmación o apoyo. Así, los cambios en las estructuras, privilegios y sanciones disciplinarias se orientan a que el residente alcance las expectativas de la Comunidad. Los privilegios constituyen refuerzos

positivos que favorecen la mantención conductas adaptativas para la Comunidad, por el contrario, los castigos constituyen sanciones disciplinarias que se dirigen a extinguir conductas que se no se ajustan a las expectativas de la Comunidad.

5.3.3. ¿Cómo se organiza una Comunidad Terapéutica?

El programa de tratamiento incluye componentes físicos, sociales, administrativos y laborales que fomentan una cultura de la modificación terapéutica. El escenario característico de la Comunidad es una residencia que puede estar ubicada en localidades rurales o urbanas; sin embargo, los programas de Comunidad terapéutica han sido desarrollados en una variedad de otros establecimientos residenciales y no residenciales; tales como hospitales, cárceles, escuelas, clínicas de día y clínicas ambulatorias.

A continuación se hará una exposición de los distintos aspectos a considerar al hablar de organización de la Comunidad Terapéutica.

5.3.3.1. Organización Social

Al interior de la Comunidad existe una organización social que, en tanto microsociedad, incluye una estructura organizativa con roles y relaciones, responsabilidades, grados de autoridad y jerarquía.

Un ejemplo de organización sería la siguiente:

- Equipo Terapéutico (conformado por profesionales de salud mental y Técnicos en Rehabilitación, estos últimos pueden ser “ex – adictos”)
- Supervisor (residente con mayor crecimiento en la Comunidad, puede coincidir con el de mayor antigüedad)
- Responsable de Interior
- Responsable de Exterior
- Responsable de Cocina
- Residentes

Esta estructuración tiene como objetivo favorecer que los residentes asuman responsabilidades progresivamente en función de sus avances a lo largo del proceso. Es útil en términos de diagnóstico y posterior tratamiento de dificultades específicas como: problemas para enfrentar la autoridad, dificultades para dirigir personas y grupos, fobia social, temor al rechazo, sentimientos de inferioridad, baja autoestima, etc.

Esto constituye un entrenamiento que les servirá a futuro para su desempeño socio-laboral, además, constituiría una herramienta para fortalecer habilidades de liderazgo, desarrollar competencias sociales, aumentar la empatía con los demás, mejorar estrategias de comunicación y asertividad.

5.3.3.2. Régimen Diario de Actividades

Es el sistema de actividades planificadas, diseñadas para lograr los objetivos clínicos y de autocontrol, incluye actividades para reforzar la afiliación y la percepción de la Comunidad. La jornada está compuesta por: reuniones de la casa por la mañana y por la tarde, tareas laborales, grupos terapéuticos, seminarios, tiempo personal, de recreo y consejería individual de ser necesario.

La Comunidad tiene distintos sectores de trabajo y actividades a realizar en cada uno de ellos; a cargo de estos sectores debe haber un residente que se responsabilice de dicha labor. Los sectores son, entre otros: cocina, lavandería, parcela, huerto, animales, acondicionamiento físico y mantención.

Las responsabilidades son dinámicas y van rotando de acuerdo a la evaluación del equipo terapéutico y los objetivos que se pretenda conseguir con cada uno de los residentes. La ejecución de estas actividades tiene un fin terapéutico dado que busca que los residentes integren a sus vidas hábitos y responsabilidades que antes de ingresar a la Comunidad no tenían o habían perdido.

Por tanto, el régimen diario de actividades estructuradas se concibe como un método terapéutico en que todas las actividades e interacciones interpersonales propician la

recuperación. Se piensa que existiría aprendizaje social a partir del modelado de conductas adaptativas.

El trabajo se entiende como una forma de educación y formación que busca preparar a los usuarios para la inserción o reinserción en sus estudios o trabajo, también se considera una terapia, dado que permite observar las fortalezas y debilidades de los residentes en materia de desempeño laboral, responsabilidad, habilidades sociales y autocontrol. Cabe destacar que se considera el trabajo como un medio para el crecimiento personal y no un fin en sí mismo.

5.3.3.3. Etapas del Proceso en Comunidad Terapéutica

El proceso terapéutico en Comunidad se divide en distintas etapas: la primera es la fase de admisión; la segunda, es la fase de tratamiento y rehabilitación propiamente tales, y la tercera, es la fase de reinserción social. Se describen a continuación:

a. Etapa de Admisión

En esta etapa, el principal objetivo es motivar al usuario a ingresar a la Comunidad y seguir el tratamiento; esto es especialmente importante en los casos en que la persona fue presionada por su familia a buscar ayuda y no vino por motivación personal.

Es un período de adaptación del residente al tratamiento, período en el cual deberá manifestar su decisión final de quedarse o retirarse.

El usuario tendrá cambios importantes en esta fase, en términos de la imagen que proyecta tanto a sí mismo, como a los demás; se trataría de cambios superficiales que si bien son necesarios, no constituyen un real predictor de los logros a largo plazo. Dentro de los cambios esperados cabe destacar: la mejoría en el lenguaje, el cambio en las compañías, modificación conductual y mayor cuidado en el aseo personal; así también, el usuario irá familiarizándose con la filosofía y valores de la Comunidad, además de aprender el rol de ayudar a otros.

El paso a la etapa siguiente es considerado un logro terapéutico y es motivo de reconocimiento por parte de la Comunidad, entendida en este momento, como un “familia” compuesta por “hermanos”.

b. Etapa de Tratamiento, Rehabilitación o Comunidad Terapéutica

Es la fase de crecimiento y cambio, en que el residente comienza a profundizar en sus conflictos y enfrentarse, por tanto, consigo mismo. Los hermanos de Comunidad estarán para apoyar, aconsejar y motivar al residente a quedarse cuando enfrente momentos de ambivalencia.

En el ámbito laboral, con el paso del tiempo irá avanzando en responsabilidad y, por ende, la exigencia y presión serán mayores. Ascenderá también en la “jerarquía familiar”, asumiendo el rol de “hermano mayor” de los recién llegados (“hermanos menores”).

El contacto con el exterior irá aumentando gradualmente, siempre con la planificación y cuidados pertinentes.

Al finalizar esta etapa, luego de 6 a 10 meses de tratamiento, el residente será evaluado exhaustivamente, se observarán sus gestos, actitudes, compromiso, estilo de comunicación, capacidad de reflexión e insight, desarrollo valórico, etc.; todo ello para determinar si está preparado para pasar a la siguiente fase.

c. Etapa de Reinserción

En esta etapa, el residente debe salir del medio protegido de la Comunidad y debe encarar la realidad, recordada como hostil e incoherente. Será en este momento que probará su real motivación y compromiso con el cambio de vida, dado que deberá moverse sin la supervisión y control de la Comunidad.

Se verá enfrentado a problemas cotidianos en los distintos ámbitos de la realidad: familia, trabajo, estudios, vivienda, manejo del dinero, etc.

Cada Comunidad establece sus criterios de graduación o alta terapéutica. A partir de este momento, el equipo terapéutico dejará de supervisar la vida del usuario, quien

deberá hacerse totalmente responsable de su vida. De todas maneras, existen instancias informales de seguimiento para cuidar al graduado en situaciones de crisis.

5.3.3.4. Equipo Terapéutico

En la actualidad, la mayoría de las Comunidades Terapéuticas incluyen profesionales dentro de sus equipos de trabajo. Según el *Reglamento para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas a través de la Modalidad Comunidad Terapéutica y para Ejercicio de la Actividad de Técnico en Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas* (1995), las Comunidades deben tener claramente establecida su dirección técnica, que estará a cargo de un profesional del área de la salud u otra área, o bien, a cargo de un Técnico en Rehabilitación con un mínimo de tres años de experiencia.

Los Técnicos en Rehabilitación, deben contar con el título de Técnico en Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas, otorgado por un establecimiento de Educación Superior reconocido por el Estado; si no cuentan con el título podrán ejercer si son autorizados por el Servicio de Salud, acreditando la documentación necesaria; cabe destacar que dentro de la comisión acreditadora, debe estar un médico psiquiatra especialista en adicciones. Al Técnico en Rehabilitación le compete implementar el programa de rehabilitación, que ha sido indicado por un médico psiquiatra, por otro profesional del área de la salud mental especialista en adicciones o bien por el equipo terapéutico de la Comunidad.

Los miembros del equipo terapéutico funcionan como autoridades “racionales” que promueven, facilitan o guían el proceso de crecimiento personal de los residentes, también funcionan como consejeros ante dificultades específicas de los usuarios, además de ser los encargados de supervisar el programa clínico y las actividades diarias. La racionalidad de la autoridad tiene que ver con la entrega de razones claras y honestas respecto de su accionar, siempre a favor del bienestar del residente y la Comunidad. La experiencia de los operadores o terapeutas “rehabilitados” constituye una fortaleza desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica.

Como se mencionó en los capítulos anteriores, la profesionalización de las Comunidades ha sido progresiva y, por tanto, el método de tratamiento se ha ido modificando a medida que profesionales del área de la salud mental se han ido integrando a los equipos de tratamiento.

5.3.4. Perspectiva de la Comunidad Terapéutica sobre las Drogodependencias

Se entiende que los pacientes que se internan en una Comunidad Terapéutica presentan características en común, en todos los casos, el consumo de sustancias se encontraría fuera de control y, por tanto, cumpliría criterios para dependencia de sustancias (DSM IV y/o CIE 10) y el trastorno por dependencia de sustancias se manifestaría a través de una serie de indicadores tales como: una vida en crisis, incapacidad para mantener la abstinencia, disfunción social e interpersonal y un estilo de vida antisocial.

De León (2000) define una “perspectiva del trastorno” para referirse a la adicción, perspectiva que coincide con los criterios diagnósticos biomédicos, no obstante, el autor señala:

“a pesar de su incalculable valor para describir la verdadera personalidad del individuo, su historial social y psicológico, y los factores biológicos que determinan su existencia no se consideran causas o razones suficientes para la conducta que nos ocupa. Haremos énfasis en la propia contribución del individuo a sus problemas en el pasado, y a las posibles soluciones en el presente y futuro (...) los individuos pueden no ser responsables de su predisposición física al consumo de drogas o a las influencias sociales y psicológicas que les rodean y están más allá de su control (...) sin embargo, ellos son los responsables de sus acciones y decisiones, especialmente en todo aquello que respecta al consumo de drogas” (p. 68)

En esta línea, Palacios (2005), Director de Comunidad Terapéutica Colina, indica que la adicción no sería una enfermedad, sino el resultado de un estilo de vida que tiene como base escapar de la realidad.

Por otra parte, Marlatt (1998) plantea que desde la perspectiva estadounidense sobre el consumo de drogas, se desprenden dos modelos: el modelo moralista y el modelo de enfermedad. Desde el punto de vista moralista, las políticas gubernamentales consideran el consumo y distribución de sustancias como un crimen que merece un castigo, adscribiendo al consumo de drogas características moralmente impropias; de este modo, el modelo moralista daría lugar a un modelo criminalista, que se traduce en un trato autoritario hacia los pacientes, considerados como delincuentes.

Los sistemas diagnósticos DSM IV y CIE 10 definen la adicción a drogas como un trastorno o enfermedad; es así como la mayoría de las Comunidades Terapéuticas trabajan sobre este modelo de enfermedad, dirigiendo al usuario a tomar “conciencia de enfermedad” y “conciencia de daño”, siendo los objetivos centrales a alcanzar. Conciben, por tanto, la dependencia de sustancias como una enfermedad crónica de carácter recidivante.

Fernández et al (2007), plantean que esta perspectiva trae las siguientes consecuencias: no hay recuperación en ausencia de tratamiento; no existe curación, pues la vulnerabilidad biológica siempre estará presente pudiendo dar lugar a recaídas; el consumidor no tendría posibilidad de disminuir el consumo de sustancias o tener un manejo controlado de éste.

Como alternativa a estos modelos, surge el llamado modelo de reducción de daños, que es compatible con un enfoque de salud pública (Marlatt, 1998). La perspectiva de reducción de daños concibe como una posibilidad real que el usuario siga consumiendo, pero se valora que consuma sustancias menos nocivas, con menor frecuencia o cantidad; no obstante, la meta final sigue siendo la abstinencia.

Se puede concluir que si bien la literatura tiende a describir estos modelos como perspectivas antagónicas, en ambos (modelo de enfermedad y reducción de daños) se piensa la adicción como una enfermedad que hay que erradicar, con mayor o menor premura.

Dentro de las Comunidades Terapéuticas descritas en el capítulo anterior, sólo una de ellas trabaja con el modelo de reducción de daños, las otras Comunidades también

acogen a usuarios que hayan recaído, pero con el compromiso de abandonar por completo el consumo a corto o mediano plazo. De no ser así, el equipo terapéutico será enérgico en sancionar al paciente por su conducta, llegando a expulsarlo del programa si no consigue mantener la abstinencia.

5.3.5. Perspectiva de la Comunidad Terapéutica respecto del Drogodependiente

Ramírez (1995) señala que los adictos sufrirían múltiples fallas en su carácter, les faltaría un yo fuerte para resistir la presión de sus pares. Los adictos son definidos como personas conformistas y tremendamente manipuladoras. En consecuencia, el objetivo del tratamiento sería forjar en los usuarios un carácter saludable, como resultado de un proceso de re-educación terapéutico.

Desde esta perspectiva, los pacientes drogodependientes presentarían características cognitivas específicas como: falta de conciencia, falta de juicio, falta de introspección, falta de habilidades cognitivas, educativas o laborales y pobre evaluación de la realidad. Resulta evidente el énfasis en la “falta” y la “pobreza” en la descripción cognitiva de estos sujetos. La falta de conciencia tiene que ver con la incapacidad de evaluar las consecuencias de sus actos, la falta de juicio se asocia con un pobre control de impulsos y una incapacidad para postergar la gratificación, la falta de introspección dice relación con la desconexión entre los pensamientos, sentimientos, auto-percepciones y acciones que existe en estos sujetos; la falta de habilidades y carencia de hábitos conductuales básicos limitan sus posibilidades de inserción laboral; finalmente, la pobre evaluación de la realidad tiene que ver con la distorsión en la percepción de sí mismos, de los demás y de las circunstancias que los rodean, distorsión que muchas veces tiene que ver con la adaptación de la realidad a sus propios deseos y expectativas.

Además, los consumidores de drogas tendrían baja autoestima asociada a la conducta antisocial consecuencia de la adicción o bien como característica previa al desarrollo de ésta, y una identidad negativa derivada de su propia historia como consumidor de drogas y, en muchas ocasiones, de una infancia problemática. En el ámbito emocional

los adictos presentarían las siguientes características: intolerancia a la incomodidad, ira y hostilidad, disforia y pérdida de sentimientos, dificultad en el manejo emocional, aburrimiento y frustración. Las características sociales presentes en los adictos serían: sentido del deber deteriorado, incoherencia, irresponsabilidad, mentiras y manipulaciones e incluso conducta antisocial.

5.3.6. Método de Tratamiento en las Comunidades Terapéuticas

En Chile las primeras Comunidades trabajaban en base a principios y valores religiosos, que evidentemente, ejercían una importante influencia en el trato a los pacientes y en el método terapéutico propiamente tal; sin embargo, los grupos con fines terapéuticos derivados de congregaciones religiosas, se vieron en la necesidad de buscar estrategias metodológicas en los modelos de Comunidad Terapéutica ya existentes en otros países. Es así como el Modelo Dominicano que, a su vez, tiene sus raíces en el Modelo Americano, comienza a influir de manera vigorosa en las Comunidades Terapéuticas a nivel nacional.

En cuanto a la metodología del tratamiento dominicano, se podría decir que existen dos niveles de información: uno oficial disponible para todos a través de los medios de comunicación, y otro informal, accesible sólo por la vía de la transmisión oral, que contiene información confidencial acerca del modelo y técnicas de tratamiento.

Respecto de la información oficial acerca del tratamiento dominicano, se pueden destacar algunos aspectos fundamentales. Tiene una duración total de 18 a 24 meses y se compone de tres fases: en la primera fase, de 2 semanas de duración, se trata de un compromiso existencial o de desintoxicación; la segunda fase, apunta a la identificación, introspección y crecimiento; y en la tercera fase, los mismos internos se convierten ayudantes del equipo clínico, para posteriormente volver a la Comunidad para rescatar a quienes presentan adicciones (Pantaleón, 2010).

Las personas que se encuentran en la primera y segunda fase llevan el nombre de “residentes” y visten pantalón corto, símbolo de que no han madurado aún emocionalmente; en la tercera fase usan pantalón largo y se les llama “niveles”, esto

deja ver que su edad cronológica se niveló con la emocional. Antes de salir del Hogar, los usuarios preparan su proyecto de vida, asociado a continuar sus estudios o ingresar al mundo laboral; y luego de egresar, realizan un seguimiento ambulatorio de cuatro años de duración (Pantaleón, 2010).

Al considerar la versión informal acerca del modelo terapéutico dominicano, resulta importante destacar que presenta un marcado sesgo carcelario, muy autoritario e incluso violento. En República Dominicana la mayoría de pacientes tratados había estado en prisión y, por ende, se trataba de personas peligrosas con un vasto prontuario delictivo; en jerga comunitaria se habla de sujetos con “muchacha”. En este contexto, el terapeuta debía ser muy fuerte para abordar este tipo de pacientes para hacer sentir al paciente/preso que el terapeuta era quien tenía el poder y mando.

Este modelo, por tanto, posiciona al terapeuta en un lugar autoritario, en efecto, él era llamado “mi líder”. El residente más antiguo asumía un rol de responsable llamado “sargento de orden”, era el colaborador directo del terapeuta y su función era manejar la dinámica de la casa, las compras del día y las terapias; después del terapeuta era el que “gritaba más fuerte”.

Las “brigadas” eran espacios de aseo durante el día en la casa, el “comité de progreso” era el espacio terapéutico de los propios pacientes, el cual tenía secretario, presidente y tesorero, quienes se organizaban respecto a las actividades de la casa, organizaban actividades para reunir dinero para actividades y paseos, además de administrar el dinero de los residentes. Como se puede apreciar, los conceptos tienen sus raíces en la lógica y funcionamiento carcelario.

Se les decía “Gi” (general inspection) a una supervisión de la casa imprevista, también llamada “terremoto”. Los “Haircut” (cortes de pelo), con raíces en Synanon, también constituían una ayuda frente a las “fallas” del paciente. Ante una recaída por ejemplo, a una joven se le podía cortar totalmente su pelo para que se avergonzara de salir a la calle y retenerla así en la Comunidad. Existían intervenciones en que se le indicaba al residente sentarse, mientras el terapeuta y los otros residentes se encuentran de pie para mostrar concretamente la superioridad, con gritos se le hacía ver su “falla”, se

trataba de una intervención corta para atacar problemas como “impulsividad”, “deshonestidad”, “irresponsabilidad” u otra “falla” definida arbitrariamente.

Otra “ayuda” consistía en poner carteles a los pacientes con mensajes como: “voy de viaje” o “soy un mentiroso y me gusta vivir en la mentira”, podían permanecer 1 semana con el cartel; otra “ayuda” consistía en hacer al residente lavar toda la loza de 200 personas, otro ejemplo de “ayuda” era colgar una máquina de afeitar al cuello de un paciente sin afeitar. Con las “ayudas” se espera “invitar” al residente a modificar su conducta a partir de una actitud de “humildad” (J.C. Torres, comunicación personal, 8 de diciembre, 2010).

En cuanto a las intervenciones terapéuticas, resulta importante describir una de las estrategias más utilizadas por el modelo dominicano: las “terapias de confrontación”. En dichas terapias, los residentes forman un círculo y al centro se ubica un paciente sentado en el suelo que toma sus piernas, las pone contra el pecho y queda mirando al terapeuta, quien guiaba la terapia y le dice “límpiate” con voz fuerte y enérgica, aludiendo a que la persona hable acerca de eventos, pensamientos, sueños y acciones “negativas” cometidas. Se entendía como “negativo” o “falla” prácticamente cualquier cosa. Se cita a continuación un ejemplo: un residente refiere “pensé en la playa”, siendo su comentario interpretado como falta de compromiso con el tratamiento al pensar en estar “afuera” o “disfrutando”, en vez de estar asumiendo y pagando sus culpas en la Comunidad.

En su “invitación” a “limpiarse”, el terapeuta puede utilizar garabatos e insultos como: “maricón”, “poco hombre”, “has sido siempre un poco hombre, te estoy dando la posibilidad de ser un hombre íntegro”; con esto se pretende afectar el amor propio del paciente de manera tal de “movilizarlo” afectivamente. Los compañeros también enfrentan al paciente con críticas severas, insultos, ofensas y desafíos. A todo comentario de su parte se les llama “ayuda” y si no le dicen algo al compañero, será su turno para ocupar el centro en una nueva terapia de confrontación. Dentro de las “ayudas” utilizadas, además de las críticas de parte de terapeutas y compañeros, se realizan cortes de pelo “a machetazos” (haircut), se le tiran huevos o desechos en la cabeza, e incluso bolsas de basura cuando está sentado en el piso; otro método era

que después de que el residente limpiara el baño y lo dejara impecable, se lo ensuciaban para medir su nivel de “tolerancia a la frustración”.

En la actualidad son muy pocas las Comunidades que mantienen este tipo de metodología sin modificaciones, sin embargo, aún existen. Lo más importante, es que la mayoría de Comunidades conservan implícitamente, en mayor o menor grado, estrategias del modelo dominicano.

Cuando se integra el método de Proyecto Hombre a las Comunidades en Chile, las técnicas dominicanas se van modificando y, principalmente, se incorporan nuevas metodologías. Entre ellas, el “grupo estático”, en que un grupo estable trabaja con un mismo terapeuta para fomentar la cohesión y confianza, también es llamado “terapia de problemáticas”; el “grupo dinámico” o de “expresión de sentimientos” en que el paciente habla de sentimientos acumulados en su historia de vida y emociones actuales suscitadas por la vida en Comunidad. El paciente habla de lo que siente y el terapeuta le ayuda a poner nombre a sus sentimientos y emociones para que los aprenda a identificar, esto se hacía a través de gritos de parte del paciente, siendo la labor del terapeuta motivarlo o “aleonarlo” para que no tenga miedo, es decir, conduciendo al paciente a “conectarse con sus sentimientos”. También se desarrolla el “encuentro de la mañana” en que se le da mayor participación al residente dentro del tratamiento, se produce una terapia más cercana y acogedora con los usuarios. Además se involucra de forma más seria y comprometida a la familia (J.C. Torres, comunicación personal, 8 de diciembre, 2010).

Luego de esta breve revisión histórica de la metodología que se ha empleado a través del tiempo al interior de las Comunidades Terapéuticas, se considera fundamental sistematizar y desarrollar las distintas intervenciones que se realizan actualmente en las Comunidades de rehabilitación.

Goti (1997) realiza una clasificación bastante ordenada y clara respecto de los métodos de tratamiento al interior de las Comunidades Terapéuticas. Se empleará su ordenamiento para describir cada una de las intervenciones:

a. Límites a las conductas

En la Comunidad Terapéutica existen normas y reglas claras para todos los residentes. Si no cumplen con alguna de las reglas, existen sanciones que pueden ir desde una amonestación verbal hasta la expulsión de la Comunidad. Es importante remarcar que las sanciones son llamadas “experiencias de aprendizaje” o “ayudas educativas”, entendiéndolo su finalidad terapéutica de generar un contexto ordenado y estructurado para las personas que vivían en una realidad caótica. Lo que se castiga es la conducta y no la persona, esto da espacio a la posibilidad de cambiar.

b. Presión de los pares

Fuera de la Comunidad Terapéutica existen grupos y presión entre sus miembros, pero la diferencia con la presión en Comunidad, es que en ésta se promueve la presión positiva. Entendiéndolo que el refuerzo positivo aumenta la probabilidad de ocurrencia de un evento (conducta, actitud u otro).

Aprobación explícita de conductas positivas, ya sea verbalmente o a través de privilegios (subir en la jerarquía de la Comunidad). Se trata de transmitir un mensaje positivo de la posibilidad de cambio. La presión de los pares apunta al aprendizaje social, de responsabilidades y conductas adaptativas.

c. Autoayuda

La lógica de la autoayuda se deriva de sus raíces en AA y Synanon, organismos que no contaban con apoyo profesional.

La autoayuda es la parte activa del tratamiento y se entiende como la ayuda recíproca entre personas que han vivido experiencias similares. Al ayudar a otros que han pasado por lo mismo, la persona que ayuda termina “ayudándose a sí misma” a partir del reflejo de quien ayudó. Se produce un sentimiento de comunión, empatía y comprensión, dado que han vivido situaciones parecidas, por tanto, los sentimientos asociados pueden parecerse también.

El residente se comienza a sentirse capaz de ayudar a otros en un sentido positivo, ya no promoviendo el consumo de sustancias. Comienza a sentirse importante para sí mismo y para los demás.

Lo peculiar de la autoayuda es que en Comunidad Terapéutica aunque no se pida ayuda directamente, igual se la van a brindar. La idea es que antes de ayudar, el residente debe madurar y desarrollar los valores fundamentales de la Comunidad, para ejercer presión en ese sentido.

La autoayuda rompe los prejuicios respecto de quién es capaz de ayudar y quién no, es la presión de un par; los primeros grupos de autoayuda consideraban que no se necesita de un profesional para ayudar, pues basta con el apoyo del grupo de personas con las mismas vivencias de consumo.

d. Autosuficiencia Grupal

Las Comunidades Terapéuticas difieren en el grado de autosuficiencia en materia de financiamiento. Algunas Comunidades se autoabastecen a través de lo que producen y otras cuentan con financiamiento privado o estatal.

Por otra parte, el grupo de residentes al interior de la Comunidad es autosuficiente en el sentido de realizar todas las labores del hogar (cocina, aseo de las dependencias, huerto, cuidado de jardines y animales, etc.); es decir, no se contrata a alguien externo para cumplir dichas funciones, serán los mismo residentes quienes, en función de la jerarquía alcanzada, asumirán un rol de mayor o menor responsabilidad. El recién llegado hará tareas más concretas y que tienen menor influencia en el funcionamiento total de la Comunidad, a diferencia de un residente con más tiempo, quien deberá velar porque se cumplan distintas tareas, por tanto, supervisará a otros residentes en su quehacer.

e. Confrontación

Es una forma de ayuda propia de las Comunidades Terapéuticas, es un modo particular de retroalimentación social; funciona como “espejo” que devuelve la imagen de sí mismo, cómo y cuál es la consecuencia de lo que se hace. Es una de las tareas clave y más importantes de la Comunidad, por tanto, los residentes deben confrontarse

constantemente, es decir, deben hacerse ver los gestos, palabras, actitudes, movimientos y sentimientos que tienen; todo el entorno permanece alerta y vigilante.

La confrontación es “fuerte” en forma y contenido, puede ser vivida de forma agresiva o terapéutica, esta estrategia ayuda a la persona a que se mire a sí misma y, por lo tanto, le ayudaría a crecer. Esta intervención tiene a la base el “amor responsable” (se definirá posteriormente), dado que es doloroso confrontar a otros, ser confrontado y “autoconfrontarse”.

Se entiende como una vía para romper las defensas, enfrentando al residente con su propia realidad, y con los pensamientos y emociones al respecto, se anularía la “autoimagen de la calle”.

La confrontación es una forma de presión de los pares que lleva al residente confrontado a “aceptar lo que se le dice y cambiar o se va: no hay nada más que hacer” (Goti, 1997, p.77).

Se expone a continuación la definición que hace un residente de confrontación: “me hacen presente mi realidad, me confrontan con mi realidad y haciéndolo me comprometen al cambio, ya que no puedo seguir engañándome sobre cómo soy y cómo estoy” (p. 76)

f. Confesiones Públicas

Es uno de los modos más habituales de enfrentar las culpas que tiene el residente, culpas asociadas al “daño ocasionado” a sus seres queridos por las mentiras, robos y “manipulaciones”. Para el residente nada se supera realmente hasta que no se “confiesa” ante el grupo, pues para superar los conflictos, es necesario alcanzar la “absolución del grupo”.

En la confesión se pone en práctica la autoayuda, dado que a través de ella los demás residentes logran conocer más a quien se confiesa. El grupo genera presión sobre él, motivándolo y, con ello, motivándose a sí mismos, a cambiar el estilo de vida; por tanto, a la confesión se responde con un “sermón”.

g. Sermones

Es una práctica constante en Comunidad Terapéutica. Goti (1997) plantea que probablemente el sermón sirve más al que lo da, pues refuerza su compromiso con el tratamiento, además de contribuir a consolidar el discurso valórico de la Comunidad.

Los sermones son proferidos por terapeutas y también por residentes con un mayor grado de desarrollo personal. Se recuerda constantemente quiénes eran antes y de dónde venían, enfatizando la vida de “anti - valores” que llevaban.

h. Estructuras para facilitar la expresión de sentimientos

Antes de llegar a Comunidad, los residentes solían “explotar” emocionalmente sin dimensionar los efectos de sus exabruptos.

La Comunidad busca que los usuarios aprendan a expresar los sentimientos de forma “controlada”; no se trata de reprimirlos, sino de expresarlos dónde y cuándo sea oportuno. La idea es que el residente sea capaz de anticipar las consecuencias de sus actos.

En la Comunidad Terapéutica existen distintas estructuras (instancias terapéuticas) para la expresión emocional, entre ellas: grupos dinámicos, estáticos y maratones. Los grupos dinámicos favorecen la expresión de sentimientos surgidos en la convivencia en Comunidad, se entienden como sentimientos “superficiales” que preparan el camino para expresar sentimientos más profundos. Esta estrategia tiene directa relación con las confrontaciones, dado que si un residente solicita confrontar a otro, el equipo terapéutico evaluará si concede la posibilidad de confrontar y, en el marco de la confrontación, se “descargan” los sentimientos hacia dicha persona, en forma de “broncas”.

Los grupos estáticos constituyen grupos más estables en que se mantienen los mismos integrantes con un terapeuta específico por un tiempo prolongado, para generar un encuadre de confianza, también se le llama “terapia de problemáticas”.

Las maratones terapéuticas son sesiones de terapia que pueden durar varias horas e incluso días, las cuales tienen como objetivo explorar los sentimientos más profundos de los usuarios y fomentar la descarga emocional a través de experiencias catárticas.

i. Los Modelos

La Comunidad ofrece modelos que orientan la dirección del cambio esperado. El principal modelo es el “ex – adicto”, quien muestra al recién llegado, con su actitud y conducta, que el cambio es posible.

Otros modelos son constituidos por los propios residentes que llevan más tiempo en Comunidad, quienes funcionan como modelos en base a los cambios que van logrando, manifiestos en los roles y labores que desempeñan. Un residente puede ser un modelo por sus habilidades culinarias, por la dedicación que pone en el cuidado de la casa, por sus competencias en materia de liderazgo, por la responsabilidad en cada uno de sus quehaceres, por la amplitud de su vocabulario, por su actitud como padre, etc.

Como se puede apreciar, el modelado se produce a todo nivel, en los aspectos más importantes y en detalles nimios.

j. Actividades Constructivas y Reparadoras

El adicto tiene una historia de daño, destrucción y pérdidas, que lo hacen experimentar culpa y tener un sentimiento de inutilidad; por tanto, la actividad en Comunidad Terapéutica debe ser reparadora.

Actividades como pintar paredes, cocinar para la familia, cuidar los jardines, arreglar los cercos, entre otras, son tareas que permiten al residente ver el resultado de su quehacer, constatar su real capacidad para empezar y terminar algo, además de beneficiar a terceros con su trabajo.

Como se puede ver, estas acciones promueven la responsabilidad, además la actividad siempre es grupal para favorecer el trabajo en equipo y desarrollar competencias al respecto, se produce una presión positiva entre los pares, se practica la autoayuda y se observan e incorporan modelos.

Siempre hay un reconocimiento externo por lo logrado, lo que funciona como refuerzo o estímulo para continuar con el tratamiento. Además se promueve el sentimiento de autoeficacia, al permitirle al residente ver los resultados de su esfuerzo.

k. Recreación Organizada

Se parte de la base que los adictos no logran disfrutar de su tiempo libre sin recurrir al consumo de drogas y, por tanto, la ausencia de consumo generaría un intenso vacío y aburrimiento. En este contexto, la Comunidad Terapéutica promueve la realización de actividades deportivas, artísticas, lúdicas, musicales, etc. para que aprendan a gozar con experiencias saludables. También se planifican las salidas de los residentes con sus familias, para que realicen actividades recreativas.

l. Cuidado del Cuerpo

Las personas que consumen drogas tienden a descuidar su cuerpo en muchos sentidos. La Comunidad espera que durante el transcurso del proceso terapéutico, los residentes logren quererse a sí mismos y, en consecuencia, aprendan a cuidar su cuerpo.

Para el cuidado del cuerpo se consideran distintas aristas: higiene, alimentación, presentación personal, ejercicio físico, visitas al médico y uso de medicamentos de ser pertinente. Si bien la farmacoterapia no es inherente al trabajo de Comunidad Terapéutica, en la actualidad se ha integrado la medicación como apoyo al tratamiento.

m. Aislamiento de Elementos Externos

La Comunidad Terapéutica funciona como una microsociedad, cerrada parcialmente respecto del entorno. El aislamiento cumple un fin “protector”, al alejar a los residentes de la presión a consumir que existe en el exterior. Por el contrario, la presión de grupo al interior de la Comunidad, apunta hacia la abstinencia y el cambio en el estilo de vida; con el aislamiento se fomenta la cohesión grupal, la autoayuda, la confrontación y todos los fenómenos e intervenciones ya descritos.

El grado de aislamiento varía en función de la etapa del proceso en que se encuentra el residente. En la primera fase, el aislamiento es total y, a medida que avanza en el tratamiento y adquiere mayores herramientas de afrontamiento, el contacto con el entorno va aumentando. Es importante recalcar que el fin último del proceso es la reinserción total y no la institucionalización de los usuarios.

n. Contactos Supervisados con el Exterior

Para lograr la reinserción total al final del proceso es necesario ir ampliando progresivamente el contacto con el exterior. Es así como cada uno de los contactos con el mundo externo son planificados, supervisados y evaluados desde la Comunidad, es decir, no existe aspecto alguno que quede al azar.

Los contactos comienzan con las visitas recibidas en la Comunidad, en estos casos, se determinará quién será visitado, por quién, qué día, a qué hora y, principalmente, se definirá cuál será el objetivo de la visita; luego de ella se evaluará el impacto que tuvo en el residente.

Cuando se trata de salidas, también se definirá dónde, con quién y con qué fin saldrá el residente. Se irá evaluando cómo se relaciona con sus familiares en sobriedad y cómo enfrenta la realidad sin la contención de la Comunidad.

o. Asesoramiento Individual

Existen dos tipos de asesoramiento individual: informal y formal. El primero se produce naturalmente desde la llegada del usuario a la Comunidad, en que los demás residentes le entregan información, consejos y sugerencias acerca de cómo llevar el proceso.

El asesoramiento formal consiste en una orientación dada por un terapeuta del equipo o por algún profesional designado especialmente para ello. Es una parte muy importante del tratamiento y se lleva a efecto durante todo el proceso, especialmente durante la segunda mitad, en que el residente tiene mayor capacidad de insight respecto de sus problemáticas.

p. Asesoramiento Familiar

Hay dos modalidades de asesoramiento familiar: la autoayuda y la terapia familiar. En el primer caso, muchas veces antes de que el usuario ingrese a la Comunidad, se organizan grupos de padres, esposos y otros familiares de los drogodependientes, para fortalecerse, capacitarse y comenzar así a ejercer presión para que el adicto se trate.

La terapia familiar y/o de pareja resulta fundamental para el éxito del tratamiento en Comunidad Terapéutica. Las familias han desarrollado cierto equilibrio en torno al familiar consumidor y, en la medida que éste cambia, es necesario un ajuste de parte de todos para evitar que se produzcan recaídas. Además, las familias tienen problemas que van más allá del consumo de drogas de uno de sus miembros y dichas dificultades se hacen evidentes cuando el consumidor deja la sustancia, en estos casos también es fundamental el asesoramiento.

q. Educación Formal – Capacitación Laboral Formal

Existen investigaciones que plantean que la relación entre estudios y recaídas es inversamente proporcional, es decir, a mayores estudios existirían menos recaídas. La educación formal en los casos de residentes que no han concluido sus estudios básicos o secundarios resulta fundamental para mejorar su autoestima y promover estudios superiores; así también, la capacitación laboral formal para residentes que han permanecido cesantes o han tenido una inestable historia laboral, es de suma importancia para aumentar las oportunidades y posibilidades de reinserción, además de mejorar su sentimiento de autoeficacia.

r. Ritualización

Las actividades en la Comunidad Terapéutica están ritualizadas, es decir, todos los días ocurren las mismas cosas y a la misma hora, todo está previsto. Esta ritualización otorga una estructura clara a los residentes quienes deberán adaptarse a esta organización del tiempo y actividades. Los residentes se levantan a una hora determinada, se asean, desayunan, asisten a la reunión de la mañana, realizan las

actividades laborales, etc. Todo es organizado previamente, sin posibilidad de improvisación.

Cuando ocurre algo que se escapa del ritual, los residentes saben que algo importante ocurrirá, puede ser una buena noticia como la llegada de un nuevo residente, una promoción u otra o, por el contrario, puede anunciar una mala noticia como una sanción disciplinaria, una expulsión, etc.

s. Espiritualidad

Dentro de la Comunidad Terapéutica se incluyen valores superiores y trascendentes, que van más allá de una religión específica. Se trata de entregar a los residentes un sentido para su recuperación que les dé fuerzas en momentos difíciles.

En este marco de espiritualidad, el equipo terapéutico podría integrar sacerdotes católicos, pastores evangélicos o bien personas con un elevado desarrollo espiritual que no pertenezcan a un credo en particular. Las intervenciones en este ámbito son diversas e incluyen la participación en ciertos ritos como: misa, sacramentos, oraciones, reuniones evangélicas, meditación, entre otras.

A las estrategias de intervención mencionadas por Goti (1997), se agregan otras técnicas propuestas por De León (2000), como las herramientas provocativas: hostilidad o ira, exageración y ridiculización, todas ellas para aumentar la conciencia de un residente en particular acerca de un comportamiento o actitud desajustados; herramientas evocadoras, entre ellas, la identificación (compartir una experiencia de vida similar), empatía (no requiere haber vivido una experiencia similar), compasión y afirmación (apoyo y validación); también herramientas provocativas-evocadoras como: rumor, enfrentamiento leve e indirecto y críticas directas.

Otra estrategia terapéutica es la asignación de seminarios con temas acordes a la problemática específica de cada uno de los usuarios (p.e. autoestima, tolerancia a la frustración, roles de padre y esposo, etc.), además se desarrollan charlas de psicoeducación en materia de mecanismos neurofisiológicos de la adicción, conciencia de enfermedad, conciencia de daño, trastornos depresivos, trastornos ansiosos, etc.

De León (2000) señala que la riqueza de la Comunidad Terapéutica como método, es que permite abordar al individuo “en su totalidad” a diferencia de la limitación inherente a la psicoterapia individual y la terapia de grupo ambulatoria, dado que el residente en la Comunidad se mostraría en las distintas situaciones que conforman la vida comunitaria, con las exigencias, roles e interacciones sociales que involucra.

Un aspecto fundamental del método, por tanto, tiene que ver con la posibilidad de observar al residente durante las 24 horas al día en sus distintas facetas: en el modo en que trabaja, en su relación con los demás residentes y los miembros del equipo terapéutico, la forma en que mantiene su higiene personal y la limpieza de espacios comunes, el estilo que adopta al participar en las distintas instancias terapéuticas de grupo.

Como parte del método de tratamiento, se espera la participación activa del residente, entendida como la “utilización de todos los elementos de la Comunidad como *herramientas* para la auto-modificación” (De León, 2000, p.129)

La Comunidad Terapéutica promueve la participación social, el asumir responsabilidades y establecer relaciones basadas en la confianza y los valores de la “vida correcta” con el fin de “proporcionar las oportunidades y el contexto para desarrollar los elementos de una identidad social positiva” (De León, 2000. p.124). Se entiende por “vida correcta” una vida ordenada que incluya aspectos como la sobriedad, el acatar las normas sociales y cumplir con las obligaciones, la ética del trabajo, la pulcritud en el espacio físico y en la higiene personal, la responsabilidad consigo mismo y con los demás, respeto y mantención de acuerdos, honestidad y humildad.

De León (2000) destaca otros elementos inherentes al tratamiento en Comunidad Terapéutica que tienen que ver con la promoción de la sinceridad y el compartir sentimientos y experiencias privadas, dado que esto es parte de la metodología de trabajo que se asocia a la modalidad de autoayuda.

En síntesis y adoptando las consideraciones de Echeverría (2004) se pueden destacar los elementos comunes en las distintas Comunidades terapéuticas: los usuarios son

concebidos como protagonistas activos de sus propios procesos de cambio y contribuyen al cambio de los demás, proveen observaciones y se hacen responsables de ellas, se esfuerzan por ser **modelos** del proceso de cambio; los programas cuentan con un marco normativo y valórico, las actividades se organizan en base a un sistema de rutinas y trabajos claramente definidos, la Comunidad promueve una comunicación abierta y frontal en espacios comunitarios bajo el principio de confidencialidad; las relaciones internas entre los usuarios operan como formas de control social; el proceso terapéutico está estructurado en una secuencia de fases y/o etapas que reflejan los logros alcanzados por los miembros de la Comunidad y cada fase o etapa se traduce a su vez en responsabilidades y tareas específicas (Echeverría, 2004).

5.3.7. La Comunidad Terapéutica y los Valores

Desde el punto de vista de Mansilla (2010) el drogodependiente que ingresa a tratamiento ha aprendido una serie de valores asociados al mundo de la droga y la marginalidad; es así como el tratamiento socioterapéutico propio de las Comunidades Terapéuticas estimula al adicto a un proceso de reaprendizaje de costumbres, valores y creencias de vida, diferentes a las que él estaba acostumbrado; por tanto, le enfrenta de manera directa y frontal, la cuestión de la **ética**.

Respecto del proceso de resocialización, el adicto ingresa a un tratamiento caracterizado por una fuerte presión normativa, que impone una ética predefinida para la convivencia que debe ser aceptada como condición para la permanencia en el centro de tratamiento. El autor plantea que el individuo que acepta someterse a dicha normativa lo hace porque no tiene otra opción, dado que habría perdido “todo” por una vida de adicción y la alternativa que tendría para recuperarse exige insertarse en un contexto institucional con reglas y normativas exigentes. Indica que será en el momento de la reinserción social cuando se sabrá si las normas aprendidas en Comunidad sólo eran parte de la necesidad por ser aceptado en la institución, o si, en realidad, el individuo tomo una decisión ética al incorporar los valores de la Comunidad para mantenerlos a futuro en su vida (Mansilla, 2004).

El componente valórico sería uno de los aspectos centrales del modelo de Comunidad Terapéutica. Al respecto, cabe destacar lo que plantea Goti (1997):

“podemos tomar todos los elementos de una C.T. los edificios, los profesionales, los operadores, los residentes e inclusive usar las técnicas más avanzadas que presentan los manuales. Pero incluso con todo esto no tendremos una verdadera C.T. hasta que no hayamos hecho circular por cada uno de sus elementos constitutivos los valores que son su nutriente” (p.45)

Por tanto, al elegir una Comunidad Terapéutica, el usuario y su familia deberán evaluar si los valores de dicha Comunidad se ajustan a sus expectativas en términos de los principios que regirán sus vidas desde ese momento en adelante.

Hay valores que son comunes a todas las Comunidades Terapéuticas: amor responsable, honestidad, responsabilidad, solidaridad y valores espirituales o de trascendencia. Otros como respeto, humildad, orden, disciplina, éxito, eficiencia, valores religiosos, varían de una Comunidad a otra.

A continuación se hará una escueta descripción de los valores más importantes, compartidos por todas las Comunidades de rehabilitación:

a. Amor Responsable

Antes de llegar a Comunidad, muchas familias expresaban un amor “incondicional” hacia el familiar consumidor, que los hacía tolerar abusos y malos tratos. El amor responsable, en cambio, se entiende como un “amor con límites”, es decir, se trata de dar al otro lo que es bueno para él y no lo que pida o exija, que pudiera ser perjudicial y dañino para su salud física y mental.

Esta forma de entregar amor se contrapone a las alianzas que el drogodependiente establecía en la calle para conseguir permisos, manipular a los cercanos y consumir drogas.

Desde la llegada del usuario a Comunidad, se espera que él y su familia incorporen esta forma de amar y, en consecuencia, dejen de permitirlo “todo”. Es necesario preparar al residente y a su familia para tolerar el rechazo que puede producir este tipo de

relación con límites, que involucra frustrar, en cierta medida, los deseos del otro. Por ejemplo, en una primera etapa, el residente no podrá tener salidas, situación que puede ser muy frustrante para él, por tanto, la familia debe comprender y transmitirle al residente que la decisión tiene que ver con cuidarlo y amarlo verdaderamente.

b. Honestidad

El modelo de Comunidad Terapéutica considera que la honestidad es fundamental para la vida, se refiere tanto a la honestidad consigo mismos, como con los demás. Se oponen al “autoengaño” y al “engaño”, respectivamente, respecto de los sentimientos, pensamientos, decisiones y actos.

La Comunidad promueve la honestidad, aunque el ser honesto traiga una sanción como respuesta; esto podría ocurrir cuando el acto revelado constituya una transgresión a las normas. Con ello se busca que el residente comience a asumir las consecuencias de sus comportamientos.

c. Responsabilidad

Este valor es muy importante en la Comunidad y se evalúa en todos los detalles: actividades laborales, relación entre los residentes, conducta hacia la familia, etc. Implica dejar de culpabilizar a los demás por lo que pasa o pasó, empezando a asumir la responsabilidad por la propia vida.

La idea es que el residente comience a ser responsable no sólo como una respuesta a una exigencia, sino como una decisión personal. Tiene que ver con tomar conciencia de los efectos y el perjuicio que puede acarrear a los demás la propia irresponsabilidad.

d. Solidaridad

Este valor se encuentra a la base de la autoayuda y consiste en la entrega de apoyo, afecto, tiempo e incluso cosas materiales para responder a la necesidad de los compañeros. En la etapa de reinserción, la solidaridad puede constituir un riesgo de recaída al intentar ayudar a personas en consumo, por tanto, será fundamental poner límites a la solidaridad en esta fase.

e. Valores espirituales o de trascendencia

En Comunidad Terapéutica se promueve la creencia en un “poder superior” que trasciende a la persona, que le acompañará y dará fuerzas durante el proceso y más allá de éste. A dicho poder el residente le dará el nombre que prefiera.

El apoyo de este poder superior será clave en momentos de soledad y desesperanza, para no dejarse abatir y seguir luchando; constituye una guía y un sentido para la vida.

En algunas Comunidades Terapéuticas es el fundador quien es endiosado y, por tanto, el proceso de Comunidad se convierte en el culto a un líder, esto se traduce en el sometimiento de los residentes, quienes se mantienen ligados a la figura del líder por el resto de sus vidas.

5.3.8. Objetivos de la Comunidad Terapéutica

Más allá de los elementos en común y las diferencias entre los tratamientos de rehabilitación de consumo de drogas, todos persiguen el siguiente objetivo:

“no sólo como un medio para dejar de consumir, sino que también un mecanismo por el cual se transforma la forma en que el individuo se ha relacionado con el medio y consigo mismo hasta el momento (...) un proceso de cambio cultural, donde códigos, relaciones y visión de mundo son modificados (...) quienes en él participan hablan de nacer de nuevo (...) el proceso de rehabilitación, reeducación o de reinserción social es un proceso donde códigos y estilos son modificados por otros, donde la percepción de sí mismo se modifica, la relación con los otros y la visión que se tiene del mundo y del lugar en él, podríamos hablar de la redefinición de una identidad a partir de la revaloración de una vivencia específica” (Ochoa, 2001. En Echeverría, 2004, p.79)

A través de su estructura y organización social, su componente humano - equipo terapéutico y residentes - y su régimen diario de actividades - terapias de grupo, oficios, empleo del tiempo libre, etc. -, la Comunidad Terapéutica busca conseguir sus objetivos de curación, aprendizaje y modificación individual.

Se entiende la curación como la remisión total del trastorno por dependencia de sustancias, manifiesta en la abstinencia. El aprendizaje tiene que ver con la incorporación de valores, estrategias de socialización, herramientas para la resolución de conflictos y manejo de emociones, entre otras; y la modificación individual se asocia al crecimiento personal y el cambio en el estilo de vida.

5.4. Teorías Implícitas Sobre la Droga, la Adicción, el Adicto y la Cura

En el modelo de Comunidad Terapéutica existen una serie de elementos implícitos que resultan determinantes al momento de conceptualizar teóricamente las drogodependencias y, principalmente, al elaborar programas terapéuticos.

Se trata de teorías implícitas acerca de la droga, concebida en términos únicos sin distinción alguna entre las diferentes sustancias; la adicción, incluyendo diversos patrones de consumo de sustancias, que pudieran ser diagnosticados como dependencia, abuso, consumo perjudicial e incluso como consumo experimental de drogas; el adicto, como constructo universal; y la cura, cuyos objetivos son definidos de manera uniforme para todos los adictos que deseen recuperarse.

Como se puede deducir de lo anteriormente mencionado, existen definiciones claras y preestablecidas para cada uno de estos conceptos, cuya característica principal es constituir universales aplicables a *todo* consumidor de drogas que busque tratamiento en Comunidad Terapéutica e incluso para aquellos consumidores que no se han decidido a buscar ayuda.

5.4.1. La Droga

Llama la atención el lugar en que queda situada la droga en el discurso de las Comunidades Terapéuticas. La droga es concebida como el elemento central del diagnóstico y el tratamiento, como plantea Del Solar (2008): “lo que en definitiva ordena todo el cuadro, recorta y agrupa los criterios y los sujetos, es la presencia del objeto droga. Objeto no definido, no analizado, pero todopoderoso en sus efectos” (p.124).

Se le atribuye mucho poder a la sustancia, los mismos pacientes hablan de sentirse “atrapados” por ella o ser víctimas del “flagelo” de la droga, ésta sería capaz de “quitarle” al sujeto lo más importante para él: personas significativas, trabajo, estudios, oportunidades, libertad, etc. También es percibida como un objeto capaz de

“destruir” todo a su paso, incluida la propia vida del individuo y las esperanzas de su familia.

Como se puede constatar, la visión de la droga es la de un objeto terrorífico que paraliza y deja sin posibilidad de acción a quien es víctima de su “ataque”. Asume el lugar de un monstruo que atrapa y deja sin salida al consumidor.

Siguiendo a Del Solar (2008) se produciría una inversión en la relación sujeto-objeto, en tanto, el sujeto pasa a ser un enfermo-pasivo, objeto de la droga, y el objeto adquiere un poder tan fuerte y eficaz como para desactivar cualquier intento por hacer algo por parte de su consumidor.

Resulta importante destacar que al hablar de “drogas” en Comunidad Terapéutica se habla de múltiples sustancias con efectos diversos, sin hacer distinciones como: blandas o duras, más dañinas o menos dañinas; para efectos del diagnóstico y tratamiento, todas las drogas son igualmente “monstruosas”.

Se podría plantear que se produce una separación artificial entre el consumidor de la droga y la droga en sí misma, en el esfuerzo por definir esta última de forma universal. No se contemplan las variables individuales al hablar del consumo de la droga, es decir, no se concibe una relación subjetiva entre el consumidor y la sustancia, sino que más bien se establece un único tipo de relación posible entre el sujeto y la droga, una relación en que el sujeto no puede sino salir altamente perjudicado. La droga siempre daña y destruye a quien ose probarla.

Por tanto, se parte de la premisa de que la droga es nociva, sin preguntarse por la función específica que cumplía en el psiquismo del sujeto en particular.

Como podemos apreciar, la droga es central en el diagnóstico y el tratamiento, pues su presencia o ausencia será aquello que determinará la efectividad del abordaje terapéutico, aunque su ausencia (abstinencia de la sustancia) no hará que el adicto deje de serlo.

Se tiende a asociar drogas y falta, siendo el consumo de drogas concebido como una respuesta a un estado carencial y doloroso, dejando fuera el consumo de drogas como

un deseo de experimentar placer o como una forma de vínculo social (Del Solar, 2008). La droga, por tanto, sería concebida como un objeto capaz de llenar un vacío en el sujeto, ya sea un vacío afectivo o la falta de un sentido o propósito para la existencia.

Aunque se entiende la droga de esta forma, de igual modo se intenta erradicar de la vida del sujeto sin mayor cuestionamiento. El proceso terapéutico busca reemplazar la sustancia por otro objeto que llene el vacío subjetivo. Surge la pregunta en torno a qué objeto podría llenar esta falta y, en general, se recurre a personas significativas, a la familia, el trabajo, los estudios y otras actividades, pensando que alguno de estos objetos podría “llenar” el vacío existencial al valorarlos en sobriedad.

5.4.2. La Adicción

La mayoría de pacientes que se internan en una Comunidad Terapéutica presentan el diagnóstico de dependencia de sustancias, según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión (DSM IV); y los criterios propuestos por la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE 10), lo que se traduciría en la incapacidad para mantener la abstinencia y una vida en situación de crisis. Esta perspectiva enfatiza la pérdida de control sobre el consumo de drogas y la vida en general.

En cuanto a la etiología del consumo de sustancias, la perspectiva de la Comunidad Terapéutica postula que existe una vulnerabilidad del individuo al abuso de sustancias, se trataría de personas con una “predisposición psicológica al abuso de drogas” asociada a estados de ánimo alterados y cierta intolerancia a la incomodidad; De León (2000) señala que esta predisposición podría estar relacionada con factores de la personalidad o con sustratos biológicos, es decir, mantiene una visión amplia y algo ambigua respecto de las raíces del trastorno, más que especificar una fuente concreta.

En base a lo planteado previamente, se puede ver que el modelo de Comunidad Terapéutica asume un elemento biológico en el trastorno adictivo (existirían factores genéticos favorecedores de la adicción), pero lo minimiza al pensar en la etiología del

trastorno; sin embargo, este elemento emerge con fuerza en el tratamiento al exigir la abstinencia total de sustancias.

Existen visiones contrapuestas respecto de la etiología de la adicción, por una parte, se piensa que existiría un trastorno de personalidad de base que predispondría al sujeto a consumir drogas y desarrollar una dependencia, por otra parte, hay quienes postulan que sería el consumo de drogas el que altera la personalidad. No obstante, prevalece la idea de que ocurrirían ambas cosas al mismo tiempo, es decir, ciertos rasgos de personalidad predispondrían al desarrollo de la adicción y, al mismo tiempo, la personalidad se vería aún más dañada con el proceso adictivo.

De León (2000) plantea que las fuentes del trastorno se pueden encontrar en las desventajas socioeconómicas, problemas familiares, patrones de conducta parental ineficaces, modelos de rol negativos y aprendizaje social desviado y rasgos de personalidad oposicionistas tempranos. Como se puede observar, se trata de situaciones comunes que se pueden relacionar con una gran variedad de problemas y alteraciones, y no necesariamente con trastornos adictivos.

El autor señala algunos de los argumentos que usan las personas para consumir drogas: intentos de automedicación ante el dolor físico y/o psicológico, aumentar o disminuir la estimulación, celebrar buenos momentos y evitar los malos, escapar de la realidad o enfrentarla con mayor facilidad, pertenecer a ciertos grupos sociales o por el contrario aislarse de ellos, enmascarar o desenmascarar sentimientos personales. La interacción de estas razones subjetivas con eventos vitales estresantes darían lugar al consumo de drogas propiamente tal. Es decir, en su intento por especificar razones concretas para el consumo de drogas se encuentra con una diversidad tan amplia de situaciones que, más que acotar el campo de análisis, lo abre a la infinita variabilidad interindividual.

Propone concebir el abuso de sustancias como un “trastorno” y no como una “enfermedad” con el fin de tomar distancia del reduccionismo biomédico, sin embargo, esto en la práctica no opera, pues el modelo de enfermedad es imperante en este campo. En términos reales, se concibe la adicción como una **enfermedad crónica**, es decir, existe una comprensión patologizante del consumo de drogas. Para el modelo

de comunidad el consumo de drogas siempre tendría como consecuencia el daño a sí mismo y a los demás.

Cabe hacer notar el peso que tiene y las consecuencias que acarrea, el decirle a un sujeto que su diagnóstico es una “enfermedad crónica”. Es de esperar que su reacción y la de su familia sea de una profunda desesperanza ante una realidad inexorable que lo condena a vivir una vida enfermo de un mal incurable. Es decir, la persona puede hacer un enorme esfuerzo por tratarse y recuperarse de esta enfermedad, sin embargo, sus logros serán frágiles y limitados, pues haga lo que haga, la enfermedad seguirá su curso. Incluso encontrándose abstinente por años, la droga lo acechará tras la esquina de costumbre o bien se ocultará en el saludo del antiguo amigo del barrio. No hay forma de escapar a sus encantos y poder, pues siempre será un enemigo frente al cual hay que mantenerse alerta y en guardia.

Se podría plantear que existe un doble discurso en el modelo de Comunidad Terapéutica, pues por una parte, se propone que la adicción sería un síntoma de un malestar más profundo y que el objetivo del tratamiento es el autoconocimiento y el crecimiento personal, pero por otra parte, se concibe la adicción como una enfermedad con un importante componente biológico. En este contexto, la posibilidad de pensar el malestar subjetivo se ve limitada por la explicación médica que universaliza las motivaciones del consumo. A continuación se expone la conceptualización neurobiológica de la adicción:

“Aunque las drogas adictivas presentan una gran diversidad molecular y actúan sobre diversos receptores y estructuras, existe un factor común a las mismas, que es la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica, crítica en el proceso de dependencia y adicción (...) Se cree que la vía mesolímbica dopaminérgica participa, fisiológicamente, en la creación de hábitos de conducta tras estímulos reforzadores naturales (comida, bebida, sexo). La adicción sería, por tanto, una perturbación crónica de esta vía inducida por la droga, y se crearía un hábito patológico cuyo fin es el consumo de la droga (estímulo reforzador aberrante)”
(Fernández-Espejo, 2002. P. 660).

Por tanto se entiende que la función de recompensa de la droga controlaría la conducta mediante intervenciones en los mismos mecanismos biológicos que explican el control de las conductas en el caso de la recompensa alimentaria o de la satisfacción sexual. La diferencia estriba en que el consumo de drogas prolongado generaría un fenómeno llamado *sensibilización dopaminérgica*, consistente en una transformación celular permanente. Este fenómeno no ocurriría en el caso de los reforzadores naturales y sería clave en el desarrollo de la dependencia de sustancias y la aparición del síndrome de abstinencia luego del cese del consumo (Fernández-Espejo, 2002).

Esta explicación estaría a la base de la dependencia de sustancias, independiente de las razones subjetivas del consumo. Sería algo que trasciende la voluntad y la posibilidad de decisión del consumidor. Esto daría lugar a la compulsión en el consumo, dejando al sujeto sin posibilidad de elegir.

Al analizar los supuestos que subyacen al modelo de trabajo de las Comunidades Terapéuticas, se constata cierta incongruencia entre lo planteado a nivel de discurso y lo que ocurre efectivamente en la práctica.

Cuando De León (2000) define la “perspectiva del trastorno” adictivo, recalca:

“la propia contribución del individuo a sus problemas en el pasado, y a las posibles soluciones en el presente y futuro (...) ellos son los responsables de sus acciones y decisiones, especialmente en todo aquello que respecta al consumo de drogas” (p. 68).

Como se puede observar, el autor enfatiza la responsabilidad y capacidad de decisión en las personas dependientes de sustancias, sin embargo, el dispositivo de Comunidad Terapéutica atribuye a la droga el poder de anular la voluntad del sujeto, aboliendo con ello la posibilidad de que éste decida y se responsabilice por sus actos.

Se produce, por tanto, una paradoja entre la responsabilidad atribuida al consumidor de sustancias y el excesivo poder asociado a la droga; como señala Del Solar (2008) “el objeto adquiere un estatuto de plaga, de virus, de elemento activo, vivo y poderoso que atrapa y deja sin salida al sujeto” (p. 127)

Resulta interesante destacar lo propuesto por De León (2000): “la recuperación es siempre responsabilidad del individuo, sin importar la etiología del abuso de sustancias” (p.68), pensando en el modelo de enfermedad y los factores biológicos a la base de la dependencia de sustancias. Se retomará este punto en el apartado sobre la cura.

5.4.3. El Adicto

Desde la perspectiva de Goti (1997) existirían rasgos comunes en todos los drogadictos:

“¿cómo se presenta el drogadicto en una C.T.? Viene huyendo, sucio, desaliñado, culpabilizado, golpeado, cansado. Ya ha pasado por varios tratamientos, clínicas, hospitales de día. En todos ellos fracasó (...) se siente inútil y fracasado. No terminó nada de lo que emprendió. Su autovaloración es nula: fracasos escolares, laborales, peleas familiares, choques con la autoridad, con la ley...” (p.26).

Nótese el énfasis en la noción de “fracaso”, se trataría de personas que han fracasado en todos los proyectos que han emprendido en sus vidas. Alude a sujetos con un sentimiento de inutilidad, que no se valoran a sí mismos, se sienten culpables y están cansados de la vida que llevan. Es así como la autora concibe al adicto, a *todo* adicto que recurre a una comunidad para tratarse.

Las Comunidades Terapéuticas incluyen a todos los consumidores de drogas bajo una misma etiqueta: “adictos” o “drogodependientes”, pues parten del supuesto de que las personas, sólo por el hecho de consumir un cierto tipo de sustancias, compartirían un conjunto de problemas específico, una relación con los objetos particular y ciertas formas de subjetivación comunes (Del Solar, 2008).

La perspectiva del adicto y del consumo que tiene la Comunidad Terapéutica es de “gravedad”, tendiendo a vincular dicho consumo con delincuencia y patologías severas, concebidas como “límitrofes”, “trastornos de personalidad”, “sociopatías”, “perversiones”, entre otras, siempre en un marco de severidad y dificultad para el abordaje terapéutico.

5.4.3.1. El Adicto: Persona Trastornada

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el núcleo del trastorno adictivo es la persona y no la droga. A pesar de las diferencias que pueden existir entre los residentes de la comunidad, todos compartirían estos rasgos de la “persona trastornada” (De León, 2000). Con el concepto de “persona trastornada” se alude a trastornos a nivel cognitivo, conductual, emocional y, principalmente, valórico.

Surge la pregunta en torno a la noción de “persona trastornada”, es decir, si se trata de una persona “trastornada por la droga” o “trastornada desde antes y por eso llega a consumir drogas”. De León (2000) señala al respecto que la persona trastornada sería tanto causa, como consecuencia de una implicación grave en el mundo de la droga. Incluso se habla de “personalidad adictiva” asociada a la predisposición física y psicológica a consumir drogas.

Como se planteó en el capítulo anterior, De León (2000) propone que los pacientes drogodependientes presentan una serie de déficits a nivel cognitivo: falta de conciencia explícita en la incapacidad para evaluar las consecuencias de sus actos, falta de juicio manifiesta en un insuficiente control de impulsos y la incapacidad para postergar la gratificación, falta de introspección evidente en la desconexión ideoafectiva, falta de habilidades cognitivas, educativas o laborales, y una pobre evaluación de la realidad, que tiene que ver con la distorsión en la percepción de sí mismos, de los demás y de las circunstancias que los rodean, distorsión que buscaría adaptar la realidad a sus propios deseos e intereses.

Se asume que las personas que consumen drogas tienen una autoestima disminuida ya sea por el consumo de drogas y el daño generado a partir de éste, o bien como un estado previo que los predispuso a consumir drogas como un paliativo.

Tendrían una identidad negativa como consecuencia de su historia de consumo de drogas y también a raíz de una infancia problemática. También se les atribuye una importante intolerancia a la incomodidad, sentimientos de frustración, ira y hostilidad,

disforia o indolencia, dificultad para manejar sus emociones y una tendencia al aburrimiento.

En este marco comprensivo, el uso de drogas sería:

“origen y manifestación de la desadaptación del sujeto a su entorno social. El uso de sustancias y las experiencias vinculadas a ello se transforman en una historia oscura que debe ser borrada o al menos corregida; parte de un pasado que sería mejor no recordar pero que será parte esencial de la construcción de una posible imagen o identidad futura (la de “ex adicto”) (Echeverría, 2004)

5.4.3.2. El Adicto: un Enfermo

El concebir al consumidor de sustancias como un enfermo lo desresponsabiliza, en cierto modo, dado que sería “víctima” de un padecimiento que está más allá de su posibilidad de decidir; la enfermedad vuelve pasivo a quien la sufre.

Al hablar de circuito de recompensa, se entiende que al consumir una sustancia se generan una serie de cambios a nivel neurobiológico que impulsan al sujeto a seguir consumiendo sin posibilidad de detenerse. Se habla de “prenderse” y en esto radica la importancia de la abstinencia total.

Se considera que las decisiones y raciocinios del consumidor respecto de su situación serían errados, pues se encuentra “enfermo”, por tanto, es imprescindible que sean otros quienes se hagan responsables por las decisiones del paciente. Es así como se exige la presencia de un apoderado que acompañe a la persona durante todo su proceso.

Cuando se piensa en un enfermo se piensa en “sanarlo” más que ayudarlo a recuperarse por sí mismo, surgiendo así el *furor curandis*.

5.4.3.3. El Adicto: un Inmoral o Pecador

Las personas que han desarrollado una adicción y buscan ayuda en una Comunidad Terapéutica, se enfrentan a un sistema normativo y valórico estricto que tiene como objetivo inculcar en el residente una escala valórica básica para la vida. Se asume que el adicto ha perdido valores o bien nunca los aprendió. Valores como la humildad, honestidad, responsabilidad y el respeto son considerados fundamentales para la recuperación y la vida en sociedad.

Desde el punto de vista social, se piensa que los adictos tendrían un sentido del deber deteriorado, serían incoherentes en su actuar, irresponsables, mentirosos y manipuladores.

Si bien el concepto de “pecado” no se emplea de manera explícita en las Comunidades Terapéuticas, a excepción de las comunidades cristianas, se puede entrever en el lenguaje utilizado por los terapeutas y aprendido por los mismos residentes cuando se les pide que se “limpien” a sí mismos o “limpien” a sus compañeros de las faltas cometidas, resultando evidente la alusión implícita a “límpiase pecador”.

5.4.3.4. El Adicto: un Delincuente

Al observar que algunos consumidores de drogas han incurrido en actividades delictivas y/o ilegales asociadas al consumo de drogas, como la explotación, el abuso, la violencia u otra manifestación de sociopatía, se asume que sentirían rechazo hacia la sociedad o existiría en ellos una ausencia de valores prosociales.

Se piensa en el adicto como un individuo irresponsable, desordenado, con un estilo de vida caótico. Es así como se tiende a pensar en todos los consumidores de sustancias como “sujetos marginados, empobrecidos, cesantes, presos o inhabilitados física y moralmente” (Del Solar, 2008).

Esta percepción del consumidor de sustancias se puede traducir en un trato autoritario e incluso violento en algunos casos, al modo de un funcionamiento carcelario. Recuérdesse como ejemplo el modelo de Comunidad Terapéutica dominicano.

Otra característica atribuida a los consumidores de sustancias, es el ser “insensibles” al dolor propio y ajeno, producto de su personalidad, pero principalmente, a raíz del consumo de sustancias y los cambios a nivel neurobiológico que éste genera. Un ejemplo de esta consideración es lo propuesto por Goti (1997), quien plantea una clara diferenciación entre el “drogadicto” y el “neurótico”, para explicar porqué un tratamiento tradicional no serviría con los pacientes adictos:

“¿cuál es la diferencia con el neurótico? Este también a veces está casi paralizado, aislado, inmovilizado y su relación con la realidad también es deficitaria. Básicamente que el neurótico siente. No tolera sus sentimientos, pero siente. Y al sentir, busca ayuda ¡Que diferente del adicto encerrado en su bunker que le garantiza no sentir!” (p.31).

Nótese como la autora asume que el paciente que desarrolla una adicción no siente. Esta particular forma de percibir al adicto lo sitúa al margen de la neurosis y de la posibilidad de tratarse en un programa tradicional. Quedaría, por tanto, confinado a organizaciones de personalidad denominadas “límitrofes”, “perversas” e incluso “psicóticas” (como si personas con dichas organizaciones de personalidad no sintieran).

Si bien la perspectiva de la autora puede resultar algo laxa y poco rigurosa teóricamente al referirse a una organización de personalidad específica, resulta importante destacar su apreciación dado que es una de las principales exponentes en el campo de las Comunidades Terapéuticas en América Latina. .

En síntesis, el “adicto” es concebido como un enfermo, pero también es conceptualizado como alguien inmoral o pecador, e incluso como un delincuente; de

ello se desprenden todas las otras “fallas” como irresponsabilidad, inconstancia, soberbia, indolencia, deshonestidad, etc.

Es interesante la coexistencia de ciertas teorías que pudiesen ser consideradas contradictorias en el modelo de Comunidad Terapéutica. Las diferentes perspectivas respecto del adicto, atribuyen distintos grados de responsabilidad al consumidor respecto de su consumo de sustancias. Claramente no es lo mismo pensar el adicto como un enfermo que no es culpable de lo que le ocurre, que concebir al consumidor como un pecador, totalmente culpable de su actuar, cercano a la visión del adicto como un delincuente.

El concepto de “persona trastornada” intenta tomar distancia de la noción de “enfermo”, propia del modelo médico. Se propone con ello minimizar la importancia de los factores biológicos en el desarrollo de la adicción a sustancias, sin embargo, el tratamiento en comunidad exige como prerrequisito la abstinencia de sustancias dado que el consumo de drogas alteraría el comportamiento de la persona hasta un punto que le impide actuar con libertad y responsabilidad, al operar por sí mismo el circuito de recompensa.

Luego de haber analizado los supuestos a la base de la droga, la adicción y el adicto, se expondrán algunas de las teorías implícitas en la noción de cura y recuperación de la adicción, desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica.

5.4.4. La Cura

En general las Comunidades Terapéuticas que trabajan con un modelo de enfermedad de base, consideran que la cura o recuperación total de la adicción es imposible, al concebirla como una enfermedad crónica de carácter recidivante; por tanto, el adicto seguirá siéndolo durante toda su vida, aunque nunca más vuelva a consumir la sustancia. Entonces,

¿cómo entender la cura de esta enfermedad incurable?

Existe un pre-requisito considerado imprescindible por la mayoría de Comunidades Terapéuticas, para hablar de cura: se trata de la abstinencia total de sustancias. Luego de cumplir este criterio, se plantea la recuperación en términos de un cambio total en la personalidad y el estilo de vida, los cuales serían atravesados por una nueva escala valórica.

Es así como quienes se integran a dichos programas:

“se enfrentan con una oferta donde la sanación significa, llevada a su máxima expresión, una anulación total de su ser anterior y a partir de una identificación negativa poder reconstruir su identidad y nueva posibilidad de relacionarse con el mundo” (Ochoa, 2001:8. En Echeverría, 2004)

La recuperación incluye la modificación del estilo de vida y de la identidad del drogodependiente y se entiende que la única posibilidad de que esto ocurra, es a partir de la abstinencia total de sustancias, tanto legales, como ilegales; independiente de si se trata de sustancias de abuso u otra que no constituya un problema para el sujeto.

Para alcanzar este objetivo, es decir, para hablar de cura, resulta necesario especificar algunos elementos característicos del tratamiento en Comunidad Terapéutica. A continuación se expondrán los considerados como más importantes:

5.4.4.1. Centralidad del objeto droga en el tratamiento

El tratamiento en Comunidad Terapéutica gira en torno a la droga como objeto central de interés más allá de diferenciar las particulares formas de relación del sujeto con las distintas sustancias. Un programa de tratamiento residencial puede acoger a personas con diversos patrones de consumo siendo parte de una misma modalidad terapéutica, sólo por el hecho de consumir una droga y cumplir criterios para dependencia de la sustancia.

Como plantea Del Solar (2008):

“Dentro del grupo de gente que compartiría estas características se incluyen, de una manera general y totalmente irreflexiva, a personas que consumen todo tipo de drogas (por lo general ilegales), duras y blandas, con una frecuencia altamente variable, personas que desde ciertos criterios pueden calificarse de adictas, consumidoras excesivas u ocasionales. Se incluye a gente que presenta problemas sociales, psicológicos y médicos de diversa gravedad (incluso en ocasiones más bien inexistentes), y cuya relación con el consumo es diversa. Por lo general, no se hacen distinciones en cuanto a la estructura psíquica del paciente, y menos respecto de la interacción de ésta (la estructura) con la sustancia. La duración del consumo, su intensidad y la relación psíquica con el objeto se subsumen en un gran y mismo subconjunto” (p.118).

Si bien el discurso de la Comunidad Terapéutica es que el problema es la persona y no la droga, el tratamiento muestra una tendencia a recalcar las consecuencias negativas que trajo el consumo de drogas, con la alteración consecuente de la personalidad y la vida del consumidor; esto en vez de centrarse en la persona y su malestar subjetivo. Por tanto, el malestar es uniforme y radica en el consumo de drogas y sus consecuencias, no hay más que buscar.

Al respecto, Del Solar (2008) agrega:

“Lo interesante es que este gesto de agrupamiento se hace en función única y exclusivamente de la presencia -presencia que además es en extremo variada- de

un tipo de sustancia, como si también pudiera recortarse un área de afinidad natural entre tales objetos. Como si tales personas tuvieran mucho más cercanía entre sí por su relación común con tal objeto, que, por ejemplo, por compartir una cierta estructura psíquica. Así por ejemplo, un obsesivo consumidor ocasional de marihuana quedará homogeneizado dentro de un mismo marco teórico y dentro de un mismo aparataje clínico que un psicótico consumidor de cocaína, que una mujer dueña de casa dependiente por años del consumo de benzodiazepinas y que un joven que ingiere cocaína en forma ocasional y siempre asociado a su grupo de amigos” (p.119).

El tratamiento termina replicando la misma lógica de la adicción, al centrar toda su atención en la droga en sí misma. Todas las intervenciones se orientan a generar conciencia en los pacientes de lo negativo que ha sido en su vida el consumo de la sustancia en términos personales, familiares y sociales.

Cuando el consumo de drogas pasa de ser un elemento entre otros en la vida de un sujeto a convertirse en “el elemento” en torno del cual gira su existencia, hablamos de una adicción; el tratamiento, por su parte, actúa de la misma forma. Tanto la perspectiva que apunta hacia la abstinencia total, como el planteamiento de la posible reducción de daños, se traducen en lo mismo, en una solidificación de la adicción, pues el discurso sobre la sustancia a “erradicar” es el mismo.

5.4.4.2. Impotencia del sujeto frente a la droga

El individuo que desarrolla una adicción y busca tratamiento se considera impotente frente a la sustancia y la posibilidad de dejarla, dejando su recuperación en manos de otro, de quien espera le enseñe cómo debe vivir la vida sin drogas.

Desde el Grupo de Oxford, pasando por Alcohólicos Anónimos y llegando a las Comunidades Terapéuticas de la actualidad, se espera que un Ser Superior, ayude a liberar al sujeto de la “prisión” que constituye la adicción a sustancias. En la actualidad, este poder superior es atribuido a los Terapeutas, quienes en el lugar del saber, ayudarán al paciente a cambiar y controlar sus impulsos “irrefrenables”; sin embargo,

esto constituye una paradoja, pues la impotencia no sólo está de parte del consumidor, también el terapeuta se enfrenta a un objeto omnipotente: la droga.

5.4.4.3. Imperativo de curar

Al concebir la adicción como una enfermedad, surge un imperativo en el equipo terapéutico por curar al enfermo de su padecimiento, sanarlo utilizando todos los medios posibles.

Como plantea Del Solar (2008) aparece un mandato, un imperativo de curar, pero curar de aquello ante lo cual el sujeto y el tratante son impotentes. El objeto droga se yergue como todopoderoso y produce el *furor curandis*. El rótulo de enfermedad y la pasivización consiguiente tienen directa relación con este imperativo irreflexivo.

5.4.4.4. Estilo persecutorio del tratamiento

El dispositivo terapéutico tiene un sesgo bastante persecutorio, pues parte de la base de que el adicto hará todo lo posible por seguir consumiendo y que, de ser así, lo ocultará irrestrictamente. El terapeuta, por su parte, deseante de curar, debe desconfiar y estar alerta a los mínimos signos de consumo y, en general, no creerle a su paciente, pues, de lo contrario, estaría siendo ingenuo o negligente.

Lo mencionado claramente restringe la posibilidad de asociación del paciente y limita, a su vez, la relación terapéutica y la posibilidad de escuchar, pues más que explorar en la relación idiosincrática que establece el sujeto con la droga, se obtura la posibilidad de pensar al respecto y elaborar una posición propia respecto a su consumo.

Como afirma Del Solar (2008) “ahí donde alguien es perseguido, no puede sino que escapar, aunque no sepa bien de qué” (p.113).

El dispositivo de Comunidad Terapéutica incluye estrategias para pesquisar los deseos de consumo y prevenir recaídas (pruebas de orina, chaperones que vigilan al paciente,

terapias grupales cuyo objetivo es penalizar moral y psíquicamente a quienes siquiera piensen en consumir). Existe desconfianza hacia los pacientes por ser considerados mentirosos y manipuladores.

5.4.4.5. El Porqué de la Abstinencia

Si bien se entiende la recuperación como un proceso de crecimiento personal, se considera la abstinencia de la sustancia como un pre-requisito para dicho desarrollo. El programa de tratamiento, por tanto, aspirará y buscará la abstinencia total como requisito, medio y fin del proceso terapéutico.

Como se explicitó anteriormente, la adicción se entiende como una enfermedad, por los cambios a nivel celular generados por el consumo crónico de ciertas sustancias; este cambio estimularía al sujeto a seguir consumiendo dichas sustancias, independiente de su voluntad, por tanto, no existiría espacio para la decisión. Esta explicación biológica cuenta con bastante aprobación en el campo del tratamiento de adicciones, aunque es bastante reduccionista y no es capaz de explicar una serie de casos en los que las personas logran disminuir su consumo luego de haber ingerido importantes cantidades en otras épocas de su vida.

En el modelo de Comunidad Terapéutica se considera inviable un tratamiento donde el paciente elija si quiere hacer algo con su consumo, por ejemplo dejar una droga y otra no. Por tanto, los criterios de mejoría o eficacia del tratamiento, estarían asociados a la abstinencia total de sustancias.

El modelo de comunidad señala que la recaída es una oportunidad de aprendizaje, sin embargo, esto constituye una evidente contradicción, pues se despliegan todos los recursos terapéuticos disponibles para evitar que esto ocurra; entonces ¿se pierde una posibilidad de aprender?

5.4.4.6. Identificación a la Condición de Enfermo

Las Comunidades Terapéuticas en general giran en torno al concepto de enfermedad y uno de sus objetivos es la aceptación de tal condición. Se entiende como una enfermedad crónica recidivante, por tanto, no hay cura posible (por los factores biológicos de base ligados al funcionamiento del circuito de recompensa). La meta del tratamiento es la abstinencia total, pero se seguirá siendo adicto por toda la vida.

La línea central del trabajo terapéutico es que la persona reconozca su condición de enfermo. Se parte de la base que el consumidor es un enfermo que no reconoce su enfermedad, por tanto, hay que conducirlo a tomar conciencia de su estado.

Uno de los objetivos del tratamiento es la identificación con esta condición de enfermo crónico, esto dado que el adicto lo sería incluso después de haber abandonado por completo el consumo; “se es adicto/enfermo para siempre, independientemente de la presencia o ausencia de la droga” (Del Solar, 2008, p. 127).

5.4.4.7. Rol del Ex – Adicto en la Terapéutica

Sí bien existe un discurso de valoración del aporte profesional, en términos reales, el trabajo terapéutico es guiado, en su mayor parte, por ex – adictos, dado que son validados desde sí mismos y desde los equipos terapéuticos, como quienes realmente *saben* sobre la adicción, sus consecuencias y la forma de recuperación al respecto.

Los ex - adictos, ahora terapeutas, hablan por los pacientes y desean por ellos. Este es otro elemento que refuerza la pasivización del adicto frente a su consumo y a su vida en general. Existen discursos en que el “ex - adicto” entrega su testimonio y “enseña” cómo vivir “con la enfermedad”.

El principal objetivo del tratamiento es la transformación de estilos de vida e identidades personales, en base a la identificación con el modelo del terapeuta rehabilitado.

“El testimonio del adicto - o del ex adicto – es central en el tratamiento y la recuperación, se trata de aquel relato público y detallado de las vicisitudes de sus intoxicaciones, de sus proyectos malogrados, de su familia destruida, de su sexualidad pervertida, de su indolencia y egoísmo. Mientras se cree que ese testimonio poseería una función liberadora, fundamentalmente para quien lo porta, en realidad, más que disolver aquello que se dice y evaporar lo que se confiesa, lo implanta y solidifica” (Fleischer, 2010).

Se define qué es lo correcto o incorrecto, adaptativo o desadaptativo, desde fuera del sujeto. La definición es formulada por el “experto” en adicciones, el que “sabe”, es decir, por el ex – adicto. El terapeuta puede actuar de cualquier forma, cometer errores, pero su investidura lo sitúa en un lugar de poder, que genera las condiciones, incluso, para abusar de este poder.

5.4.4.8. Importancia de la Autoayuda

El núcleo del tratamiento en Comunidad Terapéutica es la Autoayuda. Se parte de la base que el haber vivido la experiencia es la condición necesaria, e incluso suficiente, para ayudar a otros con un problema adictivo, entendido como “el mismo problema”; es decir, existe escaso espacio para la variación subjetiva, pues el grupo se encarga de unificar y homogeneizar las experiencias.

Si un paciente define su problema desde una concepción personal, sus compañeros le harán ver su “equivocación” llevándolo a definir su conflictiva con términos y parámetros comunes a todos los demás. Los problemas serán definidos en general como incapacidad para controlar los impulsos o impulsividad, estilo de vinculación manipulador o victimista, irresponsabilidad u otra debilidad moral.

El reconocimiento en las experiencias de los demás a modo de espejo es clave en el proceso terapéutico en comunidad, sirviendo también a la identificación con la condición de enfermo.

5.4.4.9. Homogeneidad del Tratamiento

Se puede ver que las Comunidades Terapéuticas atienden a personas sobre las cuales “ya saben”, no hay espacio para el descubrimiento de lo subjetivo, pues se sabe a priori cómo son “todos los adictos”. Trabajan, por tanto, en base a una idea predefinida acerca de ellos.

No hay mucho espacio para la diferenciación, se espera que todos los pacientes egresen pensando de forma similar, con los mismos valores y estilo de vida; es decir, el tratamiento es homogéneo.

Estos supuestos implícitos se traducen en tratamientos con las siguientes características: formato obligatorio, muchas veces internaciones largas, medicamentos a fin de anular el deseo de consumo e impedir las posibles recaídas (que pudieran contribuir al trabajo terapéutico), actitudes punitivas frente a deseos o episodios de consumo, etc. El formato de la mayoría de Comunidades Terapéuticas en Chile es de internación, dado que se asume que las personas no quieren o no pueden dejar el consumo.

5.4.4.10. Tratamiento Moral

Como se pudo constatar en el recorrido histórico por el desarrollo del Modelo de Comunidades Terapéuticas, la vertiente religiosa y moralista ha prevalecido por sobre la perspectiva médica – psiquiátrica, especialmente en América Latina.

Incluso en la Era Pre-Cristiana, cuando se hablaba de curar “enfermedades del alma” se aludía al control de “placeres y apetitos”, “desenfrenos y locura”, “pasiones y vicios” por medio de ciertas formas de implicación en la comunidad. Se desprende de ello una visión moralista, cuya estrategia de sanación apuntaba a curar males que trascendían las competencias de la medicina tradicional.

Es en la Era Cristiana el período en que surge una práctica clave en lo que será el modelo de Comunidad Terapéutica, la “exomologesis” o reconocimiento de sí mismo

como pecador y confesión abierta de dicho reconocimiento. Este ejercicio lleva al penitente, en este caso la persona adicta, a “humillarse y sumergirse en el íntimo dolor de las culpas, y con fervorosos deseos de expiarlas, repasando su memoria con amargura y sentimiento...”. Porque el adicto es considerado “culpable” de una serie de males personales, familiares e incluso sociales; por tanto, el primer paso será asumir su culpa, tomar conciencia del daño ocasionado y luego reparar, en la medida de lo posible, dicho daño.

Ya en el Grupo de Oxford se hablaba de “erosión espiritual” en el caso de personas consumidoras de alcohol y drogas, se requería por tanto de un “rearme moral” para superar la vida de vicios y decadencia. Su trabajo era atravesado por los valores evangélicos de honestidad, altruismo, pureza y amor. Buscaba ayudar al reconocimiento de los pecados, restitución de todos quienes fueron dañados o perjudicados, junto con promover la entrega de la propia vida a la dirección de Dios.

Al observar los pasos propuestos por Alcohólicos Anónimos en el camino de la recuperación, se puede constatar el énfasis en la autoevaluación moral, reconocimiento de los propios defectos y la importancia atribuida a un Poder Superior (no necesariamente el Dios Cristiano) en la liberación de los pecados.

Uno de los fundadores de Daytop Village es un sacerdote católico, quien imprime un sello cristiano en el tratamiento de los adictos, así también Proyecto Hombre en Italia, tiene una impronta religiosa, por tanto, el tratamiento es fundamentalmente moral, con énfasis en la educación o “re-educación” valórica.

En Chile, el origen de la mayoría de Comunidades Terapéuticas se encuentra en las Iglesias Católica y Evangélica, por tanto, la visión del adicto como un pecador que busca redención se mantiene.

Los residentes de la comunidad se tratan entre sí como “hermanos”, si bien este concepto tiene que ver con sentirse parte de una “familia” en la comunidad, también tiene una segunda lectura ligada a la vertiente cristiana, fuente de esta modalidad de tratamiento.

El tratamiento en Comunidad Terapéutica busca generar un cambio profundo en los valores del residente, a través de sanciones, críticas o refuerzos positivos. Se persigue que el paciente tome conciencia del daño ocasionado, es decir, se da por hecho que él ha dañado.

Todo gira en torno a lo considerado “correcto” o “incorrecto”, “bueno” o “malo”. Para la comunidad, el adicto ha actuado “mal”, ha hecho daño, ha transgredido normas y valores sociales. Se exige a los residentes desarrollar la humildad como valor fundamental, asumiendo castigos y sanciones que, en ocasiones, pudieran ser arbitrarias; es decir, la humildad puede llegar a confundirse con el sometimiento.

Como parte del tratamiento, los usuarios deben alejarse de sus amigos, dado que serían “amistades negativas”, sólo por el hecho de consumir drogas y/o alcohol; se piensa que constituyen un factor de riesgo de recaída muy elevado. Por tanto, se desconsidera la posibilidad de que el sujeto haya construido vínculos significativos con ellos, más allá de tener en común el consumo drogas.

Frente a este sujeto carente de valores o inmoral, cuya palabra nada vale pues todo su discurso está construido para manipular “sólo cabría una especie de cruzada moral/curativa. Ahí, por supuesto, que no parece haber espacio para la palabra de un sujeto que pueda pensar sobre su adicción y, menos aún, decidir sobre ella” (Del Solar, 2008, p.126).

5.4.4.11. Programa Terapéutico-Educativo

El Programa de Tratamiento en Comunidad es definido como Terapéutico-Educativo. Se entiende por terapéutico el efecto curativo y rehabilitador de la “enfermedad adictiva”, tanto en términos personales, como familiares; lo educativo tiene que ver con la posibilidad de aprender o “re-aprender” valores, hábitos, rutinas y roles, adaptativos para la comunidad primero y la sociedad, después. Por tanto, el sistema de comunidad constituye un mecanismo de control social.

Se realizan seminarios en que se les enseña cómo son y qué características tienen los *adictos*, así como también cómo deben llegar a ser en sus distintos roles (padre, esposo, trabajador, etc.)

El tratamiento es definido como una re-habilitación, es decir, el sujeto estaría “inhabilitado” para la vida y, por tanto, tendría que volver a aprender un modo de ser logrado en algún momento, pero que ha perdido. En otros casos, la recuperación se entiende como la “habilitación”, es decir, personas que nunca han desarrollado la “habilidad” para vivir la vida y, por tanto, requieren aprender los valores y habilidades básicas para vivir en sociedad saludablemente sin sustancias.

5.4.4.12. Búsqueda de la “Vida Correcta”

Se entiende la rehabilitación como el restablecimiento de la capacidad para mantener una vida saludable y desarrollar un estilo de vida “positivo” o una “vida correcta”, al margen de la droga..

Lo “correcto” es definido por el equipo terapéutico del programa de tratamiento particular, pero en términos generales se entiende “vida correcta” como una vida ordenada, en sobriedad, con valores como: amor responsable, honestidad, respeto, humildad y solidaridad; además de valores trascendentes ligados a algún credo espiritual y/o religioso.

Se espera que el usuario, luego de realizar el tratamiento, sea capaz de reinsertarse adecuadamente al entorno, trabajar y ajustarse a las normas sociales. El énfasis es puesto principalmente en la reinsertión familiar, espacio donde se podrá evaluar el despliegue valórico del sujeto, a partir de la observación de sus seres queridos.

6. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DE LAS ADICCIONES Y TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANÍAS

6.1. Freud y las drogas

6.1.1. Antecedentes: Freud y la cocaína

A Freud no le era ajeno el tema de las drogas; en efecto, la cocaína fue un objeto que acaparó en gran medida su atención en el período previo al surgimiento del psicoanálisis. Él deseaba desarrollar un trabajo innovador y sobresaliente que le permitiera alcanzar notoriedad y mejorar sus ingresos económicos para formar y consolidar su familia junto a Martha Bernays.

Es en este marco de cosas que Freud comienza a investigar en la historia y efectos de la cocaína, sustancia poco estudiada hasta ese momento. Para ello recurre a revistas médicas norteamericanas y europeas en que aparecían algunos artículos al respecto, poniendo especial atención en los escritos de Aschenbrandt y Bentley.

El año 1883 el doctor Theodor Aschenbrandt de Würzburg, realiza una serie de observaciones clínicas en soldados de una compañía de artillería de Baviera y descubre los efectos que tienen las hojas de coca en el sistema nervioso, entre ellos, una sensación de mayor capacidad mental, entusiasmo, fuerza motriz, agilidad, disminución del hambre y la sed; todos estos efectos permitieron a dichos hombres soportar el cansancio y mejorar su rendimiento.

Por su parte, W. H. Bentley escribe en 1884 un artículo llamado: *“La coca erythoxylon en los hábitos del opio y del alcohol”*, en el cual propone que la coca tomada en dosis adecuadas permitiría acabar con la adicción al alcohol y el opio, dado que la coca produciría elevados sentimientos de exaltación mental, cercano al éxtasis logrado con dichas sustancias, desvaneciéndose en pocas horas dejando una sensación de serenidad y no la depresión propia de la abstinencia del alcohol y el opio; por tanto, propone reemplazar el uso de estas últimas con la coca.

El interés de Freud sobre la cocaína se puede constatar en sus trabajos científicos sobre la sustancia y también en las referencias que realizaba en las cartas a su novia Martha Bernays respecto al tema. Dentro de los estudios sobre la cocaína que realiza Freud como docente adscrito, cabe destacar: *“Sobre la coca”* (1884), *“Contribución al conocimiento de los efectos de la coca”* (1885) y *“Puntualizaciones sobre cocainomanía y cocainofobia”* (1887a).

El primer artículo escrito por Freud sobre la sustancia es *Über coca* (Sobre la coca), descrito por su hija Anna Freud como un *apasionado artículo* en que entrega al lector una amplia cantidad de antecedentes acerca de la historia del uso de la sustancia en Sudamérica, su exportación a Europa, sus efectos sobre los animales y las personas, y sus diversas aplicaciones terapéuticas. Freud está a favor del uso de la cocaína, mostrando un gran entusiasmo al alabar sus efectos. Como ejemplo de ello, cabe destacar la siguiente cita:

“durante esta fase de los efectos de la cocaína (...) aparecen los síntomas que han sido generalmente descritos como el maravilloso poder estimulante de la coca (...) es posible realizar prolongados trabajos intensos, tanto mentales como físicos, sin sentir fatiga (...) se tiene la clara sensación de que la comida es innecesaria (...) no se puede dormir, pero el hecho no resulta molesto en modo alguno” (Freud, 1884, en Byck, 1980, p.106).

Freud señala que los primeros europeos que conocieron este “tesoro de la población india” (p.109) recomendaron sin reservas la sustancia y, desde su perspectiva, el fracaso de la coca en Europa habría sido inmerecido, dado que las “pruebas que hablan a favor de la utilización de la coca han sido confirmadas más allá de toda posible duda, y otras merecen como mínimo ser objeto de una investigación sin prejuicios” (p.110).

Algunas de las aplicaciones terapéuticas defendidas por Freud incluyen la coca como estimulante e incluso como antidepresivo. La considera útil para la debilidad psíquica propia de la histeria, hipocondría e inhibición melancólica. También observa su utilidad en trastornos digestivos por las propiedades anestésicas de la sustancia, además

propone la coca como anestésico local y para tratar la caquexia y el asma. Recoge de Bentley la idea de utilizar la cocaína para tratar la morfinomanía y el alcoholismo como sustancia de reemplazo.

Freud considera tan beneficiosa la cocaína que comienza a consumirla él mismo regularmente, al considerarla un método eficaz para enfrentar el malestar. Cabe destacar al respecto lo que plantea en algunas de las cartas a su novia, entre ellas, la carta del 2/06/84 en que le dice: "Y si te muestras indócil, ya verás quién de nosotros dos es el más fuerte, si la dulce niña que no come suficientemente o el gran señor fogoso que tiene cocaína en el cuerpo". Otra función atribuida a la sustancia sería la desinhibición, señala: "...un poco de cocaína para desatarme la lengua...", por el embarazo que preveía ante la presencia de Charcot al ser invitado a su casa.

En "*Contribución al conocimiento de los efectos de la cocaína*" (1885), no hace una descripción subjetiva de los efectos de la sustancia, sino que utiliza instrumentos científicos - dinamómetro y neuroamebímetro - para dimensionar objetivamente los efectos de ésta, destacando el aumento de la fuerza motora durante la euforia provocada por el consumo de cocaína. Si bien estos estudios pueden ser criticados por posibles imprecisiones asociadas al hecho de que Freud analizaba los efectos de la sustancia en sí mismo, resulta destacable el esfuerzo científico por describir los efectos de la droga en el organismo a través de mediciones objetivas.

El trabajo de Freud se entiende en un contexto histórico y social que aún no rechazaba la cocaína como se produce en el período actual y, por el contrario, existían dos industrias farmacéuticas que promovían distintos preparados de cocaína, los laboratorios Parke Davis y Merck. En efecto, durante un tiempo no menor, la cocaína fue utilizada en distintos productos de consumo masivo, entre ellos la coca cola; esta bebida deja de tener como ingrediente a la cocaína recién en 1903.

En "*Puntualizaciones sobre cacainomanía y cocainofobia*" (1887a) se abre a la posibilidad de pensar en los riesgos de la cocaína, al asumir que sí es capaz de generar adicción, pero sólo en aquellos adictos a morfina.

Otro artículo de importancia es *"Anhelos y temor de la cocaína"* (1887b) en que Freud reitera que el empleo de cocaína para aliviar la abstinencia de morfina genera el abuso de aquella. Freud es enfático en este artículo en señalar que tal adicción de cocaína sólo se produciría en adictos a otras drogas (como la morfina) y no sería imputable a la cocaína misma.

Freud abandona sus estudios sobre la cocaína luego de la decepción sufrida cuando Carl Koller descubre la anestesia local aplicando cocaína en el ojo de ranas y luego de seres humanos; esto dado que había sido el mismo Freud quien recomendó a su amigo oftalmólogo, el Dr. Königstein, investigar en las posibles aplicaciones de la cocaína en su especialidad, durante un período en que él se encontraría con su novia Martha. Al regreso de sus vacaciones Freud se entera de que es Koller, a quien también había comunicado sus descubrimientos, quien realiza una exposición en el Congreso de Oftalmología de Heidelberg, que lo lleva a ser considerado el descubridor de la anestesia local.

Otra situación que motiva a Freud a dejar de investigar sobre la cocaína y, por sobre todo, lo hace detenerse en su defensa y recomendación de la sustancia, es el grave daño que produjo a su amigo Ernst von Fleischl-Marxow, cuando se la recomendó para tratar su adicción a morfina, produciendo en éste una adicción severa a cocaína.

Jean Allouch (citado en Fleischer, 2010) destaca la posición privilegiada que habría tenido la cocaína en la temprana obra de Freud, antes de crear el psicoanálisis. El primer capítulo de su libro *"Letra por letra"*, lleva por título *"Freud coquero"*. No es el hecho de que Freud se autodenomine cocainómano ni que exprese que consumía esta sustancia con mayor o menor frecuencia lo que conduce a Allouch a considerarlo como tal, más bien se trata de una regularidad observada en sus escritos lo que lleva al autor a inferir una posición de enunciación, que desembocaría en dicho diagnóstico. Pero así como es por los escritos de Freud que Allouch llega a esta consideración, es también por ellos que se puede constatar como la cocaína va perdiendo para Freud su valor de privilegiado objeto de satisfacción, aun cuando mantiene el consumo de la sustancia durante más tiempo (por lo menos hasta 1895 en que escribe el Sueño sobre la inyección de Irma).

Como el mismo Freud ha señalado en las cartas a su novia, lo que él buscaba era hacer un gran descubrimiento científico que le permitiera llevar una vida cómoda y satisfactoria en términos económicos y, por tanto, sus trabajos sobre la cocaína tenían dicho fin.

Allouch define el texto *Über Coca* como una mezcla de una presentación con rigor universitario y una creencia ciega en la acción mágica del objeto, para el autor es el doble interés de Freud por la cocaína - personal y médico - el que explicaría su posición de adicto. El interés personal de Freud por dicha droga, se percibe en el entusiasmo, euforia e ilusión en sus poderes resolutivos para todo mal que lo aqueje, es decir, una panacea universal.

Siegfried Bernfeld en su texto *"Los estudios de Freud sobre la cocaína"* (1953) sostiene que en *"Über Coca"*, el autor deja traslucir una actitud de ternura y deseos de protección hacia la cocaína, lo cual no impide que, si bien se trata de un informe objetivo, aparezca cargado de "una corriente subterránea muy persuasiva". En prueba de esto, Bernfeld señala que allí donde Freud debería haber utilizado el término dosis de cocaína, hace mención a "regalo" de cocaína. O que al referirse a los animales a los que se les ha administrado esa sustancia, afirma que sienten una "excitación maravillosa".

Si bien, estas interpretaciones han sido criticadas por otros autores, entre ellos Byck, aludiendo a la imprecisión de la traducción de los conceptos, de igual modo se constata en el texto de Freud una defensa evidente de la cocaína y sus efectos a nivel médico. Como se puede ver en *"Sobre la coca"*, Freud expone todos los beneficios de la sustancia para las enfermedades gastrointestinales, como anestésico, para aliviar los síntomas de la neurastenia y la fatiga, etc.

La hipótesis de Allouch es que el cambio de posición de Freud respecto de la cocaína estuvo impulsado por la misma exigencia científica con que desarrolló sus escritos, que llevó a Freud a poner a prueba los efectos de la cocaína, a través de instrumentos que le permitieron fijar su atención en los efectos objetivables y mensurables de la sustancia. Esto cumple una importante función respecto de la consideración que Freud

hace desde ese entonces acerca de los efectos de la cocaína, que hasta ese momento parecían ilimitados, ya que dichos efectos se revelan considerables sólo cuando el estado físico y mental del sujeto es deficiente. Allouch piensa que éste habría sido el primer paso en la caída de la cocaína como objeto privilegiado para Freud. En *"Anhelos y temor de la cocaína"* (1887) daría un segundo paso en dicho desprendimiento, cuando hace referencia, respecto de una de las tantas utilidades que le había adjudicado a la cocaína (curas de supresión de la morfina), a "los tristes resultados obtenidos al tratar de expulsar al demonio por medio de Belcebú".

Así también en *"La Interpretación de los sueños"* (1900), específicamente en el *análisis de un sueño paradigmático* (sobre las inyecciones de Irma), alude a su preocupación por el daño ocasionado por el consumo abusivo de cocaína, más aún considerando la muerte de su cercano amigo Fleischl von Marxow a causa de las inyecciones de cocaína, cuando buscaba tratar su adicción a la morfina. Freud es enfático en señalar que su recomendación era el consumo de la sustancia vía oral y no por vía inyectable. Durante todo el análisis del sueño muestra una evidente culpa por lo sucedido con su amigo; señala: "la recomendación de la cocaína que yo había hecho en 1885 [1884 en nota del editor] me atrajo también muy serios reproches" (p.132). Posteriormente, en el *sueño de la monografía botánica* alude a su trabajo científico realizado sobre la planta de coca – Uber Coca – donde se reprocha "no fui lo bastante cuidadoso como para seguir estudiando la cuestión" (p.187) y más bien orientó a Koller sobre la propiedad anestésica de la cocaína, siendo éste quien adquirió la fama y notoriedad por dicho descubrimiento.

Para Freud, ambos sueños, el de las inyecciones de Irma y el de la monografía botánica, sacan a relucir algo de su deseo: "soy el hombre que tiene escrito el valioso y exitoso tratado (sobre la cocaína)", en otra faceta de la misma aspiración: "soy un universitario capaz y aplicado" y finalmente: "tengo derecho a permitirme eso" (p.190). Como se puede apreciar, el conflicto de Freud respecto a su trabajo científico fallido sobre la cocaína se mantuvo durante un tiempo, sobre todo a nivel inconsciente; sin embargo, con el surgimiento y consolidación del psicoanálisis este conflicto va desapareciendo, como se puede apreciar en sus escritos posteriores.

En síntesis, como se puede observar a partir de los antecedentes mencionados, Freud no vio como algo problemático su consumo de cocaína ni se consideró a sí mismo un adicto, por el contrario, la usó y recomendó como un método eficaz para una serie de malestares físicos y mentales. En efecto, se mostró reacio a considerar la posibilidad de que la sustancia generara adicción, aunque termina reconociéndolo más adelante. Otro aspecto interesante a considerar a partir de la revisión realizada, es que en el período pre-psicoanalítico cuando Freud habla de adicción a sustancias, piensa en tratamientos médicos para manejar estos cuadros y no en tratamientos que pasen por la palabra.

6.1.2. Las drogas en la obra psicoanalítica freudiana

En la obra psicoanalítica de Freud son escasas las alusiones a las drogas y al consumo de sustancias concebido en términos de patrón adictivo. No podemos olvidar que el psicoanálisis surge como un método para el tratamiento de las afecciones histéricas y no para otros trastornos. Es con posterioridad que el psicoanálisis se abre camino en campos diversos al de su origen. Sin embargo, Freud no elabora una teoría exhaustiva respecto de la etiología del consumo abusivo de sustancias y, menos aún, propone una terapéutica para tratar dichos trastornos.

En 1888 en su artículo "*Histeria*", Freud alude a la intoxicación por alcohol como uno de los factores que podría producir estallidos de afección histérica aguda, sin embargo, sitúa este factor entre otros como traumas, preocupaciones e incluso emociones intensas, sin dar un lugar privilegiado al consumo de sustancias. En este mismo texto señala que el sistema nervioso histérico se mostraría resistente frente al influjo de sustancias químicas, reaccionando de manera anómala frente a la morfina y el clorhidrato de cocaína; desaconseja, por tanto, la medicación y el uso de narcóticos para tratar estados histéricos agudos.

Al buscar en la obra freudiana señalamientos en torno al concepto de *dependencia*, en el texto "*Tratamiento Psíquico (tratamiento del alma)*" (1890) resulta interesante el comentario de Freud respecto de posibilidad de producirse una *habituación o adicción* a la hipnosis y con ella una *dependencia hacia el hipnotizador*. En este sentido, alude a la posibilidad de producirse una adicción a un objeto no químico, aunque no se extiende al respecto. En este mismo artículo, propone la hipnosis como un procedimiento utilizable para el desarraigo de hábitos patológicos como el alcoholismo y la adicción a morfina; en este caso se refiere a un consumo patológico de sustancias y si bien propone una estrategia de tratamiento, no plantea hipótesis etiológica alguna respecto al surgimiento de dichas patologías.

En el "*Manuscrito K*" sobre las neurosis de defensa (anexo a la carta 39 a Fliess, 1896a), Freud señala que en la neurosis obsesiva existen síntomas secundarios que se

producen cuando la compulsión se transfiere sobre impulsos motores contra la representación obsesiva, entre estos síntomas sitúa la *dipsomanía* o compulsión a beber. En otra carta a Fliess (Freud, 1897), describe a un hombre que comenzó a tener ataques de dipsomanía después de los 50 años de edad, que se iniciaban regularmente con catarro o ronquera. Respecto del caso, Freud realiza una explícita asociación con el sistema sexual oral y plantea que el sujeto era un perverso que estaría reproduciendo vivencias sexuales pasivas. Freud señala al respecto: “la dipsomanía se genera por refuerzo, mejor dicho por *sustitución* de un impulso a cambio del impulso sexual asociado” (Op.cit., p. 281). Añade a su vez que esto sería aplicable a la manía del juego.

Siguiendo el recorrido histórico en la obra freudiana que hace Cristian López Acosta (2007), se observa que en Freud no habría una teoría específica sobre la adicción a sustancias, existiendo sólo alusiones que asocian la adicción con algo que ocurre en el plano de la sexualidad. En la “*carta 79*” a Fliess de 1897, Freud plantea lo siguiente: “la masturbación es el único gran hábito que cabe designar <<adicción primordial>>, y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (el alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.)” (p.314)

Dos meses después de esta carta, en su artículo: “*La sexualidad en la etiología de las neurosis*” (1898), Freud señala que la deshabitación de la masturbación es una importante tarea terapéutica que requiere de una permanente supervisión y vigilancia del médico, dado que “el masturbador suele recaer, a cada contingencia desazonadora, en la satisfacción que le resulta cómoda” (p.268). Enfatiza que la cura de abstinencia, válida a su vez para la abstinencia de sustancias, no será exitosa si el médico se limita a abolir la masturbación (o sustraer la sustancia narcótica), desconociendo la fuente de la cual nace la imperativa necesidad de aquella.

En este sentido, para Freud lo que existe a la base del desarrollo de una adicción a sustancias es la falta de una vida sexual normal, ya que “los narcóticos están destinados a sustituir - de manera directa o mediante rodeos - el goce sexual faltante...” (Freud, 1898, p. 268). Por tanto, un tratamiento de “deshabitación” efectivo deberá contemplar el restablecimiento (o establecimiento) de una vida sexual normal.

En "*Tres ensayos de teoría sexual*", relaciona una "potente motivación intrínseca para beber y fumar" (Freud, 1905, p. 165) con una niñez en que el valor erógeno de los labios estuvo constitucionalmente reforzado; en esta afirmación se aprecia un esfuerzo de su parte por encontrar la etiología de la adicción en la historia psicosexual del individuo. Sin embargo, Freud duda acerca de si considerar la adicción como una "neurosis actual", o bien como una "psiconeurosis", distinción relevante si se tiene en consideración que el autor reservaba el método analítico para los síntomas psiconeuróticos. En su conceptualización de las neurosis actuales, Freud hace referencia a los "procesos tóxicos" asociados a una estasis libidinal que no podría ser procesada psíquicamente y que, por tanto, debía ser tramitada a través de cambios concretos en la vida sexual de los pacientes (López, 2007).

En términos de López (2007), Freud marcaría una diferencia cualitativa entre la forma de relacionarse del sujeto con el objeto sexual, y la forma de relacionarse con la sustancia química en el contexto de una adicción. Cuando Freud afirma: "prestemos oídos a las manifestaciones de nuestros grandes alcohólicos, Böcklin por ejemplo, acerca de su relación con el vino: suenan a la más pura armonía, el arquetipo de un matrimonio dichoso. ¿Por qué es tan diversa la relación del amante con su objeto sexual?" (Freud, 1912, p.182), plantea que habría que pensar que en la naturaleza de la pulsión sexual misma habría algo "desfavorable al logro de la satisfacción plena" (Op.cit., p.182), cosa que se daría de forma distinta en el vínculo con la sustancia en la adicción, que parece permitir alcanzar un enlace aparentemente pleno, es decir, el objeto-bebida sería el partenaire perfecto. Este tipo de enlace lo considera inexistente a nivel de la relación con el objeto sexual, el cual sería un objeto perdido y no posible de volver a encontrar más que a través de sustitutos que siempre dejan abierta la dimensión de la insatisfacción para el sujeto (Freud, 1912).

Resulta llamativo que luego de estos planteamientos de 1912, Freud no vuelve a aludir a las drogas durante casi 20 años. En este período, Freud se ocupa de la metapsicología y son algunos de sus seguidores quienes comienzan a teorizar sobre las adicciones; entre ellos: Abraham con su obra "*Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo*" (1908) en que diferencia la función química de la sustancia, en términos

de la debilitación de la represión y la consiguiente aparición de elementos perversos, y una operación simbólica, en que el alcohol simboliza la procreación y fertilización, donde el vino ocupa el lugar del semen y el tomar alcohol se identifica con el 'ser hombre'; Ferenczi en un artículo llamado "*Papel de la homosexualidad en la patogenia de la paranoia*" (1911) desarrolla algunas hipótesis respecto del consumo de alcohol concebido como un intento de apaciguar los conflictos psíquicos; Sachs en su texto "*Sobre la génesis de las perversiones*" (1923) considera la adicción como un eslabón intermedio entre la neurosis y la perversión; Radó en su artículo "*Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos*" (1926) distingue en las sustancias efectos de "ayuda" – analgésicos o estimulantes - y efectos de "gratificación" – al modo de un orgasmo farmacotóxico o farmacogénico -; Glover, por su parte, presenta dos trabajos relevantes en materia de adicciones: "*Sobre la etiología del alcoholismo*" (1928) y "*Sobre la etiología de la toxicomanía*" (1932), en que entiende la adicción como una pseudoperversión o formación perversa (López, 2007).

Freud retoma el tema de las drogas en el "*El malestar en la cultura*", al preguntarse por la posibilidad de alcanzar la "felicidad" o evitar el dolor. Allí hace una referencia al uso de sustancias químicas a las que define como "el método más tosco, pero también el más eficaz" (Freud, 1930, p.77) al que se puede recurrir, ya que la presencia de las sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan las condiciones para no percibir el displacer; mediante las "sustancias embriagadoras" se lograría un alejamiento de la miseria, se produciría una ganancia inmediata de placer y una sensación de independencia respecto del mundo exterior. Los "quitapenas" permitirían sustraerse de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio capaz de ofrecer condiciones más satisfactorias. De allí su carácter peligroso y dañino, pues llevaría a los hombres a invertir importantes montos de energía en su consumo, en detrimento de acciones constructivas para la humanidad (Freud, 1930).

En consecuencia, el consumo de sustancias embriagadoras sería uno de los tres modos de hacer frente a las miserias de la vida, siendo las otras posibilidades: las poderosas distracciones y las satisfacciones sustitutivas (Freud, 1930).

En suma, en la obra psicoanalítica freudiana sólo hay alusiones puntuales a las drogas, existiendo en Freud dos perspectivas para entender el consumo: 1. Consumo de sustancias como un sustituto de la satisfacción sexual, en que el objeto ofrece la ilusión de una satisfacción plena (alcohol como “partenaire perfecto”); y 2. Consumo de sustancias como una de las estrategias para enfrentar el sufrimiento propio de la cultura.

6.2. Perspectiva Lacaniana y las drogas

Lacan plantea en 1975, al final de una Jornada de Carteles en su Escuela - ligada al caso Juanito y la referencia al padre -, que “la única definición que hay de la droga, y éste es el motivo de su éxito, es que la droga es aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el pequeño pipí, el matrimonio del sujeto con el falo” (Lacan, en Tarrab, 2000a, p.87). Es decir, la droga sería aquello que permitiría romper la relación del sujeto con el goce fálico, por tanto, permitiría obtener un goce no regulado por la instancia fálica, un goce que no pasaría por la relación al Otro (Silitti, 2000a, p.79).

Esta definición de Lacan se enmarca en sus elaboraciones del Seminario 23, *El Sinthome*, en que señala: “cuando uno se cree macho porque se tiene un pequeño cabo de cola, naturalmente perdónenme estas palabras, pero hace falta más” y agrega “el falo es la conjunción de ese parásito, el pequeño cabo de cola en cuestión, con la función de la palabra” (En Naparstek, 2008, p.39). Al anudar el órgano con las palabras, se produciría la inscripción del falo, transformándose en un instrumento para la relación con el Otro sexo.

Para Lacan el objeto imaginario y luego el significante falo, nociones derivadas de los desarrollos teóricos de los años 50', son fundamentales para abrir paso al plano de la significación. Por tanto, la ruptura a la que alude Lacan al definir la droga, es una ruptura con el plano de la significación.

Para entender la definición que hace Lacan de la droga, resulta fundamental situar sus dichos en el contexto más amplio de su teorización respecto del goce. En las “Charlas de Saint Anne” (1971-1972), Lacan define el goce como la relación del ser parlante con su cuerpo. Naparstek (2008) señala que con este goce se refiere a un “goce a secas”, “un goce pulsional”, “un goce a-sexual”, un goce que “no sirve para nada”, un “goce uno” o “el goce del idiota” que es el puro autoerotismo sin relación con el semejante; lo diferencia del “goce sexual” que tiene directa relación con el falo y su ‘puesta en función’ en la relación entre los sexos. Como menciona el autor: “es el falo entre otras cosas el que nos hace creer que el goce tendría alguna utilidad, que el goce serviría

para que se encuentren los sexos y, una vez que se encuentren los sexos eso serviría para la reproducción y así sucesivamente” (p.57).

Miller en su artículo *“Para una investigación del goce autoerótico”* (1993) señala lo siguiente:

“existe otro tipo de goce que no pasa por el cuerpo del Otro sino por el propio y que se inscribe bajo la rúbrica del autoerotismo, digamos que es un goce cínico, que rechaza al Otro, que rehúsa que el goce del cuerpo propio sea metaforizado por el cuerpo del Otro que opera como un cortocircuito llevado a cabo en el acto de masturbación, que precisamente asegura al sujeto su casamiento con el pequeño pipí” (En Naparstek, 2008, p.59)

El “goce cínico” definido por Miller sigue siendo fálico (*“asegura al sujeto su casamiento con el pequeño pipí”*), en la medida que la satisfacción autoerótica se acompaña de una fantasía; es decir, pasa por el campo del Otro. En la toxicomanía, en cambio, no se trata de un goce fálico, pues “es previo a plantearse el problema sexual (...) es una insubordinación al servicio sexual” (p.60).

En este mismo sentido, Tarrab (2000b) señala que: “la operación toxicómana es aquella que no requiere del cuerpo del Otro como metáfora del goce perdido y es correlativa de un rechazo mortal del inconsciente” (p.119). Es decir, el goce secundario al consumo de drogas no es sexual “es una elección contra la castración, contra la división del sujeto y contra el inconsciente” (p.119). Es así como la droga aparece como un objeto útil para obturar la falta y el deseo que de ésta se desprende. La intoxicación sería una “experiencia vacía de sujeto”, vacía del Otro y del otro (partenaire sexual); también vacía de sexo en tanto goce a-sexual.

Naparstek (2008) propone que la tesis de Lacan tiene directa relación con la tesis freudiana respecto de la masturbación como “adicción primordial”. Cuando Freud se refiere a la masturbación alude a dos momentos, el primero sería un tiempo mítico en que existiría un puro autoerotismo, en que los movimientos mecánicos y tocamientos no se ligan a una fantasía, en términos de Lacan sería algo que se produce a nivel real; y un segundo tiempo en que se produciría la soldadura con la fantasía, insertándose en

el registro simbólico. La adicción, por tanto, sería una sustitución de un puro autoerotismo sin sentido alguno, cuando el cuerpo aún no es articulado por la fantasía, el significante o la palabra.

El autor agrega que al hablar de síntoma en la adicción, se entiende al modo del síntoma de la neurosis actual, en que Freud alude a una “génesis tóxica” (Freud en Naparstek, 2008, p. 37) y no a un conflicto en el desarrollo psicosexual como ocurre en la psiconeurosis, que depende del proceso de significación propio de la cadena significante.

Volviendo a la formulación lacaniana que propone que la droga sería aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el ‘hace pipi’, resulta fundamental entender esto en el contexto de la inscripción del falo. Como el mismo Lacan señala: “el falo es la conjunción de ese parásito, el pequeño cabo de cola en cuestión, con la función de la palabra”, es decir, no se trata del órgano por sí solo (nótese la conexión con el primer tiempo de puro autoerotismo sin fantasía en Freud), sino que el momento en que el órgano se vuelve un ‘instrumento’ al responder a la palabra (coherente con el segundo tiempo de Freud en que el autoerotismo se liga a una fantasía y, por ende, a un objeto). Esto permite al sujeto usar el órgano como herramienta para relacionarse con el otro sexo.

La tesis de Lacan respecto de la droga surge de su lectura del caso Juanito, en que la relación entre el cuerpo y el ‘pequeño pipi’ era central. Cuando su pene empieza a moverse por sí solo a partir de la pulsión, Lacan plantea que irrumpe el pene real y, por ende, aparece la angustia. A partir del esfuerzo por dominar aquel movimiento involuntario de carácter pulsional y de instrumentalizar el órgano al servicio de la relación con el Otro, se produciría la inscripción simbólica del falo. Puede ocurrir que el falo se haya logrado inscribir simbólicamente, pero no consiga entrar en función, es decir, no logre pasar de la masturbación al amor, como es el caso de la impotencia (Naparstek, 2008).

En Juanito existe una “ruptura con el falo” al irrumpir el pene real, ruptura que se insertaría en el marco de su desarrollo constitutivo. Si bien tiene cierta conexión con la “ruptura” que se produce con la droga, en este caso no se trataría de algo espontáneo

propio de un momento evolutivo, sino que constituiría una elección (ya sea ésta conciente o inconsciente) en un momento de la vida en que se esperaría un “compromiso” (con el falo y lo que éste representa), y no una “ruptura” (Op. cit).

El falo responde al sujeto (registro simbólico) y no al yo (registro imaginario), por eso se producen alteraciones como la eyaculación precoz. Esto quiere decir que el falo responde a una ley, específicamente a la derivada de la función del padre – metáfora paterna -, la cual permite poner un orden a la pulsión a partir de la castración. La satisfacción conseguida con la droga quedaría fuera de la satisfacción fálica, es decir, fuera del sexo. Así se entiende la conexión con el ‘puro autoerotismo’, en el esfuerzo por “independizarse del mundo exterior”, como proponía Freud en *el malestar en la cultura* (Op.cit).

La formulación de Naparstek incluye dentro del campo fálico dos modalidades de satisfacción: 1. El goce autoerótico anudado al falo, en que hay masturbación en soldadura con una fantasía, por tanto, se inscribe el falo simbólicamente; y 2. El síntoma o el amor en que se ‘pone en función’ el falo (no queda sólo inscrito), insertándose en la cadena significante que involucra el campo del Otro sexo. Existiría otra modalidad de satisfacción que estaría fuera de la ley impuesta por la metáfora paterna (fuera de la regulación fálica), a esta satisfacción Lacan en el Seminario 4 le llama “goce real”. Desde la perspectiva de Naparstek, el uso de una droga puede estar al servicio de cualquiera de estas modalidades de satisfacción y no sólo para alcanzar un ‘goce real’, fuera del sexo y del campo fálico. Por tanto, la “ruptura con el falo” y, en consecuencia, el goce “fuera de la regulación fálica” sería propio de la toxicomanía.

Resulta particularmente interesante la tesis de Naparstek (2008) al proponer diversos usos de la sustancia que, en síntesis, se podrían formular de la siguiente manera: 1) Permite la mantención del “casamiento” con el órgano (falo) y la satisfacción onanista; 2) Permite el acceso al Otro sexo, en tanto “muleta para el falo”; 3) “Manía por el tóxico”, asociada al goce real “...yo lo llamaría la verdadera toxicomanía en el sentido de la tesis lacaniana (...) donde la droga permite romper con el falo y se pierde toda medida. El exceso propio de la toxicomanía muestra muy bien ese fuera de regulación fálica” (p.48). Llama la atención su propuesta teórica, pues hace un esfuerzo por

singularizar el consumo de drogas al definir distintos “usos” que harían los sujetos de las drogas.

López (2007) entiende la ruptura propuesta por Lacan, como una ruptura con el plano de la significación instalada por la metáfora paterna. En este contexto, el recurrir a la droga constituye “un intento de dejar de hacer el objeto inaccesible, enredado en representaciones simbólicas e imaginarias y volverlo presente” (p.100); asimismo, sería una estrategia del sujeto frente al problema de la castración, así “la droga se convierte en partenaire esencial del sujeto, incluso exclusivo, que le permite hacer un impasse con respecto al Otro sexual” (p.105).

En esta misma línea, Tarrab (2000a) señala que si se considerara la adicción al modo de una neurosis actual, sus “síntomas no se pueden reducir a la dialéctica significante; que no se pueden historizar y que suponen un compromiso corporal, del cual la dimensión del inconsciente queda excluida” (p.88). Lo mencionado se traduce en la dificultad para constituir un síntoma en el sentido psicoanalítico, pues la toxicomanía opera al modo de un “rechazo del inconsciente” (Silitti, 2000a, p.79).

Laurent propone que, a diferencia del síntoma neurótico, la adicción no constituiría una formación de compromiso, sino una “formación de ruptura”. En *“Tres observaciones sobre la toxicomanía”* (1997) es radical al plantear que: “Nada, en la droga, nos introduce a otra cosa que un modo de ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura” (p.16). Señala que existiría “una ruptura con las particularidades del fantasma (...) la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma (...) es un cortocircuito” (En López, 2007, p.104, 105). Se trataría de un “goce Uno”, no sexual, que se inserta dentro del mercado único de los goces, propio de la sociedad de consumo.

En efecto, Laurent (1997) señala que la ruptura con el goce fálico propio de la toxicomanía, tendería a suprimir las particularidades, por tanto, para los toxicómanos sería indiferente lo que consumen, consumirían “lo que hay”, dado que no quieren una cosa precisa. Esto a diferencia de los consumidores que no son toxicómanos, en que el goce está limitado al consumo de una sustancia en particular; a esta modalidad de consumo el autor le llama “monomanías” (p.18).

Para Laurent, se pueden desprender algunas consecuencias de la definición de Lacan. Primero, con la ruptura con el goce fálico se produciría una ruptura con el Nombre del Padre por fuera de la psicosis, es decir, no se trataría del mecanismo de forclusión. En segundo lugar, existiría una ruptura con las particularidades del fantasma (que por definición incluye la castración); por tanto, el toxicómano no sería un perverso, pues la perversión supone el uso del fantasma. La ruptura con el goce fálico supone una forma de goce sin el fantasma. En tercer lugar, la toxicomanía haría aparecer el goce Uno, en tanto goce no sexual. Esto en el contexto del mercado que apunta a la unificación de los modos de goce y a la exclusión de los sujetos con un goce distinto.

Melman (citado en Del Solar, 2008), propone que en la toxicomanía habría un sujeto que ya no desea porque, aparentemente, ha encontrado el objeto de la falta (en el registro Real). Esto en el marco del discurso social propio del modelo de mercado, que promete a los individuos un ideal alcanzable de completud, de saciedad y de goce. Desde la visión del autor, la economía de mercado invita a probar el “objeto verdadero” de satisfacción, se trataría de una ilusión más cercana del “objeto a” que el resto de los objetos semblantes. Del Solar (2008) indica que con propuestas como la de Melman, el objeto adquiere pregnancia en la configuración de la adicción, por sobre la singularidad en la relación entre el sujeto consumidor y el objeto droga.

Por su parte, Le Poulichet (2005) propone que a la base de la toxicomanía está la *operación del farmakon*. Para entender cómo funciona esta operación, es necesario recordar que el tóxico presenta una ambigüedad en su definición; en su origen el pharmakon tiene un doble sentido: remedio y veneno. Lo beneficioso o perjudicial de una sustancia dependerá de si se trata de una sustancia *prescrita* por un médico “experto” o *autoprescrita* por el mismo sujeto consumidor, en base al dolor o malestar experimentado.

Lo propio de la operación del farmakon sería establecer las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias, así como producir una cancelación tóxica del dolor. Mientras que los discursos sobre la toxicomanía presentan a ésta como una autodestrucción, vemos surgir la perspectiva de una operación

esencialmente conservadora que protege a una forma de narcisismo (Le Poulichet, 2005, p.69).

La operación del farmakon se puede manifestar en dos modalidades distintas, como suplencia o como suplemento, lo que daría lugar a 2 situaciones clínicas diferentes. En la **suplencia**, la toxicomanía da cuenta de un desfallecimiento, de una insuficiencia del Padre, del Otro, de la metáfora paterna, que hace perentorio suplir permanentemente la claudicación de la instancia simbólica. Se produciría una forma particular de llamado al goce, dado que el deseo del sujeto no se ha elaborado como deseo de lo que falta al Otro. Sería un llamado a “hacerse objeto del goce del Otro”, produciéndose una identificación con un objeto parcial: ‘hacerse pecho’ o ‘hacerse excremento’, más que resultar precipitado todo entero en el goce del Otro (como en el caso de algunas psicosis). Con la operación del farmakon el sujeto busca limitar al Otro creando una nueva ‘función de órgano’ o un nuevo ‘borde’ (Le Poulichet citado en López, 2007).

En el caso del **suplemento**, la toxicomanía opera como una prótesis narcisista o suplemento fálico imaginario que permitiría sostener una forma de indecibilidad y un suspenso de los conflictos psíquicos, en términos de la autora:

“Se trata en cierto modo de una detención del deseo en una narcosis que mantiene los términos de una indecibilidad, anestesiando el sufrimiento. Figuras de la insatisfacción, en la vertiente histérica, y de la imposibilidad, en la vertiente obsesiva, marchan lado a lado en las toxicomanías del suplemento” (p.136).

En términos de López (2007), en este estado de suspensión, el sujeto se ahorraría la pregunta por su propia posición y sobre su falta, soslayando el enfrentamiento de la castración simbólica.

Le Poulichet describe dos dimensiones en la operación del farmakon:

a. **Carácter alucinatorio**: el tóxico protegería frente a acontecimientos amenazadores susceptibles de provocar espanto, a través de una satisfacción alucinatoria de deseo; “crea las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias (...) se desenvuelve al margen del principio que reglamenta el orden del lenguaje” (Le Poulichet, 2005, p.59). Para estos individuos resulta intolerable el acto de diferir e

intolerable una espera de la satisfacción, con la errancia sonámbula se produce una abolición de la temporalidad, como si el farmakon introdujera el orden de una real inmediatez, *es la dimensión de la ausencia la que resulta excluida*” (Op.cit., p. 58), en consecuencia, el efecto de ruptura se anula, es decir, *no hay ruptura con la operación del farmakon*.

El concepto de ruptura, en este caso, es entendido como la separación radical del Otro, como consecuencia de la castración y la regulación fálica.

b. **Anulación tóxica del dolor:** “el dolor es la genuina reacción frente a la pérdida del objeto, cuando ésta aún no ha sido simbolizada” (Op.cit., p.64), esto generaría un estado de “desvalimiento psíquico”. En este caso, se trataría de un “dolor narcisista” y el “tratamiento del dolor narcisista no recurre al rodeo del Otro” (p.68), más bien, recurriría a un repliegue, coherente con la operación del farmakon. La autora especifica:

“cuando se revela el <<agujero>> o la falta constitutiva de la relación del sujeto con sus objetos, el dolor puede presentarse como una respuesta inmediata que engendra un repliegue narcisista. Esta respuesta se opone a la que organiza la represión a través del montaje del fantasma que mantiene una relación erótica con los objetos” (Op.cit., p.65).

Por tanto, la operación del farmakon sería un “dispositivo que opera por <<cancelación tóxica>> ahí donde esperábamos hallar una represión de las representaciones” (Op.cit., p.63). Los pacientes toxicómanos evocan continuamente la posibilidad de borrar representaciones por el recurso al tóxico, sustrayéndose así de la cadena significante. Así, la operación del farmakon permitiría neutralizar lo que cobra el valor de amenaza; podríamos pensar en una amenaza vivida en el campo del deseo, en tanto deseo del Otro, que implica asumir el corte y la falta esencial.

La autora refiere que: “la operación del farmakon (...) participa de una forma de destitución de la subjetividad (...) engendra una forma de desaparición del deseo, desde el mismo momento en que el cuerpo ya no es elaborado dentro de la articulación de los significantes” (Le Poulichet, 2005, p.77). El cuerpo deja por entero

de ser elaborado dentro de las cadenas significantes, es decir, allí donde se inscriben los deseos de los otros, el cuerpo queda fuera del lenguaje y de las imágenes, esto constituye una forma de desaparición del sujeto.

Los aportes de Le Poulichet y su formulación acerca de la operación del *farmakon*, permiten complejizar la teoría del goce toxicomaniaco como un goce que no pasa por la relación al Otro, proponiendo una hipótesis en torno al porqué de esta evitación del campo del Otro. Para ello, alude a un 'dolor narcisista' vinculado a una experiencia de pérdida primordial que no logra inscribirse simbólicamente; el sujeto recurriría a un repliegue para tratar el dolor, evitando así la amenaza de la ausencia. Otro elemento que resulta particularmente interesante en la propuesta de la autora, es la posibilidad que brinda la operación toxicómana de "anular tóxicamente" en vez de "reprimir" representaciones dolorosas, es decir, recurrir a un mecanismo *real* y no *simbólico* para tramitar el sufrimiento.

Otro asunto importante, es que Le Poulichet presupone una condición pre-mórbida para la operación del *farmakon* (desfallecimiento del Otro en el caso de la suplencia, o bien insatisfacción histérica o imposibilidad obsesiva en el suplemento), una condición que motivaría la búsqueda de droga como una salida. Para otros autores lacanianos, "no hay condición pre-mórbida específica, sino que basta la condición de falta en ser propia del sujeto hablante" (López, 2007, p.106). Sitúan el recurrir a la droga en el plano de una "elección" y, por tanto, aparece la dimensión de la responsabilidad.

En una línea similar a la propuesta por Le Poulichet, Melman (1997) plantea que el consumo de drogas sería una respuesta frente al "dolor de existir", el cual se colige de los postulados de Lacan en torno a la imposibilidad de relación complementaria entre el sujeto y el objeto, y la insatisfacción que de ello se desprende (En Del Solar, 2008).

Melman sostiene que el consumidor sustituiría una economía psíquica por otra, al pasar del lenguaje simbólico, al de signos y, con este paso, el adicto quedaría fuera del lazo social. Lo plantea de la siguiente manera: "esta escritura de signos de la que ahora depende, es rudimentaria, elemental, ya que se reduce a los signos que vienen a connotar la presencia y la ausencia, el más y el menos (...); eso ocurre o no ocurre, hay o no hay..." (En Del Solar, 2008, p.122). Otro aspecto que observa Melman es que el

funcionamiento simple, rudimentario y primitivo del consumidor de drogas (economía de signos), correspondería a la etapa preedípica infantil en que la castración aún no se ha instalado. Con esto sitúa el problema del consumo en un nivel estructural / estructurante, en tanto una economía psíquica caracterizada de esta forma se acercaría a la perversión o la psicosis; al menos, hace difícil compatibilizar la neurosis con el consumo de drogas.

Naparstek (2008), por su parte, no sitúa el consumo de drogas en ninguna estructura específica, pero coincide en que la intoxicación no es un método simbólico para tramitar el malestar, sino una operación real, pues no intenta resolver el malestar a través de la palabra. Al recurrir al tóxico se produce un desenganche del Otro, prescindiendo del lenguaje y del sexo.

Desde la perspectiva de Tarrab, el consumo de drogas constituiría una “solución del soma” para enfrentar el problema de la falta estructural de goce y la falta de ser del sujeto; por tanto, no existiría conflicto o mecanismo inconsciente específico que se manifieste a través de la adicción; es el resultado de la elección por “no pensar” (En López, 2007, p.106).

Tarrab (2000b) señala: “y es con la positividad del goce como la experiencia vacía de la droga, trata el vacío central del sujeto, es decir, eso incurable, que con la droga trata de ser colmado, a costa del sujeto mismo” (p.121); es decir, se podría entender el consumo de drogas como una respuesta singular frente a la estructura. La experiencia de la intoxicación, a través de la operación toxicómana, oculta algo de orden estructural; es con el fracaso de la droga que se infiltra el deseo subjetivo.

En suma, los autores lacanianos proponen, unos más radicalmente que otros, que el consumo adictivo de drogas – toxicomanía - se produciría fuera de la regulación fálica, es decir, se trataría de un goce real. De ello se desprende que la visión del adicto sea la de un ser fuera del campo del Otro, del sexo, del lenguaje; o bien, dentro de un lenguaje de signos. Hay quienes proponen que esta hipótesis de fondo, al plantearse como un a priori de la economía subjetiva inherente a los adictos y como un supuesto

omniexplicativo, constituye el riesgo de cerrar e imposibilitar la reflexión teórica en este campo, empobreciéndose así la reflexión clínica.

La postura de Naparstek es más abierta en este sentido, al definir 3 modalidades de consumo - dos de ellas dentro de la regulación fálica y sólo una, fuera de dicha regulación -. Del Solar es más flexible aún, planteándose la posibilidad de pensar en diversos mecanismos subyacentes al consumo de drogas, dependiendo de la singularidad en la relación establecida entre el sujeto y la sustancia de consumo.

Otro aspecto que resulta importante destacar, es la pregunta en torno a la existencia de una predisposición o estructura específica que dé lugar al desarrollo de una toxicomanía. La conclusión a la que han arribado los autores es que no, pues bastaría la condición de falta en ser, propia del sujeto hablante.

Finalmente, los autores lacanianos además de preguntarse por el mecanismo a la base de la adicción, se han preguntado por el lugar que tiene la droga en la cultura y en la época contemporánea. En su mayoría, los autores revisados proponen que en la actualidad hay una tendencia a una respuesta única y globalizada, un goce unitario y para todos igual; esto en el contexto de la caída de los ideales y del Nombre del Padre, a diferencia de la época de Freud en que primaban los ideales y el consumo se presentaba como algo localizado y puntual. Nuestra época es definida por Miller como “de la inexistencia del Otro” en donde existiría una “toxicomanía generalizada”; el consumo – en todo sentido - se erige como única respuesta al malestar, quedando así los sujetos divididos entre consumidores y deprimidos, siendo estos últimos aquellos que no pueden consumir lo que el mercado manda (Naparstek, 2008).

En este contexto, desde la perspectiva analítica lacaniana, estaríamos en una época pobre en ideales, invadida de “goces solitarios” y, como consecuencia de ello, llegan a consultar “sujetos desbrujulados, con vértigo y mareados por la vida, sin rumbo” (Goldenberg, 2008, p. 3).

6.3. Sobre el tratamiento psicoanalítico de las drogodependencias

6.3.1. Freud, tratamiento psicoanalítico y poseducación

Como se mencionó anteriormente, Freud propone una sugerencia médica para tratar la morfinomanía y el alcoholismo, consistente en la deshabituación con cocaína para aliviar los síntomas de abstinencia. En cuanto a la posibilidad de tratar psicoanalíticamente a pacientes adictos, Freud es escaso en referencias.

En *“La sexualidad en la etiología de las neurosis”* (1898), señala: “todas las curas de abstinencia tendrán un éxito sólo aparente si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella” (p.268). Resulta interesante destacar esta afirmación freudiana, pues si bien no propone un trabajo específico con toxicomanías, alerta a los clínicos sobre las limitaciones que tiene enfocarse sólo en la abstinencia de sustancias. Así también, enfatiza la importancia de profundizar en las fuentes (inconscientes) del consumo y la adicción, para intentar eliminar de raíz el problema.

Por otra parte, respecto de la posibilidad de tratar psicoanalíticamente a toxicómanos, existe una alusión a un paciente consumidor de alcohol y drogas en una carta dirigida a Eduardo Weiss, respecto del cual señala que no sería un caso adecuado para el psicoanálisis:

“creo que es un caso malo, nada adecuado para el libre análisis. Para ello le faltan dos cosas, primero el cierto conflicto doloroso entre su yo y aquello que sus pulsiones le exigen, pues en el fondo está muy contento de sí mismo y sufre solamente por las resistencias de circunstancias externas. Segundo un carácter medianamente normal de este yo, que pudiese colaborar con el analista; procurará siempre, por lo contrario, despistar a este último, engañarle con falsas apariencias y dejarle de lado [...] opino pues que no serviría para nada que acudiese a mí o a algún otro para un tratamiento psicoanalítico. El que se hunda en sus disipaciones podría ser su futuro [...] en el peor de los casos, a gente como el Dr. A se le

embarca para ultramar, digamos Sudamérica, y se le deja buscar y hallar allá su destino” (Freud en Silitti, 2000b, p. 95).

En 1916 escribe una carta a Sandor Ferenczi en que señala que los adictos a drogas no deberían ser tratados mediante el psicoanálisis, porque al enfrentar dificultades en la terapia recurrirían nuevamente a la droga (Byck, 1980).

En consecuencia, Freud no propone una terapéutica específica para las adicciones; no obstante, para efectos de esta tesis resulta interesante desprender de la teoría freudiana algunos lineamientos que permitan pensar una clínica freudiana con pacientes adictos. Con este fin se profundizará en algunas propuestas del autor acerca del análisis entendido como una forma de “poseducación” o “reeducación”.

En Freud existe una evidente dualidad en lo que respecta a la relación que establece entre la educación y el tratamiento psicoanalítico. Por una parte, considera que el psicoanálisis es totalmente opuesto a la educación y, por otra, concibe el tratamiento analítico como una especie de proceso educativo. Cabe destacar que cuando Freud piensa el psicoanálisis como un tratamiento educativo para los neuróticos, propone un tipo de educación específica que se diferencia de la educación tradicional; al definir otra modalidad de educación, la contradicción existente entre sus planteamientos disminuye. A continuación se desarrollarán estos planteamientos.

Freud (1927) fue bastante crítico respecto de las prácticas educativas de su época, pues consideraba que ejercían una marcada inhibición de las facultades mentales en los niños. Plantea que la excesiva coerción de la educación tenía que ver con la represión de los propios educadores y a esto se debe la recomendación que hace a los pedagogos de realizar un análisis personal.

Catherine Millot escribe en 1979 “Freud Antipedagogo”, libro en que recurre a la obra freudiana para preguntarse por el lugar que tiene la educación en el trabajo analítico y, al mismo tiempo, interrogarse respecto a la posibilidad de aplicar el psicoanálisis a la pedagogía. Profundiza en la crítica freudiana a la educación, en términos del perjuicio que ésta tendría sobre el desarrollo de las facultades mentales. La autora propone al respecto:

“lo que se encuentra en el origen de la represión no es tanto la prohibición impuesta al actuar como la impuesta al decir. Lo que no puede ser dicho, tampoco puede ser conscientemente pensado, porque para el niño el otro conoce todos los pensamientos y estos se vuelven tan culpables y peligrosos como las palabras y los actos. Pero los pensamientos no se dejan suprimir con facilidad. No por ser desterrados de lo consciente dejan de subsistir. De este modo, lo Inconsciente sería aquello que el otro no tiene que saber, y el modo más seguro de lograrlo es además disimularse a uno mismo” (Millot, 1979, p. 57).

Freud observa que el niño se siente intimidado para atreverse a preguntar, por las respuestas que ha encontrado en los adultos; por tanto, ser un *buen niño* tendría el costo de la detención de la reflexión y la inhibición intelectual. Resulta interesante pensar que esto ocurriría tanto en la temprana infancia con un educador represivo, como también en la juventud y adultez en el marco de un tratamiento que pretenda “educar” o “reeducar” al sujeto.

En este mismo sentido, Freud considera a la religión como la gran responsable de la prohibición impuesta al pensamiento y, en consecuencia, la debilidad mental del adulto medio; cabe destacar al respecto lo que plantea en *“El Porvenir de una Ilusión”*: “repare usted en el turbador contraste entre la radiante inteligencia de un niño sano y la endeblez de pensamiento del adulto promedio” (1927, p.46).

Desde la perspectiva freudiana cuando la educación se sustenta en la religión, actúa a favor de la represión y de la irracionalidad en los comportamientos humanos. Por su parte, Freud propone una “educación para la realidad” que iría en contra de la religión y procuraría que el hombre asuma “las penas de la vida, la realidad cruel” (1927, p.48), sin el socorro de consuelos ilusorios y el embotamiento anestésico del pensamiento religioso. Tiene que ver con asumir los propios deseos inconscientes y la realidad de la muerte.

Al hablar de “educación para la realidad” Freud se refiere a la “realidad psíquica” y no al medio circundante, pues este último constituye una realidad ilusoria para él. La educación para la ilusión busca adaptar a los sujetos a la realidad social a través de la

prohibición del pensar, ésta es la crítica que hace Freud a las prácticas educativas y a los valores religiosos que imprimen un sesgo a la educación.

Freud (1913) señala en *“Introducción a Oskar Pfister, Die Psychanalytische Methode”*: “la educación es una profilaxis que quiere prevenir ambos desenlaces, el de la neurosis y el de la perversión; la psicoterapia quiere (...) introducir una suerte de poseducación” (p.352).

También comparó el proceso analítico con una “poseducación”, señalando lo siguiente:

“si el paciente pone al analista en el lugar de su padre (o de su madre), le otorga también el poder que su superyó ejerce sobre su yo, puesto que estos progenitores han sido el origen del superyó. Y entonces el nuevo superyó tiene oportunidad para una suerte de poseducación del neurótico, puede corregir desaciertos en que incurrieran los padres en su educación” (Freud, 1940 [1938], p. 176).

En *“Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico”* (1916) plantea:

“el enfermo (...) debe realizar, bajo la guía del médico, ese avance desde el principio de placer hasta el principio de realidad por el cual el hombre maduro se diferencia del niño (...) el médico en su obra educativa, se sirve de algunos componentes del amor. Es probable que en semejante poseducación no haga sino repetir el proceso que, en general, posibilitó la educación primera” (Freud, 1916, p.319).

Cabe destacar que en otros escritos, Freud advierte a los analistas de no confundir el trabajo analítico con la educación propiamente tal. Además, establece una clara distinción entre la educación de un niño, de estructura maleable, a la reeducación de un adulto, con una estructura psíquica más rígida. Llama la atención el siguiente planteamiento de Freud en *“Prólogo a August Aichorn, Verwahrloste Jugend [Juventud descarriada]”*:

“No hay que dejarse despistar por el enunciado (...) de que el psicoanálisis del neurótico adulto es equiparable a una poseducación. Es que un niño, aunque sea un niño descarriado y desamparado, no es en modo alguno un neurótico; y

poseducación no es lo mismo que educación de alguien inacabado. La posibilidad del influjo analítico descansa en premisas muy determinadas, que pueden resumirse como <<situación analítica>>; exige el desarrollo de ciertas estructuras psíquicas y una actitud particular frente al analista. Donde ellas faltan, como en el niño, en el joven desamparado y, por regla general, también en el delincuente impulsivo, es preciso hacer otra cosa que un análisis, si bien coincidiendo con éste en un mismo propósito” (Freud, 1925, p.297, 298).

Ambos procesos, el educativo y el psicoanalítico, tienen en común el poder de la *sugestión*. Para comprender este fenómeno, revisaremos algunos antecedentes históricos recogidos de *Estudio del Psicoanálisis y Psicología* (2011).

Se entiende por “sugestión” el mecanismo psicológico heredado en primer lugar del *magnetismo animal* del médico austriaco Franz Anton Mesmer (1734–1815) y después del *hipnotismo o hipnosis* del neurocirujano escocés James Braid (1795-1860). Según la teoría del magnetismo animal, las enfermedades nerviosas se producen por un desequilibrio en la distribución de un "fluido universal" que circula en los organismos humanos y animales. Mesmer relacionó dicho fluido con el "imán" que utilizaban los médicos para extirpar del cuerpo ciertos males psíquicos como la histeria o la melancolía; pero enfatizando que el imán no era el verdadero agente de la curación, pues desde su perspectiva *el poder curativo estaba en el propio médico*, portador de un fluido magnético que emanaba del resplandor de sus ojos. En 1784, una comisión compuesta por expertos de la Academia de Ciencias y de la Sociedad Real de Medicina, condenó el mesmerismo y sus prácticas, así como la teoría del fluido, y declaró que los efectos terapéuticos obtenidos por Mesmer se debían al *poder de la imaginación humana*.

James Braid se interesó por el mesmerismo y comenzó a estudiar al respecto. Es así, como en 1843 publicó *“Neurypnology: or the Rationale of Nervous Sleep”*, en que definió la hipnosis como un "sueño nervioso" en que una persona puede influir sobre otra con sus palabras, modificando así su estado afectivo; esto se producía fijando la mirada en un objeto brillante en movimiento a pocos centímetros de los ojos. A partir de este método, se puede convencer al individuo de que sus creencias, opiniones o

sensaciones son falsas, y que, por el contrario, las que se le proponen son verdaderas; esto ocurre sólo en la medida que la influencia provenga de otro investido de autoridad. Braid rechazó la idea de Mesmer acerca de los fluidos magnéticos como desencadenantes del fenómeno de hipnosis.

El marqués Armand de Puységur (1751-1825), fue un reconocido hipnotizador de Francia que estudió la obra de Mesmer, pero también se distanció de la hipótesis del fluido magnético. Creó un instituto para la enseñanza de la hipnoterapia: *Société Harmonique des Amis Réunis*, el cual creció de forma importante hasta la Revolución de 1789, momento en que el instituto se disolvió. Dentro de los planteamientos de Puységur, surge la idea de que *un amo (noble, médico, científico) podía ser limitado en el ejercicio de su poder por un sujeto capaz de hablar y por lo tanto de resistir a él.*

En 1813 el abate portugués José Custodio de Faria (1756-1819) creó un método de sugestión que operaba mediante la fijación de la mirada y el mandato de dormir. Faria había abandonado la idea de fluido magnético, acentuando las ideas de concentración y sueño lúcido, considerando que *el sueño artificial provenía de la voluntad del paciente, y no de la del hipnotizador.* Así había abierto la puerta a las *curas por medio de la sugestión hipnótica*, sin necesidad de recurrir a un elemento concreto (fluido) para demostrar la eficacia terapéutica de una relación dual (entre el hipnotizador y el paciente).

Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904), es un médico francés que conoció el “magnetismo” en 1848 cuando estudiaba medicina. Comenzó a aplicar el método a través de la técnica de Faria. Les pedía a los pacientes que lo miraran fijamente a los ojos, y después les ordenaba que tuvieran cada vez más ganas de dormir. En la historia de la primera psiquiatría dinámica, Liébeault, después de Puységur, Faria y Braid, fue el cuarto gran pionero del abandono del magnetismo mesmeriano, y uno de los inventores del hipnotismo moderno que daría origen a las diversas psicoterapias de la psiquiatría dinámica.

Jean Martin Charcot (1825-1893) es un neurólogo francés que, en 1875, comienza a interesarse por la hipnosis, abandonando la investigación anatomoclínica en el estudio de la histeria. Con Charcot, la hipnosis comienza a ser utilizada experimentalmente

para producir parálisis por sugestión en estado hipnótico. Eso permite un doble movimiento en la conceptualización de la histeria. Por una parte, establece una equivalencia entre la sintomatología histérica y la producida por hipnosis, en oposición a los síntomas de otras enfermedades neurológicas y a la simulación. Por otra parte, Charcot propone una equiparación entre el estado hipnótico y el estado histérico traumático.

Hippolyte Bernheim (1840-1919), también neurólogo francés, adoptó el método hipnótico de Auguste Liébeault y demostró que *la hipnosis era una sugestión verbal*; formuló entonces el principio de la psicoterapia al pasar de la sugestión hipnótica a la sugestión verbal, en efecto, demostró que la mirada no era necesaria para sumergir al paciente en un estado de sonambulismo, y que con la palabra se obtenían los mismos resultados. Con su obra, Bernheim contribuyó a disolver los últimos restos del magnetismo, anulando la hipnosis en la sugestión.

Freud estudió con Charcot y comenzó a tratar pacientes usando la sugestión hipnótica. Muy pronto oyó hablar de los trabajos de la Escuela de Nancy, fundada por Liébeault, y de los desarrollos aportados en ella por Bernheim. En efecto, Freud tradujo dos libros de Bernheim sobre la sugestión y sus aplicaciones terapéuticas (uno en 1888 y el otro, en 1892), además de asistir al Primer Congreso Internacional de Hipnotismo Experimental y Terapéutico.

Como se puede apreciar, en sus inicios, Freud mostró un gran interés por la hipnosis de Charcot y la sugestión de Bernheim, pero se va distanciando de ambos procedimientos al conocer el “método catártico” de Josef Breuer (1842-1925). En noviembre de 1882, Breuer relata a Freud acerca del tratamiento realizado a una paciente histérica, entre 1880 y 1882, se trata de Anna O; y luego del regreso de Freud en 1886 - de sus estudios con Charcot -, comenzaron a trabajar juntos en el tratamiento de pacientes histéricas. En *“Estudios sobre la histeria”* (1893-1895) Breuer y Freud describen el tratamiento de cinco jóvenes histéricas usando el método catártico, que consistía en traer a la memoria recuerdos traumáticos olvidados a través de la hipnosis y generar así una descarga afectiva o “abreacción”.

Es clave la diferencia entre el método catártico de Breuer y los otros procedimientos terapéuticos, esto se puede entender a partir de lo siguiente:

“el carácter principal del método catártico, por oposición a todos los otros procedimientos de la psicoterapia, reside en que no transfiere la eficacia terapéutica a una prohibición impartida por el médico mediante sugestión. Espera más bien que los síntomas desaparezcan por sí mismos cuando la intervención médica, que se basa en ciertas premisas acerca del mecanismo psíquico, logra hacer que unos procesos anímicos pasen a un circuito [Verlauf] diferente del que desembocó en la formación de síntoma” (Freud, 1904 [1903], p. 237, 238).

Es así como Freud abandona la sugestión y, en un segundo paso, la hipnosis. Serán las “ocurrencias de los enfermos”, sus sueños, sus acciones no deliberadas y los deslices que comete en la vida cotidiana; los que otorgarán el material para la interpretación del método psicoanalítico (1904[1903]). Cabe destacar que el concepto “psicoanálisis” hizo su primera aparición con anterioridad, en *“La herencia y la etiología de las neurosis”* (Freud, 1896b).

Como veremos más adelante, Freud no descartó de manera absoluta la sugestión como método terapéutico, pero previno a los analistas de abusar del poder de aquella modelando al sujeto en función de ideales personales. En la *28ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis*, Freud describe la especificidad del método psicoanalítico para diferenciarlo de la sugestión:

“la terapia hipnótica busca encubrir y tapar algo en la vida anímica; la analítica, sacar a la luz y remover algo. La primera trabaja como una cosmética, la segunda como una cirugía. La primera utiliza la sugestión para prohibir los síntomas, refuerza las represiones, pero deja intactos todos los procesos que han llevado a la formación de síntomas. La terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos” (Freud, 1917, p.410).

Para Freud la educación y el tratamiento por sugestión se ubican dentro de una misma lógica, pues ambas operan a través del modelado del ideal del yo que aporta rasgos

identificatorios a los educandos/pacientes. Es enfático al señalar que el analista no debe actuar como un educador, en efecto, plantea lo siguiente:

“Por tentador que pueda resultarle al analista convertirse en maestro, arquetipo e ideal de otros, crear seres humanos a su imagen y semejanza, no tiene permitido olvidar que no es esta su tarea en la relación analítica, e incluso sería infiel a ella si se dejara arrastrar por su inclinación. No haría entonces sino repetir un error de los padres, que con su influjo ahogaron la independencia del niño, y sustituir aquel temprano vasallaje por uno nuevo” (Freud, 1940 [1938], p.176).

Entonces ¿cómo se entiende que Freud hable del análisis como reeducación o poseducación? Una respuesta a esta interrogante es la siguiente: “en términos generales pueden concebir el tratamiento psicoanalítico como una poseducación... para vencer resistencias interiores” (Freud, 1904, p. 256), resistencias que opone el paciente a la aparición del inconsciente, dado que le produce displacer; es a este proceder aquello que Freud denomina en algunos textos “trabajo educativo”.

Millot (1979) en su lectura de los textos freudianos propone que una “educación de orientación analítica” apuntaría al reconocimiento de los deseos y dicho reconocimiento se produciría en el “decir” del sujeto en el análisis.

Los conceptos utilizados por Freud podrían prestarse a confusión, pues desde cierta perspectiva la educación y el trabajo psicoanalítico irían en direcciones contrarias, en tanto la primera busca ayudar al sujeto a superar el displacer resultante de la frustración de las pulsiones y el segundo busca que el paciente enfrente la realidad de sus deseos inconscientes y decida qué hacer al respecto; pero, desde otro punto de vista, Freud entiende el psicoanálisis como una poseducación o educación para la realidad. Esta aparente contradicción se aclara al entender la definición que hace Freud del análisis como proceso educativo, el cual estaría orientado a vencer resistencias interiores – y no a frustrar las pulsiones como lo haría la educación tradicional - y a hacer frente a la realidad psíquica.

Si bien Freud se muestra crítico respecto de los tratamientos que operan a través de la sugestión, en *“Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”* (1919/1918) se muestra

más flexible y optimista respecto a esta forma de posicionarse en el análisis. Considera la posibilidad de trabajar psicoanalíticamente en contextos distintos a los tradicionales, por ejemplo, consultas o sanatorios que provean tratamientos gratuitos para personas de escasos recursos. Señala que los analistas “aplicando el análisis, volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida...” (1919, p.162). En dichos contextos, propone adecuar la técnica aliando “el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa” (1919, p.163).

Considerando el carácter educativo que tiene el tratamiento de adicciones en general y la sugestión como base de su trabajo terapéutico, resulta interesante buscar en las consideraciones freudianas - respecto del análisis como proceso educativo -, algunos puntos en común para el abordaje de toxicomanías.

Freud plantea que en algunos casos (“niños”, “jóvenes desamparados” y “delincuentes impulsivos” y nosotros podríamos agregar “algunos toxicómanos”), es necesario hacer *“otra cosa que un análisis”*, para generar las condiciones de la ‘situación analítica’. Freud es enfático al señalar que poseeducación no es lo mismo que “educación de alguien inacabado”. Indica que aunque se haga “otra cosa que un análisis”, esta “otra cosa” perseguiría el mismo fin del análisis, es decir, confrontar al individuo con su propio deseo; pero se podría pensar que, para que esto ocurra en el caso de pacientes toxicómanos, será necesario preparar el camino hacia la situación analítica. Algo así como “educar” a quien no ha terminado de educarse. Esto es coherente con lo propuesto por las Comunidades Terapéuticas, que definen su modelo de tratamiento como un proceso “terapéutico-educativo”.

Por tanto, este tipo de trabajo terapéutico propuesto por Freud, que incluye un componente educativo y sugestivo, sería aplicable al tratamiento de toxicomanías en el marco institucional de Comunidades Terapéuticas. Esto entendido como una fase preliminar a la entrada en análisis propiamente tal.

6.3.2. Perspectiva Lacaniana sobre el tratamiento de las drogodependencias

Le Poulichet (2005) se pregunta por qué el uso o abuso de una sustancia podría dar lugar a una aproximación clínica cualitativamente distinta al paciente, se cuestiona si se trataría de pacientes con otra estructura - como lo propusieron algunos autores posfreudianos al pensar en una estructura de personalidad que predispondría a desarrollar una adicción -. Ante esto la autora responde que no, pues la operación propia de la toxicomanía podría darse en cualquier estructura.

Señala que cierto psicoanálisis no interroga el concepto de toxicomanía y acepta que se trata de una enfermedad con características específicas que, incluso, llevan a discutir la pertinencia de un análisis con estos pacientes. Afirma que el psicoanálisis no se limita a las definiciones clínicas de la medicina, pues procede de una forma particular que da lugar a una configuración nueva, es decir, construye un objeto propiamente psicoanalítico.

De este modo, la toxicomanía no debería ser una excepción para el psicoanálisis en materia de definir su objeto de estudio y tratamiento. Por tanto, la autora plantea que serán los discursos de los pacientes toxicómanos aquellos que entregarán el material para pensar su particularidad en una dimensión propiamente psicoanalítica.

Es crítica frente a la definición de toxicomanía concebida como una dependencia fisiológica potenciada por una dependencia psicológica, pues la considera una reducción y racionalización del trastorno, que tiende a excluir al sujeto de su acto y es así como una serie de significaciones y de cuadros psicológicos vendrían a “explicar” esta fármaco-dependencia.

La autora propone que:

“Se apela a la toxicomanía como categoría homogénea y, sin que ésta sea interrogada, en definitiva el toxicómano pasa a ser descrito, comentado, analizado (...) sin que se problematice las nociones de “dependencia”, “falta” (en la abstinencia), las cuales se inscriben como rasgos de la personalidad” (Le Poulichet, 2005, p.26).

Y agrega lo siguiente:

“la toxicomanía como entidad autónoma es ya una teoría y el toxicómano es, él mismo, el efecto de una elaboración secundaria fundada en una tentativa retratística (...) ¿por qué un uso de producto por ciertos individuos puede legitimar una atribución psicológica de significación o fundar una organización psicopatológica autónoma” (Op.cit, p.27).

Frente a esta teoría construida a nivel social, los individuos toxicómanos tenderían a apropiarse de este discurso estereotipado acerca del *flagelo* de la droga, pidiendo el reconocimiento de su pertenencia a dicha categoría; es decir, buscan la identificación con el “soy adicto” y, al mismo tiempo, la validación de dicha identificación.

Lo mencionado acarrea una importante dificultad de los sujetos toxicómanos para elaborar una relación con su propia toxicomanía como acto singular, dado que algunos se presentan “desposeídos de sus actos, opciones o síntomas” (Le Poulichet, 2005, p.46). Es así como los pacientes llegan a consultar con una “tarjeta de identificación”: toxicómano “víctima” o “victimario” de un *flagelo*.

Para la autora, los abordajes de tipo sustancialista que remarcan la omnipotencia del *farmakon* como cuerpo químico, generan un efecto de desubjetivación, anulando la posibilidad de plantearse una posición del sujeto.

En concordancia con los planteamientos de Le Poulichet, Sillitti (2000) propone que incluir a distintas personas en una categoría única llamada “adicciones”, definida por un modo particular de gozar, crea una “homogeneidad ficticia” y su efecto es devastador. El autor señala que el primer obstáculo para el análisis es la identificación del sujeto al “ser adicto”, asociado a este modo de gozar definido por el Otro. Entonces en el camino de un análisis posible, resulta necesario no sólo la “conmoción de la identificación al ‘soy adicto’ sino también la caída del objeto droga como obturador de la falta y como herramienta procuradora de un goce ubicado bajo la sensación de la independencia del Otro” (p.100).

Naparstek (2008) concuerda con la crítica a los tratamientos que operan por vía de identificación, sin embargo, valida la posibilidad de mantener la identificación al “soy adicto” en algunos casos, principalmente en la psicosis. En términos clínicos, lo más importante es preguntarse por la función que cumple la droga para ese sujeto. Se trata más bien de articular la función de la droga con la estructura del sujeto, es decir, “situar qué función cumple la droga en esa estructura” (p.61)

Asimismo, Naparstek (2010) se refiere a la función de las entrevistas preliminares con pacientes toxicómanos y señala:

“En el caso de las toxicomanías, en particular, debemos interrogarnos acerca de qué lugar ocupa la droga para alguien; nos tomamos el tiempo necesario para tratar de localizar ante determinada persona que consume una sustancia, qué usa y para qué la usa. Esto es central, no partimos de la idea que la droga tiene una función única, partimos de que el uso del narcótico puede tener múltiples funciones, tantas como sujetos que usen esa sustancia” (p.40)

Así como lo plantea Le Poulichet, Naparstek (2010) propone que es necesario entender dos posiciones claramente diferenciables en el consumidor de sustancias: el uso del tóxico como un veneno autodestructivo o, por el contrario, el uso del tóxico como una solución o prótesis narcisista. Cuando se piensa la droga sólo como un veneno, el tratamiento busca “quitarle el veneno” al consumidor a través de dispositivos específicos (principalmente con internaciones prolongadas). Desde la posición psicoanalítica, resulta imprescindible cuestionarse si se trata de una solución encontrada por el sujeto para enfrentarse a un problema estructural. En este sentido, es muy importante pensar en qué solución alternativa le propondrá el análisis al paciente drogodependiente, para que éste encuentre un camino propio diferente al que encontró, “se trata de no dejarlo sin una solución a mano y frente al abismo de la estructura” (Op.cit., p.41).

El mismo Naparstek (2010) alude a instituciones para el tratamiento de adicciones que contemplan una internación prolongada para mantener la abstinencia, pero al momento de salir, el paciente vuelve a consumir; él explica esta situación pensando en que el paciente “se encuentra en el mismo punto que cuando entró” (p.41).

En este sentido, Naparstek (2008) señala que para el psicoanálisis “las cantidades y las sustancias no hacen al toxicómano” (p.19).

El autor, más adelante, desarrolla la siguiente reflexión:

“La discusión que subyace es si el veneno está en la droga o si está en el sujeto. Si apuntamos a que el problema está en el sujeto, la terapéutica va a estar dirigida a éste y vamos a escuchar al sujeto, si se piensa que el problema está en el objeto, la terapéutica va a estar centrada en el objeto” (Naparstek, 2010, p.41).

Al hablar de una terapéutica centrada en el objeto, alude al tema de si hay consumo o no, con qué frecuencia, en qué cantidad, etc. Respecto al tema de la abstinencia, Naparstek (2010) plantea que “la abstinencia, por excelencia es la del analista, es él quien tiene que abstenerse de gozar en el lugar de la transferencia. El analista tiene que abstenerse de corresponder a esa demanda, siempre supone un grado de tentación” (p.49).

En este sentido, frente a las toxicomanías surge muchas veces el *furor curandis* que empuja al tratante a “sanar” al paciente y a responder a sus inquietudes y demandas en general, permaneciendo disponible más allá de los límites propios del análisis tradicional (por ejemplo, estar atento a sus demandas todos los días de la semana o respondiendo el teléfono a altas horas de la noche). De este modo, el analista se empeña en hablar por el paciente (al percibirlo como interdicto subjetivamente y sometido a la omnipotencia de la droga) y desear por él (en su deseo por curarlo), hecho que refuerza la pasivización del adicto frente al consumo y la vida en general (Del Solar, 2008).

Respecto de las condiciones de posibilidad para la entrada en análisis, el mismo Naparstek (2010) reconoce que existe en los toxicómanos cierta dificultad para ello, pues el goce del uso del tóxico tiene un sello autoerótico, es decir, pasa por fuera de la relación con el Otro, entonces, el consumidor de drogas se resistiría a permitir el acceso a su modo de satisfacción a un Otro (analista). La satisfacción de la toxicomanía no es una satisfacción que se ligue al Otro, no es una satisfacción que quiera hacer pasar al campo del Otro de la palabra; esto dificultaría el establecimiento de la

transferencia. El autor propone que “si el sujeto logra ligarse amorosamente al analista, es decir, transferencialmente, algo de su padecimiento habrá ya cambiado, ya que dejó de encontrar esa satisfacción solitaria para ligarla a otro y eso implica una modificación del modo de satisfacción” (Op.cit., p.50).

Habría que preguntarse entonces ¿cómo se produce este cambio en el modo de satisfacción en la transferencia?, ¿cuál es la satisfacción que puede obtener el sujeto en la transferencia? Hay quienes plantean que es el goce del sentido, el cual mostraría al paciente la posibilidad de encontrar ciertas respuestas – efectos de verdad – en el campo simbólico. Frente a lo real, el sujeto desarrollará una mayor conciencia y aceptación de lo que no es modificable, como diría Freud *la roca de la castración*. Ligarse a un Otro / analista, impulsaría al sujeto a salir de su repliegue narcisista para ir al encuentro del Otro y el otro, a partir de la mediación y regulación de la palabra que evitará el espanto y el dolor desestructurante.

Miller (citado en Sillitti, 2000a) alude a “patologías de la ética” al referirse a las toxicomanías, al tratarse de sujetos que no estarían dispuestos a responder por su decir y por sus actos, pues el recurrir a una droga les evitaría el paso por el Otro y, en términos concretos, les ahorraría el pensar y el decir; generándose un evidente obstáculo para el trabajo analítico.

Melman (citado en Del Solar, 2008), por su parte, define al consumidor de drogas de la siguiente forma:

“el drogado (...) es un enfermo por razones conceptuales, es decir que su cuerpo está habitado por pulsiones, una vez que él ha comenzado, no puede controlarse solo, y que sus pulsiones van a conducirlo a la muerte. Nosotros lo encontramos en un estado que clínicamente es un estado de enfermedad; todos ustedes se han encontrado con drogos que quieren salir de su adicción, o que lo dicen (...) no se puede creer en su palabra ya que ellos no tienen palabras (...) su palabra no tiene valor, que nadie puede fiarse de ella y, sobre todo, menos ellos mismos, incluso si todo aquello puede parecer patético” (p. 125).

Esta concepción del consumidor de drogas se acerca bastante a la asumida por los discursos sociales comunes y los programas de tratamiento de inspiración religiosa o psiquiátrica, en que se considera que el adicto miente, manipula y es sometido hasta la muerte por la omnipotencia de la droga.

Como consecuencia de esta visión del adicto, el tratamiento sólo podría consistir en una “especie de cruzada moral/curativa”, que haga frente a “este ser interdicto subjetivamente, carente de lenguaje, impotente frente al objeto” (Del Solar, 2008, p.126). En este marco de cosas, es difícil pensar en la posibilidad de que un sujeto pueda pensar sobre su adicción y decidir hacer algo al respecto.

En una apreciación similar a la de Melman, pero menos radical, Sillitti (2000a) ubica las toxicomanías dentro de la “clínica de los bordes”, es decir, de los límites abordables por el discurso y por el trabajo analítico. En la toxicomanía se produce una dificultad para constituir un síntoma en el sentido analítico, pues existe un rechazo del inconsciente. Tarrab (2000b) señala que el consumo de drogas no es un síntoma en el sentido freudiano (como verdad de la castración del sujeto), sino que un “síntoma como modo de goce” (p.122), y su propuesta clínica a partir de ello consiste en “ir de la experiencia de la droga – que inunda la escena de la consulta – a la cuestión del sujeto. A esa cuestión del sujeto que sabemos que es anterior a la droga y para la cual la droga es una respuesta” (Op. cit., p.121).

El síntoma freudiano propiamente tal se presenta como enigmático, a diferencia del consumo de drogas en que no existe tal enigma, sino más bien una certidumbre de un goce que se presenta como garantizado. Lo que lleva a consultar no es el consumo, sino el fracaso de lo que se conseguía a través del consumo. Por tanto, el fracaso de la droga (cuando deja de funcionar como obturador de la falta) daría lugar a la aparición del sujeto y con ello se abriría la posibilidad de un análisis.

Sillitti (2000a) hace una crítica a los tratamientos tradicionales para las toxicomanías:

“los tratamientos tradicionales (Uomo y Daytop) que basan su estrategia en una especie de pedagogía que debería reconstruir la capacidad del sujeto para responder a las exigencias sociales, (...) educar un goce que ha escapado a la

regulación, encuentran sus límites en la transitoriedad de sus logros (...) basados en la idea de un desvío de la conducta intentan la sustitución de un hacer por otro. Reemplazar el hacer de la droga por un hacer comunitario, que respete y haga respetar las normas. Es el recurso a un súper-yo diría más adecuado (aunque no menos cruel). El eje en el que se sostienen estos tratamientos es el de la identificación a la categoría de drogadicto como una patología incurable, razón por la que, con un estilo religioso, se recurre al ex-adicto. En este caso hay un tratamiento de lo real de un goce en el cuerpo, por lo imaginario de la identificación” (p.79)

El autor propone que el psicoanálisis es un tratamiento que apunta a una sustitución:

“La sustitución de la sustancia en el cuerpo, por el de la palabra (...) se trata de que el sujeto acepte el goce del sentido que se pone en juego en el análisis. Para ello es necesario que el goce autoerótico puesto en juego en la toxicomanía sea cedido. Se trata de un tratamiento de lo real por lo simbólico” (Op.cit., p.80).

Desde su perspectiva, todas las estrategias que sirvan para abrir la palabra del sujeto son válidas, entre ellas, la internación en Comunidad Terapéutica (a pesar de su trabajo a un nivel predominantemente imaginario).

En este mismo sentido, Gabriel Balbó (citado en Del Solar, 2008) se plantea frente al tratamiento de toxicomanías de la siguiente forma:

“Cómo conducir una cura con un toxicómano? Primero, hay que llevarlo a familiarizarse de nuevo con las reglas de la sintaxis y con la multiplicidad de empleos de un vocabulario: aprender correctamente lo que hablar quiere decir es, sin duda más educativo que analítico, pero ello es indispensable. Con los toxicómanos propiamente dichos, un tal trabajo educativo se impone, no toleran ningún compromiso y debe ser organizado como lo es todo trabajo educativo, de manera obligatoria y punitiva” (p. 130).

En Chile hay posturas diversas respecto de la dependencia de sustancias y el tratamiento sugerido; Cristian López (2007) enfatiza el “anclaje biológico” de la adicción y la necesidad de un período de abstinencia prolongado para dar lugar,

posteriormente, a la “rectificación subjetiva”. El autor propone utilizar la entrevista motivacional de Miller y Rollnick e incluso herramientas cognitivo-conductuales, como parte del proceso inicial que generará las condiciones para el trabajo analítico futuro. Entiende la detención del consumo como una “decisión del sujeto” que tiene como fin revertir la compulsión de la adicción; esta decisión sería parte de la lógica de la rectificación subjetiva, la cual le daría sentido a elementos como la hospitalización, el uso de psicofármacos o el recurrir al apoyo de otros significativos.

Por el contrario, Germán del Solar (2008) no exige abstinencia como pre-requisito para el tratamiento ni condena las recaídas, pues las considera material relevante a analizar; el único requisito para entrar a tratamiento será que el paciente asista a consultar voluntariamente por un deseo de hacer “algo” respecto de su consumo. El autor critica los tratamientos tradicionales para las adicciones, considera que el rótulo “enfermedad” pasiviza al individuo y es, en este contexto, que los tratamientos adoptan:

“un formato obligatorio, muchas veces internaciones largas, gran cantidad de medicamentos a fin de obturar el deseo de consumo e impedir las posibles recaídas (tan necesarias para un buen trabajo terapéutico!), actitudes punitivas frente a episodios de consumo, etc. El análisis que tiene por principio permitir la aparición del deseo del paciente, el despliegue de su inconsciente, la asunción de su posición subjetiva, no funciona de esta forma en estos tratamientos, pues más bien tenemos a un analista que se empeña en hablar por él, en desear por él (desear curarlo a como dé lugar)” (p.129).

Como se puede constatar, el tema de las adicciones es un campo que divide a los autores lacanianos, principalmente en torno al tema de la abstinencia como requisito para la entrada en análisis. Cabe hacerse la pregunta en torno a ¿qué es lo que se juega en la abstinencia? Será importante pensar a nivel institucional, la función que cumplirá la exigencia de abstenerse de sustancias para efectos del tratamiento, esto en términos de definir con claridad si constituye una limitación al goce que opera como castración simbólica que permitiría abrir la palabra del sujeto o, por el contrario,

funcionará como imperativo superyoico obturando así la posibilidad de que se despliegue el discurso.

6.3.3. Instituciones de Orientación Analítica para el Tratamiento de Toxicomanías

Ahora bien, luego de haber desarrollado los aportes más importantes en materia de tratamiento de adicciones desde la perspectiva psicoanalítica, se pretende revisar a continuación algunas formulaciones lacanianas respecto de las instituciones posibles para el tratamiento de toxicomanías. Existen dos modalidades terapéuticas propuestas:

6.3.3.1. Comunidades Terapéuticas Modificadas

Pretenden incorporar algo de la lógica psicoanalítica para el diagnóstico y el tratamiento. Surgen a partir de la crítica desde el psicoanálisis a las instituciones tradicionales, en vías de abrir la escucha de la institución. La principal crítica al dispositivo de Comunidad Terapéutica se puede sintetizar en el señalamiento de Borderías:

“problemas a veces insuperables, cuando los dispositivos son gestionados por un amo sordo o burócrata que tiende a sepultar la posición ética del sujeto. Los criterios de ‘normalización’ ignoran las condiciones del inconsciente, y solo el uso masivo de la de la nueva farmacología y de la sugestión le permiten al amo contemporáneo mantener la ficción de dicha ‘normalización’, obviando los desplazamientos del goce” (en Botto, Naparstek & Salamone, 2003, p. 102)

Existen una serie de indicaciones de parte de los analistas lacanianos sobre los resguardos a tener en consideración al trabajar analíticamente en una institución tradicional para el abordaje de toxicomanías – Comunidad Terapéutica -; estos

resguardos dicen relación con los desarrollos teórico-clínicos del psicoanálisis aplicado y la ética del psicoanálisis.

Abundan las descripciones de las dificultades que encuentran los analistas para insertarse en las instituciones tradicionales y los riesgos de traicionar la ética analítica en pos de la integración y el trabajo interdisciplinario.

Un ejemplo de Institución Tradicional Modificada para la implementación de la lógica psicoanalítica, es el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), organismo descentralizado integrante del Ministerio de Salud de la Nación en Buenos Aires, Argentina, que se encuentra en funcionamiento desde 1973 (Ministerio de Salud, Argentina, 2011).

Rubén Ghia, es el Jefe del Departamento de Asistencia Integral del Centro, y lo describe como un Centro de Tratamiento de Toxicomanías que incorpora una lógica psicoanalítica lacaniana en el análisis de casos (Ghía, 2011). Llama la atención, no obstante, la contradicción inherente al mismo nombre de la institución: Centro de *Reeducación Social*, en que se puede observar la confusión que se produce en este campo clínico, al intentar integrar perspectivas de análisis y tratamiento tan disímiles; existiendo el riesgo de terminar en un eclecticismo algo incoherente.

6.3.3.2. *Instituciones Orientadas Analíticamente:*

Marcelo Salvai, se formula la siguiente pregunta: ¿cómo trabaja un psicoanalista en una institución?, pero transforma el cuestionamiento y lo desplaza hacia ¿cómo hacer posible una institución orientada psicoanalíticamente? (En Botto, Naparstek & Salamone (Eds.), 2003, p.183). Dicho desplazamiento, se puede entender al constatar la *imposibilidad* de que un analista se integre a una institución tradicional, en la medida que ella no se haya modificado previamente para generar las condiciones y el espacio para que el *deseo del analista* opere. Se trata, por tanto, de una cuestión ética.

El autor hace una serie de sugerencias para pensar una institución orientada psicoanalíticamente. Propone intentar una “clínica del sujeto”, con la consecuente

introducción de éste en el discurso, “que aparezca en algún momento un sujeto de la palabra, esa es la apuesta del psicoanalista” (Op.cit, p.185).

Señala que la Ley Penal de Estupefacientes 23.737 en Argentina, otorga una serie de significantes a los consumidores de drogas: “drogadicto”, “toxicómano”, “delincuente”; esto en términos de proveerles una identidad, con el efecto tranquilizador que ésta les produce, en contraste con el cuestionamiento de la posición de sujeto.

Para poder trabajar psicoanalíticamente con un paciente que llega identificado a alguna de estas etiquetas, habrá que tomar una decisión respecto a poner en cuestión estos significantes dados por el Otro de la ley; implica ir más allá del rótulo “toxicómano”, es decir, “ponerlo a hablar de sus significantes” (Op.cit, p. 185). Esto se opone a lo que hacen las instituciones tradicionales para el tratamiento de adicciones, que refuerzan dicha identificación. Muchos de los pacientes que buscan tratamiento no pretenden renunciar a dicha nominación “tranquilizadora”, por eso buscan instituciones “especializadas en adicciones” que les confirmen el rotulo y consoliden con ello la identificación.

Toda institución tiene normas, es decir, un “para todos”; por tanto, una institución orientada psicoanalíticamente también enunciará sus pautas. Pero existe *la excepción* y dicha consideración permitirá la construcción del caso a caso. El analista en la institución aporta desde el principio del tratamiento, con entrevistas preliminares que permitan hacer un diagnóstico y construir una demanda. Será distinto si se trata de un neurótico que se ve enfrentado a su falta en ser al cuestionar su identificación de “adicto”, preguntándose: si no soy un adicto, entonces ¿qué soy?; a encontrarnos con un psicótico en que la identificación con el “ser adicto” pudiera funcionar como punto de capitón, estabilizando así la psicosis.

Por otra parte, Silvia Botto, comenta su experiencia en el tratamiento de toxicomanías desde 1996, como directora de un centro de orientación freudiana/lacaniana en Buenos Aires, Argentina (Botto, Naparstek & Salamone (Eds.), 2003, p.31).

Su propuesta de trabajo con toxicomanías, consiste en una institución cuya modalidad incluye internación y hospital de día; esto por tratarse de patologías caracterizadas por el “pasaje al acto”. El objetivo es “poner límite al daño en el cuerpo y al consumo en su faceta de goce destructivo, para establecer las condiciones mínimas de instauración de un sujeto de la palabra” (Op.cit., p.34). Considera este tratamiento como algo preliminar y no un análisis propiamente tal.

Desde la perspectiva de la autora, el corte del consumo generaría la dimensión de la falta, necesaria para la producción de una demanda del sujeto en la cual pueda articularse un deseo. Sin embargo, la transferencia inicial se dirige a la institución y no al analista, pues no hay una demanda de saber sino de límites, contención y garantía de un contexto reglado.

Las intervenciones de la institución deberán ir en el sentido de instalar un “no” al goce, desde lo real, lo simbólico y lo imaginario. En lo real, se trata de una intervención sobre el cuerpo, impidiendo el daño y las intoxicaciones; en lo simbólico, implica un contexto normativizante que permita establecer un lazo con un discurso, desde el Nombre del Padre, desde la ley, que no es caprichosa ni arbitraria sino que se articula a un reglamento. En el registro imaginario se pueden encontrar todos los elementos que, en la relación y comunicación con otros, operarán como restricción al consumo autodestructivo.

Una segunda arista de la intervención en una institución orientada analíticamente, consiste en preservar la dimensión de la excepción, es decir, la singularidad de cada sujeto, como plantea la autora “no se trata de hacer de la excepción una regla – lo que nos llevaría a un todo vale – sino de detectar la necesidad de cada sujeto de hacer valer su marca” (Op. cit, p.36). Como consecuencia de ello, “no hay un programa igual para todos, tanto en su extensión temporal, como en las vicisitudes de salidas, permisos, etcétera” (p.37).

Otra experiencia analítica en el trabajo con toxicomanías, es el Centro de Día para Toxicómanos “Comunidad Zero”, creada por Orfeo Verdicchio en 1986, en la ciudad de Macerata, Italia (Sinatra, Sillitti & Tarrab (Comp.), 1995, p. 17).

Comunidad Zero, es concebida como una instancia “previa a la demanda”, cuyo fin será justamente construir la demanda del sujeto, en vez de la adaptación exigida por las instituciones tradicionales. Verdicchio critica la adaptación, al concebirla como un sustituto de la dependencia de la droga, pues se inserta en el principio del placer: “tú dejas la droga y tendrás a cambio la satisfacción del trabajo y el calor humano del grupo” (Op.cit., p.19); se produciría con ello, un paso del “goce de la química” al “goce del renunciamiento” (p.19).

A poco andar, el nombre del centro es cambiado por: “Comunidad Terapéutica de día Zero”, para indicar un cierto vaciamiento necesario de saber terapéutico. Este centro tiene una particularidad, que es el encuentro regular entre los analistas de la institución, para una permanente actualización; esto genera un efecto retroactivo – *nachträglich* – e introduce la función de sujeto supuesto saber, que permite una lectura *après coup* de los actos y las palabras del paciente.

La institución se ocupa de la creación de espacios para la palabra y la dramatización, la vida en el grupo haría emerger las identificaciones imaginarias, llevando a actuar los fantasmas inconscientes; con ello se genera la posibilidad de encontrar en el propio fantasma el acceso a una satisfacción que no sea simplemente el renunciamiento a la droga. El rol del operador terapéutico deja de ser vigilar y castigar, se espera más bien que ponga en función la escucha analítica y, a partir de ello, pueda puntuar el discurso y escandir la relación del sujeto con los otros. Se trata de hacer pasar la transferencia imaginaria del operador a nivel del deseo (Op.cit, p.22).

Verdicchio señala:

“el toxicómano demanda amor como buscaba la droga. Confunde el goce de la droga y el amor, no soporta la pérdida que comporta la demanda dirigida al Otro y es eso lo que debe experimentar, que se tenga en cuenta su demanda. La

comunidad no debe obturar esto con un ofrecimiento ideal. Lo que nosotros le damos es el ofrecimiento de una falta: el deseo del operador” (Op.cit, p.24).

Esto se manifiesta en que el deseo del operador no es “enseñar”, “normalizar” o “curar”, sino que se trata de un deseo sin objeto dirigido al saber; saber no de la abundancia del toxicómano, sino del inconsciente, en tanto discurso del Otro.

Al conocer las distintas alternativas de tratamiento institucionales de orientación analítica para el abordaje de toxicomanías, surge la siguiente pregunta:

*¿Será ese “hacer algo distinto al análisis”, que propuso el mismo Freud, la puerta de entrada para un dispositivo como el de Comunidad Terapéutica con miras a *abrir la palabra del sujeto?**

7. Conclusiones: Psicoanálisis y Comunidades Terapéuticas ¿Diálogo Imposible?

“... el deseo del hombre largamente sondeado, anestesiado, adormecido por los moralistas, domesticado por los educadores, traicionado por las academias, se refugió, se reprimió muy sencillamente en la pasión más sutil y también la más ciega, como nos lo muestra la historia de Edipo, la pasión de saber. Es ella quien está marcando un paso que aún no ha dicho su última palabra”
(Lacan, 1960, p.385, 386)

Para concluir esta tesis, se pretende desarrollar un contrapunto entre la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y algunas formulaciones del psicoanálisis freudiano y lacaniano, de manera tal de aportar a la discusión en torno a la posibilidad de que un psicólogo de orientación analítica se integre a un equipo de trabajo de una Comunidad Terapéutica y asuma una posición que no traicione la ética del psicoanálisis.

Uno de los propósitos centrales de esta tesis es responder a la pregunta por la dirección de la cura, en términos de definir si existe una disyuntiva radical entre las Comunidades Terapéuticas y el Psicoanálisis, o podría existir de fondo cierta convergencia.

Para dar inicio a la discusión, comenzaremos con una descripción detallada de la concepción que tiene la perspectiva de Comunidad Terapéutica respecto de la dirección de la cura.

7.1. Dirección de la cura en las Comunidades Terapéuticas

La experiencia clínica muestra que un elevado porcentaje de los individuos que desarrolla una adicción y busca tratamiento, se siente impotente frente a la sustancia y la posibilidad de dejarla, por tanto, deja su recuperación en manos de un poder superior. Antiguamente, cuando no existían los centros de rehabilitación, los adictos buscaban ayuda en grupos religiosos para recuperarse, dejando en manos de Dios su salvación (también en el presente hay un gran porcentaje de consumidores que

recurren a esta alternativa de tratamiento); posteriormente, encontraron en Alcohólicos Anónimos un apoyo frente a la imposibilidad de controlar el consumo de alcohol de manera autónoma y, desde ese entonces hasta la actualidad, han recurrido a las Comunidades terapéuticas de rehabilitación en busca de *recibir* un tratamiento especializado.

Se remarca el concepto de *recibir*, por la pasividad asociada al concepto. El adicto se presenta en el tratamiento como una “víctima” del “flagelo” de la droga y no como una persona con capacidad de decidir hacer algo al respecto. A esto se debe que busque ayuda en un tercero “especialista” que le diga qué debe hacer con el consumo y con su vida.

La Comunidad Terapéutica refuerza esta idea que el consumidor tiene acerca de sí mismo, al concebirlo como una “persona trastornada” con una serie de déficits a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Se subraya la “gravedad” de los pacientes adictos, asociándolos a patologías severas como: “límitrofes”, “trastornos de personalidad”, “sociopatías” o “perversiones”.

Ya desde la era pre-cristiana se hablaba de “enfermedades del alma” manifiestas en “placeres y apetitos”, “pasiones y vicios”, que eran tratadas a través de preceptos morales que apuntaban a corregir el “desenfreno” y la “locura”. Con el cristianismo surge la *exomologesis* que consistía en el reconocimiento de sí mismo como pecador. Más adelante con los grupos evangélicos a cargo de la rehabilitación, se comienza a hablar de “erosión espiritual” y la necesidad de un “rearme moral” para enfrentar trastornos como la adicción. Todas las Comunidades que surgen desde entonces tienen esta impronta religiosa y moralista.

De este modo, una de las aristas de la dirección de la cura en las Comunidades Terapéuticas sería “poner freno” a la “inmoralidad”, entendida como la ausencia de valores básicos para la convivencia humana. La Comunidad asume como un a priori incuestionable el “daño” a sí mismo y a los demás producto del consumo. Coherente con ello, una de las primeras metas que se propone es que el paciente desarrolle “conciencia de daño”, poniendo un especial énfasis en el daño causado por el adicto a

las personas significativas. Esto se traduce en un tratamiento con un claro sesgo persecutorio, culpabilizador y castigador.

La Comunidad busca generar un cambio en la personalidad y en el estilo de vida del adicto. Espera que llegue a tener una “vida correcta”, la cual es definida como una vida “ordenada” y en sobriedad. La Real Academia Española [RAE] (2011a) define lo correcto como “*libre de errores o defectos, conforme a las reglas*”; además lo asocia a una persona “*de conducta irreprochable*”. Será la Comunidad a través de sus “reglas” aquella que definirá qué es un “error” o “defecto” y cuáles serán aquellas conductas “reprochables”.

Lo “correcto” en la Comunidad Terapéutica se asocia a lo “bueno” que, a su vez, está estrechamente relacionado con los valores y la moral. En consecuencia, la “reeducación valórica” será uno de los ejes fundamentales del tratamiento en Comunidad. Dentro de los valores a desarrollar o recuperar, cabe destacar los siguientes: “responsabilidad”, “honestidad”, “respeto” y “humildad”. Nótese la evidente conexión con los valores promulgados por el cristianismo.

En la Comunidad, en general, y en el trabajo grupal, en particular, existe el riesgo de que la honestidad se transforme en exposición o exhibicionismo; así también la humildad y el respeto, podrían operar como formas de sometimiento. La “desadaptación al entorno”, que la Comunidad define como característica del adicto, no necesariamente es negativa para el sujeto, pues pudiera abrir un camino de liberación desde un contexto hostil o perturbador.

La Comunidad remarca la centralidad de la “autoayuda” a través del trabajo grupal. En este contexto, es el grupo el que define el problema y las soluciones. Es difícil encontrar un espacio para la singularidad, dado que el grupo se esfuerza por unificar la forma de pensar de cada miembro, lo corrige en caso de desviarse en definiciones de sí mismo “incorrectas” o “justificaciones” para su actuar.

El tratamiento moral de las Comunidades Terapéuticas se mezcla con un abordaje educativo, combinación que resulta coherente, en tanto, ambas perspectivas se basan en la *sugestión*, entendida como la influencia sobre el sujeto de la palabra de un Otro

investido de autoridad. Esto se traduce en una importante restricción de la posibilidad de que el sujeto *piense* acerca de lo que le ocurre o bien reflexione acerca de lo que decide. El modelo de Comunidad Terapéutica “ya pensó” por el adicto y le ofrece respuestas claras y delimitadas a su malestar, a través del terapeuta que actuará como modelo e ideal, pues él “sabe” cómo son “todos los adictos”.

Tareas como la psicoeducación grupal o individual limitan el rol del psicólogo a la ejecución de una técnica preestablecida, restándole la posibilidad de trabajar contemplando la subjetividad del paciente. Considerando que la psicoeducación consiste en entregar información a los pacientes respecto a su padecer, a saber “la dependencia de sustancias”, la posibilidad de que el paciente diga lo que le pasa de forma espontánea resulta difícil. Un psicólogo que realiza esta función, por tanto, tendería a convertirse, paradójicamente, en un “educador” que enseña a los pacientes “qué es lo que tienen”, más que escuchar de éstos aquello que los aqueja.

El modelo de trabajo de la Comunidad limita la posibilidad de que el paciente hable sobre su malestar más allá de los síntomas descritos por el diagnóstico médico. Para realizar el diagnóstico, basta con recurrir a los criterios del DSM IV o del CIE 10, por lo tanto, cuando al sujeto se le pregunta por su problema, éste debe limitarse a responder preguntas concretas que hagan al entrevistador llegar al diagnóstico, en este caso, dependencia de sustancias.

En la Comunidad Terapéutica la droga es el elemento central en el diagnóstico y el tratamiento, de allí se desprende la importancia de la abstinencia como requisito para el tratamiento y como medida de la eficacia de éste. Cuando el tratamiento en Comunidad sigue girando en torno a la droga, replica la misma lógica de la adicción; esto conlleva el riesgo de que, al finalizar el tratamiento, el sujeto siga viviendo en torno a la sustancia, aunque sea en función de rechazarla.

Si bien, existe un esfuerzo en el Modelo de Comunidad por entender la adicción como un “trastorno” y no como una “enfermedad”, en la mayoría de Comunidades Terapéuticas (reconocidas por el NIDA), de manera más o menos implícita, se entiende la adicción como una enfermedad médica, lo que se traduce en una clara delimitación en cuanto a su etiología, curso, pronóstico y tratamiento. El concepto de “trastorno”

no se reduce a la alteración biológica y consiste en una perturbación que “se extiende más allá del propio consumo inadecuado de sustancias (...) el *cuadro de disfunciones y deterioros* que presentan los individuos ingresados en tratamiento refleja un trastorno fundamental que afecta a la persona en su totalidad” (De León, 2000, p. 63). El trastorno abarca cuatro áreas fundamentales: una vida en crisis, incapacidad para mantener la abstinencia, disfunción social e interpersonal y un estilo de vida antisocial.

El argumento médico de sensibilización dopaminérgica para justificar la adicción como “enfermedad crónica”, hace pensar en la imposibilidad de detener su avance y menos aún, revertir sus daños; esto trascendería la voluntad del sujeto y su capacidad de elegir. Dicho argumento no explica cómo muchos consumidores abusivos de alcohol y/o drogas durante la juventud, logran reducir de forma considerable su consumo al avanzar a la etapa adulta en que deben asumir una serie de responsabilidades y tareas que les impiden mantener el consumo. Por consiguiente, esta hipótesis parece funcionar en algunos casos y no sería generalizable a todos los consumidores.

Como la meta de la mayoría de las Comunidades Terapéuticas es la abstinencia total, no hay posibilidad de que el paciente elija dejar de consumir una sustancia que lo daña y seguir consumiendo otra, o bien reducir el consumo. No hay espacio a la diversidad en la elección. Muchos quedarán fuera del sistema de Comunidad al no aceptar dejar el alcohol por ejemplo, cuando se podrían beneficiar de abandonar otras sustancias.

La Comunidad impulsa al consumidor a asumir la responsabilidad por sus “errores”, entre ellos, el haber elegido el camino del consumo de sustancias; es decir, se parte de la premisa que consumir una droga es un error, independiente de las motivaciones personales para hacerlo.

En este marco de cosas, se exige al paciente contar con un “apoderado responsable” que lo acompañe en su proceso terapéutico; esto dado que el consumidor es considerado “irresponsable” e incapaz de responder y comprometerse genuinamente con su tratamiento.

Surge la pregunta en torno a ¿quién dice que ese “apoderado” va a tomar una mejor decisión que el mismo paciente? Puede que la decisión de drogarse, con la

consiguiente pérdida de control (relativa), no haya sido la mejor para el sujeto; pero hay mejores o peores decisiones en todo ámbito de acción y no sólo en materia de consumo de drogas. Por tanto ¿quién define cuáles son las mejores decisiones para el sujeto?. Al exigir un apoderado responsable, la Comunidad entiende que será éste quien decidirá lo “mejor” para el paciente.

En síntesis, la Comunidad Terapéutica concibe la *Dirección de la Cura* en tres ejes fundamentales:

1. Abstinencia de sustancias, desarrollo de “conciencia de enfermedad” e identificación a la condición de enfermo, que es la base y el requisito para la recuperación; todo en el marco de un **Tratamiento Médico**. Este eje tiene como premisa la concepción del adicto como un “enfermo crónico”.
2. Logro de una “vida correcta” y adaptación al entorno socio-familiar, a través de un **Tratamiento Moral** que orienta al adicto a tomar “conciencia de daño”. A este eje subyace la noción del adicto como “inmoral” o “pecador”
3. Educación o “reeducación valórica” por medio de un **Tratamiento Educativo** en busca de “habilitar” o “rehabilitar”, es decir, desarrollar “habilidades” para vivir. Incluye el enseñar al adicto acerca de la “enfermedad”, para que aprenda a “vivir con ella”, pues nunca dejará de ser adicto. En este caso, la concepción del adicto que se encuentra implícita, es la de una “persona trastornada” y, en el caso extremo, un “delincuente”.

Todos estos ejes están atravesados por la **sugestión**, como estrategia subyacente al tratamiento, entendida en los términos ya expuestos en el capítulo anterior.

En la Comunidad Terapéutica el rol del terapeuta rehabilitado es clave en el proceso de reeducación valórica; el “ex - adicto” (concepto contradictorio por definición, pues nunca deja de ser adicto) habría logrado todos los objetivos del tratamiento de Comunidad – la abstinencia de sustancias y una vida correcta - y, por tanto, su experiencia de vida constituye un modelo a seguir y un ideal a alcanzar.

Respecto de la droga, subyace el supuesto de que se trata de un *veneno*, que enferma, hace daño y trastorna a la persona. No existe posibilidad alguna de que “sirva” o haya cumplido una función importante para el consumidor.

El tratamiento, en todos sus ejes, es homogéneo y una de sus principales vías de acción es la *autoayuda* como fenómeno grupal. Tiene que ver con “reconocerse a modo de espejo” en las experiencias de los demás, aprendiendo de sus “errores” y formulando soluciones uniformes al malestar.

La subdivisión realizada constituye un esfuerzo por esquematizar el trabajo de Comunidad con fines explicativos, pues es evidente que los ejes se superponen entre sí.

7.2. Algunas diferencias con el psicoanálisis

El consumidor de drogas consulta cuando está en un punto crítico y, por lo general, luego de un ultimátum de la familia o el trabajo. Las expectativas de quienes impulsan al paciente a consultar, son que el *especialista* ponga orden y adapte el sujeto a su medio. Como ya se explicitó, las Comunidades Terapéuticas funcionan de esta forma y apuntan a conseguir dicho objetivo. En este sentido, el dispositivo de Comunidad respondería muy bien a las esperanzas de quienes buscan tratamiento.

El psicoanálisis, por su parte, no pretende adaptar el sujeto al contexto, ni busca “ordenar” la vida del paciente. El análisis no se arroga un poder tal de ordenar o dirigir la vida de los pacientes, lo que dirige el analista es la cura (Lacan, 1958). Por consiguiente, la relación entre una familia que busca ayuda y el psicoanálisis pudiera entrar en cierta contradicción, al menos inicialmente.

El énfasis valórico – en los términos definidos por la Comunidad - marca una gran diferencia entre el trabajo de Comunidad Terapéutica y el psicoanálisis; en las primeras se asume que el adicto tiene un “sentido del deber deteriorado”. Es así como aparece el abordaje religioso de las adicciones, que comienza mucho antes de que la medicina o la psicología se propusieran intervenir en este campo.

La religión refuerza el “ideal de Dios” o el “ideal del padre”, siendo el único capaz de guiar al sujeto por el “buen camino” de la abstinencia. Sin embargo, el dejar la recuperación en “manos de Dios”, desresponsabiliza al sujeto y lo hace sentir tremendamente vulnerable a que “el diablo meta la cola” (Naparstek, 2008, p.71); así se entiende la recaída. Y entonces, “¿quién puede contra el diablo?” (Op cit, p. 71).

Freud consideraba a la religión una de las principales responsables de la restricción en la capacidad de pensar en el adulto medio. Esto es coherente con la desresponsabilización propia de aquel que no piensa y espera que otro u Otro lo haga por él.

En este contexto, Sillitti (2000d) alude a una clínica del superyó en el tratamiento de las toxicomanías y desarrolla su planteamiento comenzando por definir al superyó

como “una instancia normativizadora, ligada a la instauración de la prohibición del incesto y la represión de las tendencias agresivas” (p. 127) y como planteó Freud, heredera del Complejo de Edipo en el sentido de representante de la figura parental.

Sin embargo, es importante no confundir al superyó con la ley, por lo menos aquella que pacifica. Cabe recordar que según Freud, el superyó funciona al servicio de la pulsión de muerte y, por tanto, puede resultar martirizador, lo que se observa en el sentimiento de culpa secundario a la transgresión. En *el malestar en la cultura* (1930) aparece el carácter paradójico del superyó que vela por el cumplimiento de las pautas morales, pero cuanto más se cumple con ellas, más severo y exigente se vuelve; por consiguiente, para aplacar al superyó habría que acatar sus órdenes, pero como esto no lo calma sería preciso desobedecerlo, pero esto aumenta sus exigencias. Se podría decir, por tanto, que el superyó empuja a un goce imposible (Sillitti, 2000d).

Miller vincula esta figura del superyó al Deseo Materno “un deseo sin ley, caprichoso, antes de ser interpretado por el Significante del Nombre del Padre (...) que abre a la instancia fálica como esa otra cosa que desea la madre” (Op. Cit., p.129). Con la inscripción del falo, el Nombre del Padre pondría un límite al deseo caprichoso de la madre y al sadismo del superyó.

En este contexto, resulta interesante pensar en la figura del superyó a la luz de los tratamientos tradicionales para las toxicomanías, entre ellos las Comunidades Terapéuticas, que tienen un claro enfoque superyoico, entendido en su sentido paradójico: como restricción a la satisfacción pulsional y, al mismo tiempo, como un imperativo de goce. Se podría pensar el sometimiento del paciente a la Comunidad Terapéutica como una forma de goce y, en tanto objeto de goce del Otro, se produciría una desubjetivación. Con ello, se reemplaza un goce por otro: el sometimiento a la droga, por el sometimiento a la institución.

Al respecto, Botto (2003) propone lo siguiente:

“este funcionamiento superyoico que rige en la mayoría de las comunidades, instala aquello mismo de lo que el sujeto intenta escapar: el imperativo a gozar. No es un goce reglado o normativizado según la ley del padre, acorde con un ideal

es, por el contrario, un goce caprichoso que revela el sometimiento a una voz que lo impone, que no deja espacio para un 'no'" (p.35)

Dependerá del equipo terapéutico en particular si la figura del superyó asumirá un modo arbitrario, martirizador y feroz, como el deseo de la madre sin regulación fálica; o bien se tratará de una instancia normativizadora y reguladora de impulsos con el límite propio del significante fálico, orientada a la readaptación / sobreadaptación del paciente a su medio, con la consecuente definición de un modo de goce "más apropiado" al contexto.

En este sentido, la abstinencia de sustancias no hará que el adicto deje de serlo, tal como ocurre en la circularidad del mandato superyoico, en que mientras más se cumple con él, más tirano se vuelve.

Cuando el tratamiento adopta un estilo persecutorio, restringe la posibilidad y capacidad de los pacientes para pensar sobre su consumo y su vida en general. Así también, la escucha de la institución tiende a cerrarse y escuchar sólo aquello que espera oír. Esto recuerda las críticas del mismo Freud hacia la educación tradicional y la religión, percibiéndolas como las grandes responsables de la mediocridad del pensamiento adulto. Esto adquiere sentido al concebir el tratamiento de Comunidad Terapéutica como una modalidad basada justamente en la educación (o reeducación) y la religión.

La Comunidad Terapéutica entiende el éxito del tratamiento como la abstinencia total de sustancias y la adaptación del sujeto al entorno sociofamiliar y laboral, en este sentido, cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿quién dice que adaptarse al entorno será mejor que salirse de él? Hay quienes se rebelan a través del consumo de drogas, pero se rebelan al fin. Entonces ¿qué se juega en la rebelión?, ¿pudiera existir una rebelión menos autodestructiva? Estas preguntas pueden encontrar un espacio en la escucha analítica.

Otra diferencia fundamental entre las Comunidades Terapéuticas y el Psicoanálisis, es la tendencia de las primeras a homogeneizar a los "adictos" y universalizar el tratamiento, a diferencia de la singularidad buscada por la perspectiva psicoanalítica.

A diferencia del modelo de Comunidad Terapéutica, el psicoanálisis considera en primer plano la *noción de sujeto* en la práctica clínica, que dependerá siempre del lenguaje. Existe una singularidad dada por el “decir” del paciente y la posición que éste asume respecto de sus dichos. Esta *noción de sujeto* conduce a resaltar la importancia de la palabra del paciente y su subjetividad en la definición del problema. Recoge el significado personal e intrínseco de la adicción como vivencia no clasificable ni aislable de quien la presenta y, justamente es en esta significación dónde el sujeto se afirma como tal.

En este contexto, se entiende el diagnóstico de dependencia de sustancias como un constructo médico y no como una realidad objetiva que preexista al sujeto. El diagnóstico psicoanalítico, por el contrario, se constituye en una hipótesis que se mantiene en cuestión a lo largo del tratamiento y no sería una verdad a priori que determina el proceder del analista. Cabe hacer una observación al respecto, si bien el diagnóstico orienta la cura, este diagnóstico surge como el resultado de la escucha constante en el análisis de la posición que tiene el paciente respecto de sus dichos en relación al deseo, el Otro y su singular modo de goce.

El psicólogo de orientación analítica se enfrenta al interior de una Comunidad Terapéutica a la dificultad que tiene el trabajar con un *problema* que es definido por un tercero especialista y no por el propio sujeto. Además, el diagnóstico se instala como una respuesta preestablecida al malestar del paciente que dificulta la posibilidad de preguntarse por su consumo; el diagnóstico *dependencia de sustancias* explica su estado, sus emociones, sus pensamientos, sus sensaciones físicas, etc. La estandarización del diagnóstico, en cierto sentido, hace perder de vista que éste es construido en tanto es útil para cada paciente en particular. Consecuencia de lo anterior, es que la práctica del psicólogo que supone trabaja con la singularidad del paciente, se puede perder en la universalidad del diagnóstico.

Así se agrega una dificultad adicional: la de “remover la etiqueta” que instala el diagnóstico en el paciente, que lo vuelve un ser pasivo frente a la adicción; la autonomía y posibilidad de atribución de sentido personal, se ven restringidas por el diagnóstico “experto”. La mayoría de autores lacanianos critican la identificación al

“soy adicto”, sin embargo, hay quienes lo defienden cuando se trata de un significante que anuda una estructura psicótica que, de otro modo, se desencadenaría.

Son múltiples las etiquetas que van surgiendo en la Comunidad. Los adictos son definidos en términos universales como: “impulsivos”, “mentirosos”, “manipuladores”, “victimistas”, entre otros. La perspectiva de la Comunidad tiende a considerar estos elementos como características “estructurales” del paciente; desde el psicoanálisis, podríamos pensar en características yoicas y no más allá. De ello se desprende la importancia de establecer una clara diferenciación entre un nivel imaginario de “observación” – propio de la Comunidad – y un nivel simbólico en la “escucha” – que agrega la perspectiva analítica al nivel imaginario -.

En este sentido, se podría pensar que el trabajo de Comunidad se queda en un nivel yoico, en que el tema de la imagen es fundamental; basta revisar la definición de autoayuda con la importancia atribuida al reconocimiento en las experiencias de los demás, como en un “espejo”. Así van surgiendo conceptos imaginarios como “baja empatía”, “pobre asertividad”, “autoestima disminuida”, entre muchos otros que abundan en el lenguaje de la Comunidad.

Elena Goti (1997), *experta* en Comunidades Terapéuticas, alude a la imagen del drogado de la siguiente forma:

“¿cómo se presenta el drogadicto en una C.T.? sucio, desaliñado, culpabilizado, golpeado, cansado (...) se siente inútil y fracasado. No terminó nada de lo que emprendió. Su autovaloración es nula: fracasos escolares, laborales, peleas familiares, choques con la autoridad, con la ley...” (p.26).

El énfasis imaginario también se observa en el tratamiento, en que la identificación con el terapeuta constituye una de las metas del proceso (de manera más o menos explícita, dependiendo de la Comunidad en particular); se trata de un objetivo imaginario en tanto no interpela al sujeto a hacerse responsable de su deseo. Por tanto, La Comunidad Terapéutica busca sostener un ideal a través de la identificación con un modelo (ex - adicto), a diferencia del psicoanálisis que se orienta a la caída del

ideal y, con ello, a la desidentificación que permita abrir el discurso hacia otra forma de subjetivación posible.

Si bien la Comunidad impulsa al paciente a hacerse “responsable”, cuando define de manera totalitaria “cómo son *todos* los adictos”, cuáles son sus “defectos” y qué “deben hacer” con sus vidas, tiende con ello a anular al sujeto y su posibilidad de asumir la responsabilidad como tal; esto en tanto dichas definiciones operan como saberes incuestionables. Cuando es Otro quien define “porqué” el paciente hizo lo que hizo, o decidió lo que decidió, ¿cómo podría éste reconocer su posición de sujeto?.

El psicoanálisis también apunta a que la persona se haga responsable de su vida, pero esta responsabilidad se entiende en otro nivel. El análisis apela a un sujeto de derecho, un sujeto ético, responsable, que dé cuenta de lo que hace. Busca que el paciente asuma su posición de sujeto y, desde ese lugar, decida qué hacer con su deseo. No busca crear personas a “imagen y semejanza” del analista, en efecto, Freud (1940 [1938]) alertó acerca de lo errado que sería este camino, en que *“no haría sino repetir un error de los padres, que con su influjo ahogaron la independencia del niño, y sustituir aquel temprano vasallaje por uno nuevo”* (p.176).

En la Comunidad Terapéutica, en cambio, el rol del terapeuta rehabilitado, es justamente servir de modelo e ideal; con ello, la Comunidad coarta la libertad de los pacientes para elegir un camino personal en su recuperación. El “ex – adicto” se posiciona en un lugar de Otro no barrado que sabe lo que ha vivido y vivirá “todo” adicto y, por tanto, puede enseñarle la forma “correcta” de vivir.

Junto con la atribución de responsabilidad, el psicoanálisis le da un mayor poder – capacidad de decisión - al sujeto, quien no es concebido como un objeto pasivo de la droga. A través del análisis se espera que el paciente sea capaz de definir cómo vivir la vida en base a su propio deseo y no el definido por un Otro no barrado. No se entiende la recuperación como abstinencia de la sustancia, sino como la posibilidad de dar cabida a su propio deseo en un marco de responsabilidad personal.

En consecuencia, la abstinencia de sustancias no necesariamente implica la cura. El proceso terapéutico de orientación analítica espera darle un lugar al malestar personal

y a las soluciones encontradas por el sujeto; desde ahí se entiende la cura en términos de ayudar a que el paciente tome una posición en relación a su consumo y decida qué hacer con él.

Desde la perspectiva de la Comunidad, el sujeto sólo puede salir perjudicado con la droga, por tanto, es impensada e impensable la posibilidad de que la droga le “sirva” al sujeto o sea una solución a su malestar. Se quedan en el polo “veneno” del *farmakon*, sin ver lo que tiene o ha tenido de “remedio” para el sujeto (Le Poulichet, 2005). La perspectiva analítica entiende el consumo de sustancias como una solución del sujeto, una *solución del soma*, una solución *real* para enfrentar la falta estructural. No sería entonces una solución simbólica, pero sería una solución “eficiente”, pues la droga aparenta ser aquel objeto que colma la falta.

Las formulaciones psicoanalíticas permiten esclarecer la función que cumple la droga en el psiquismo del sujeto, ya sea ésta una solución autodestructiva o protectora del narcisismo. Esto para buscar una alternativa que sustituya la función cumplida por la droga, no se trata simplemente de retirar la sustancia, pues podría desencadenarse un problema mayor. Si el consumidor de drogas se ha “automedicado”, es necesario entender para qué ha necesitado dicha medicación y qué se le ofrecerá en vez de ella.

De hecho, uno de los principales aportes que el psicoanálisis puede hacer al trabajo en adicciones es la formulación de la pregunta por la función que cumple la droga en la economía subjetiva de cada paciente en particular. Esto en términos de distinguir si se trata del uso de la sustancia como un “veneno” autodestructivo o, por el contrario, al servicio de la protección o “remedio” frente al dolor de la falta instalada por la castración.

En suma, las diferencias principales entre el psicoanálisis y las Comunidades Terapéuticas se podrían sintetizar de la siguiente forma:

1. La Comunidad Terapéutica tiene a la adaptación o readaptación, como objetivo primordial del tratamiento. El psicoanálisis, por su parte, no busca adaptar o readaptar el paciente a su contexto.

2. En las Comunidades, los terapeutas constituyen modelos a seguir; el analista, en cambio, no pretende ser un ideal valórico o un guía moral para el paciente
3. La Comunidad dirige al paciente hacia una “vida correcta”, el analista dirige la cura y no la vida del paciente.
4. La mayoría de las Comunidades Terapéuticas pone la religión en un lugar privilegiado, desde el psicoanálisis la religión empobrece el pensamiento - por la represión intensa que ejerce -, en vez de impulsar la reflexión.
5. En la Comunidad Terapéutica es el Otro institucional el que “sabe” sobre el paciente y lo que “debe” hacer (Otro no barrado). Desde el punto de vista del psicoanálisis, el que “sabe” es el sujeto del inconsciente a localizar con el paciente en su decir; será en la puntuación del Otro barrado que se generarán ciertos efectos de sentido para el sujeto.
6. La abstinencia de sustancias exigida por la Comunidad operaría como imperativo superyoico, cerrando así la posibilidad de pensar al respecto. La lógica psicoanalítica permitiría entender la abstinencia de sustancias como una ley que opera por castración simbólica dando lugar a la entrada en el discurso.
7. Para la Comunidad el consumo de drogas es “dañino” por definición; para el psicoanálisis no existe una definición a priori al respecto, pues es necesario entender el consumo de un sujeto en particular y, desde ahí evaluar qué tiene de dañino o saludable la sustancia.
8. El tratamiento en Comunidad Terapéutica apunta a la identificación con los modelos e ideales institucionales; el psicoanálisis, por el contrario, busca la desidentificación y caída de los ideales.

Este último punto que diferencia al psicoanálisis de las Comunidades Terapéuticas, queda bastante claro en la siguiente formulación de Botto:

“La demanda social de instituciones especializadas en el tratamiento de las toxicomanías nos confronta con el problema siempre vigente que pone en tensión a una institución que nombra a los adictos otorgándoles una identidad y al trabajo de la desidentificación propio del psicoanálisis” (Botto, Naparstek & Salamone (Eds.), 2003, p.33)

7.3. Contradicciones en el discurso de las Comunidades Terapéuticas

Aún cuando las diferencias entre la aproximación clínica del psicoanálisis y de las Comunidades Terapéuticas son evidentes, no deben ser consideradas como prácticas homogéneas y absolutas. Como se desprende de la revisión precedente, el modelo de Comunidad Terapéutica presenta una serie de contradicciones en su discurso, que abren la posibilidad de tomar algunos elementos que resulten coherentes con la visión analítica.

El modelo de Comunidad Terapéutica plantea que *“el problema es la persona y no la droga”*. Esta frase es central, en tanto saca el centro de atención del objeto - droga y lo pone en la persona.

Uno de los principales exponentes del modelo de Comunidad Terapéutica, George de León (2000), enfatiza *“la propia contribución del individuo a sus problemas en el pasado, y a las posibles soluciones en el presente y futuro (...) ellos son los responsables de sus acciones y decisiones, especialmente en todo aquello que respecta al consumo de drogas”* (p.68). Además de recalcar: *“la recuperación es siempre responsabilidad del individuo, sin importar la etiología del abuso de sustancias”* (p.68).

En los planteamientos del autor, se constata una de las principales contradicciones inherentes al modelo de Comunidad. Se define al adicto como un “enfermo”, por una parte, que no sería responsable de lo que padece, por el contrario, es concebido como un “inmoral”, “pecador” o “delincuente”, totalmente culpable de sus actos, entre ellos el consumo. En consecuencia, en el tratamiento se mezclan estos criterios que podrían prestarse a confusión en términos del grado de responsabilidad atribuido al consumidor de drogas y su capacidad para contribuir a la solución del problema.

Se parte de la base de que “todos los adictos mienten”. Con esto se produce una paradoja, pues el terapeuta es un “ex - adicto” y, por tanto, sigue siendo adicto – al ser concebida la adicción como una enfermedad crónica – entonces, surge la siguiente pregunta: ¿el terapeuta también miente? Esto se podría traducir en un sistema bastante confuso, en que las confianzas se diluyen bajo preceptos radicales que condenan a los “adictos”.

Cuando la Comunidad dice que *“la adicción es síntoma de un malestar más profundo”* ¿a qué se refiere al hablar de síntoma? Se entiende el síntoma como un signo de algo concreto que lo subyace, de un *“malestar más profundo”* que puede ser una crisis en la pareja, un trauma infantil, un trastorno del ánimo, u otro estresor que pudiera haber desencadenado el consumo de sustancias como vía de escape. Pero la adicción entendida como *“síntoma”* de un malestar, no es coherente con la adicción concebida como enfermedad médica, pues esta última sólo habla de una disfunción a nivel dopaminérgico y no muestra un problema de otro orden.

En las Comunidades se entiende la recaída como una *“oportunidad de aprendizaje”*, esto a nivel de discurso, pues en realidad se despliegan una serie de dispositivos para evitar la recaída. Entonces ¿se estaría restringiendo una posibilidad de aprender?

Al entender el éxito del tratamiento como la abstinencia de sustancias, la Comunidad Terapéutica tiene claros límites en su eficacia. Durante la internación, el paciente podrá mantener la abstinencia, pero al salir existe una elevada probabilidad de *“recaída”*. Se podría pensar que la metodología de la Comunidad impide acoger el deseo subjetivo, por tanto, el sujeto busca la respuesta a su deseo en otro lugar. Es así como el sujeto volvería a recurrir a la droga en busca de aquella función que cumplía antes de la internación.

7.4. Entrada del Psicoanálisis en las contradicciones de la Comunidad Terapéutica

Si las Comunidades Terapéuticas contradicen con su práctica aquello que destacan en su discurso explícito, cabría preguntarse si es en estos intersticios que el psicoanálisis pudiese aportar algo.

Dupouey (2010), analista argentina, se pregunta si la inclusión del psicoanálisis en la Comunidad es posible sin traicionar su ética. Señala:

“la inserción del psicoanálisis en una Comunidad terapéutica ha sido históricamente prescindida, y en la actualidad se ha ido incorporando más que desde el Psicoanálisis, desde la Psicología, en sus diversas líneas; la inserción del psicoanálisis es ya en sí misma una ruptura del discurso, tanto de la Comunidad y de su filosofía como de los propios analistas, por los evidentes marcos teóricos y sus prácticas”.

Al revisar los planteamientos de autores lacanianos en torno al consumo problemático de drogas, nos encontramos con el concepto de “toxicomanía” más que adicción o dependencia de sustancias, esto en alusión a la *manía* como algo que se suelta de la regulación, una experiencia sin límites; en términos de Naparstek (2008) el desencadenamiento de la “manía por el tóxico” (p.61).

El constructo “toxicomanía” surge en el campo de la medicina para describir la locura, afición o euforia asociada al consumo de una sustancia; etimológicamente el concepto está compuesto por las siguientes raíces: “tóxico” del griego “toxicon” o “toxiké” (veneno de flechas o arte de envenenar) y “manía” del latín “manía” (locura, afición, obsesión asociada a una idea fija).

Para la OMS toxicomanía es sinónimo de dependencia de sustancias, sin embargo, es fundamental profundizar en el uso de los conceptos utilizados en la clínica, más aún considerando que trabajamos a través de la palabra. En este sentido, el concebir a un sujeto como un “toxicómano”, “adicto”, “dependiente”, “abusador”, etc.; tendrá

distintos matices en la construcción del síntoma a analizar y trabajar terapéuticamente.

Como ya se mencionó, el concepto de “toxicómano” se encuentra asociado al de “locura” y “obsesión” por un veneno. La palabra “adicto” viene del latín “*addictus*” que era el deudor romano que por falta de pago terminaba siendo adjudicado o entregado como esclavo a su acreedor. De ello se desprende la comprensión del “adicto” como un “esclavo” de la droga.

Entender al consumidor de drogas como “dependiente” de sustancias, hace pensar en la “*subordinación a un poder mayor*” (Real Academia Española [RAE], 2011b) - que se traduce en la dificultad para “independizar” al sujeto del objeto, constituyendo así una amalgama prácticamente indisoluble, donde no se puede hablar del sujeto sino es en función del objeto - droga. El “abusador”, por su parte, “*usa mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o alguien*” (Real Academia Española [RAE], 2011c); en este caso, ¿quién define lo que es usar “mal”, “excesivamente”, “injusta” o de forma “impropia” o “indebida” una sustancia?. Estas definiciones estarían dadas por la cultura, en sus distintas facetas: religión, medicina, sistema judicial y otras.

Si bien el concepto de “toxicomanía” proviene de la medicina y no del psicoanálisis, no parece azaroso que la mayoría de autores lacanianos opten por hablar de toxicomanía y no de adicción, dependencia o abuso de sustancias. Se podría pensar que la palabra “toxicomanía” tiene un valor, en tanto, alude a la “locura u obsesión por un veneno”; es decir, excluye de la definición la función protectora que pudiera tener una sustancia, por ende, la preocupación de los psicoanalistas estaría en lo “venenoso” o destructivo del comportamiento. En el concepto de “dependencia” no existe tal distinción, es decir, se podría depender de algo venenoso o de algo protector, pero lo central en la dependencia es la “subordinación a un poder mayor”; esto a diferencia del concepto toxicomanía, en que no existe tal subordinación. Al concepto de “abuso” subyacen una serie de juicios morales como “malo”, “injusto”, “impropio”, “indebido”; situación que tampoco ocurre con el concepto de toxicomanía. En consecuencia, el concepto de “toxicomanía” es el que resulta más claro, delimitado y menos cargado de juicios de valor; además de poner el foco en lo “venenoso” del consumo como algo a

preocuparse. Existe otro concepto que es mucho menos usado, se trata de “farmacomanía”. En este término, aparece etimológicamente el *farmakon* en su doble acepción (veneno y remedio) así como también ocurre en la formulación que hace Le Poulichet (2005) en la “operación del *farmakon*”. Entonces, el concepto de toxicomanía aportaría en claridad y delimitación, y el concepto de *farmakon* (implícito en farmacomanía y explícitamente en la operación del *farmakon*), incluiría la dualidad en la relación con la sustancia, enriqueciendo así la lectura del fenómeno de consumo.

Existe en la perspectiva analítica un cuestionamiento en torno a la posibilidad de hablar de *síntoma* cuando estamos frente a una toxicomanía. Resulta esclarecedor pensar que no se trata del síntoma freudiano clásico que habla, trae un mensaje o tiene un sentido a descifrar; sino el síntoma entendido como un modo de goce no articulable simbólicamente.

Otra forma de concebir el síntoma en la toxicomanía, es la definida por Sillitti (2000c), quien propone entender al *toxicómano como el síntoma* (no el consumo de drogas), es decir, como aquello que no marcha (en la familia por ejemplo), así descentra al sujeto y lleva a una pregunta por su sentido.

Cuando la perspectiva de las Comunidades señala que “el problema es la persona y no la droga” reconoce que es importante desplazar la atención desde la sustancia hacia el individuo. Además al plantear que la “adicción es un síntoma de un malestar más profundo”, entiende que el consumo problemático sería una manifestación de algo que no anda bien en el sujeto; en este sentido, existiría cierta coherencia entre lo propuesto por la Comunidad y por el psicoanálisis, en tanto, el consumo de sustancias hablaría de un “malestar” subjetivo y el sentido del consumo estaría directamente relacionado con el sujeto consumidor, siendo una respuesta particular al malestar imposible de generalizar.

Aún cuando la mayoría de autores lacanianos concluye que la operación que se pone en juego en la toxicomanía se puede dar en cualquier estructura clínica, tienden a pensar en términos de una clínica de los “bordes”; principalmente por la dificultad que presentan estos pacientes para entrar en análisis, al estar fuera del campo del Otro y del lenguaje – en términos de registro simbólico -.

El modelo de Comunidad Terapéutica se refiere a la “persona trastornada” (a nivel cognitivo, afectivo, conductual y valórico) al hablar del paciente drogodependiente, con ello no dista tanto de lo que proponen algunos autores lacanianos sobre el adicto como “interdicto subjetivamente”, en que su palabra no vale, al ser su lenguaje un “lenguaje de signos”, un lenguaje primitivo fuera del campo simbólico.

Por otra parte, considerar a los adictos mentirosos, no es algo que se plantee sólo desde el modelo de Comunidad Terapéutica, también Freud desconfía de ellos al comentar que el adicto: *“procurará siempre... despistar a este último [analista], engañarle con falsas apariencias y dejarle de lado”* (en Sillitti, 2000b, p.95). En esta misma línea, Melman señala: *“no se puede creer en su palabra ya que ellos no tienen palabras (...) su palabra no tiene valor... nadie puede fiarse de ella y, sobre todo, menos ellos mismos...”* (citado en Del Solar, 2008, p.125).

Los autores lacanianos advierten acerca de la dificultad para el trabajo analítico con pacientes toxicómanos, quienes intentarían resolver el malestar subjetivo “real” a través de un medio también “real”, un tóxico. Tarrab (en López, 2007) concibe a los toxicómanos como personas que han optado por “no pensar”, por tanto, hacerlos entrar en el campo de la palabra, del Otro, del inconsciente y el registro simbólico sería muy difícil; en consecuencia, el análisis también se vería obstaculizado al encontrarse en este registro.

En Comunidad se plantea que el adicto no siente, pues estaría *“encerrado en su búnker que le garantiza no sentir”* (Goti, 1997). Esto no resulta tan distinto de lo que plantea Le Poulichet al referirse a la “anulación tóxica” a través de la operación del farmakon que le evitaría al sujeto enfrentar el dolor. El mismo Freud señalaba que a los adictos les faltaría *“cierto conflicto doloroso entre su yo y aquello que sus pulsiones le exigen, pues en el fondo está muy contento de sí mismo y sufre solamente por las resistencias de circunstancias externas...”* (En Sillitti, 2000b, p.95).

El psicoanálisis impulsa a pensar o, al menos, hacer un esfuerzo en esta dirección, implica un cuestionamiento del paciente respecto de la posición subjetiva en sus propios actos, entre ellos el consumo. Tarrab (2000b) propone: “la intoxicación requiere no hablar. Y sabemos que la única chance clínica que tenemos es ‘hacer

hablar'. Hacerla pasar al decir" (p.123). El análisis busca llevar al paciente a "pasar de la positividad muda de la intoxicación a confrontar al sujeto a la cuestión del deseo" (p.124). Otra formulación al respecto es: "darle a la toxicomanía un tratamiento discursivo (...) ir del hacer al decir" (p.147), agrega: "la salida de la toxicomanía es la entrada en el discurso" (p.152).

La entrada de la lógica psicoanalítica en los quiebres del discurso de las Comunidades Terapéuticas, tiene el sentido de contribuir a la resolución de las contradicciones existentes, principalmente la que se produce al pensar al adicto como un enfermo que padece (pasivamente) una enfermedad v/s el adicto como un inmoral, pecador o delincuente que es responsable (culpable) de su consumo. La responsabilidad que promueven las Comunidades Terapéuticas, tiene relación con asumir la "culpa" por el "daño ocasionado" a "otros", y el aceptar "no hacerlo más" - como respuesta al mandato superyoico -. La responsabilidad desde el psicoanálisis tiene que ver con asumir la posición de sujeto de deseo, por tanto, involucra reconocer la división subjetiva y decidir desde ese lugar cómo llevar la vida, aunque esto traiga consecuencias indeseadas para los demás.

Entonces, si pensamos en el concepto de "toxicomanía", el toxicómano es una persona obsesionada por un veneno ¿qué lo lleva a enloquecer u obsesionarse por un veneno? ¿existe un componente masoquista en su decisión de consumir? ¿se trata de un impulso irrefrenable que impide la decisión? La respuesta más fácil es la dependencia biológica de la sustancia asociada a la "enfermedad adictiva", sin embargo, el concepto de *más allá del principio del placer* freudiano y el de *goce* propuesto por Lacan, pudieran responder desde otro lugar a la mantención del consumo a pesar de lo doloroso que pudiera llegar a ser. Cabe destacar que la perspectiva psicoanalítica no excluye la posibilidad biológica/médica de dependencia fisiológica, pero aporta y enriquece la lectura del problema, dando lugar a la posibilidad de un movimiento en el discurso del paciente que genere cambios incluso a nivel biológico. Si nos quedamos sólo con el modelo de enfermedad la principal consecuencia será la desobjetivación y desresponsabilización del paciente; otra consecuencia posible es que el paciente experimente una gran confusión al enfrentar la contradicción entre el discurso médico y el discurso moral.

Como hemos señalado el psicoanálisis concibe al adicto como operando a nivel real y no simbólico, de ello surge la necesidad de generar ciertas condiciones para la entrada en análisis. Entonces, habría que hacer *“otra cosa que un análisis”* (Freud, 1925, p.298).

Al respecto, algunos psicoanalistas lacanianos, entre ellos Cristián López (2007), han planteado su posición sobre los programas de tratamiento no analíticos existentes y, más que mostrarse crítico frente a estas propuestas, valoran la posibilidad de que un dispositivo como el de Comunidad Terapéutica permita abrir la palabra del sujeto. En la medida que la Comunidad empuja a la abstinencia de drogas, el sujeto se queda sin la solución encontrada a su problema, es retirado de alguna forma el objeto obturador de la falta, despertando con ello el deseo y la posibilidad de satisfacción mediada por el significante, lejos del goce real de la toxicomanía.

En consecuencia, contemplan la posibilidad de hacer uso de otras herramientas y dispositivos distintos al analítico para empujar al paciente a “hablar”, es decir, que logre entrar en el discurso y, a partir de ello, instalar la transferencia. Entre ellos podríamos ubicar el dispositivo de Comunidad Terapéutica que da lugar al establecimiento de una transferencia inicial y, con su requisito de mantener la abstinencia, obliga al sujeto a enfrentar aquello que ha intentado evitar a través de la droga. La clave entonces será entender las restricciones al consumo no como un imperativo superyoico o dispositivo de disciplinamiento, que se traduciría en la obturación de la palabra; sino como un medio para que se despliegue un discurso, es decir, que opere como castración simbólica.

Como hemos revisado, la Comunidad Terapéutica trabaja en base a un modelo educativo y, por tanto, todas las críticas de Freud a la educación tradicional podrían ser aplicables a aquella. La transitoriedad de los logros de la Comunidad, observada en la “recaída” de los pacientes, podría entenderse en relación con el programa educativo de base, que trata de educar un goce real que ha escapado de la regulación simbólica, a través de mecanismos de identificación imaginarios. Se podría hablar de un “síntoma institucional” cuando los pacientes “fallan” o tienen una recaída, en el sentido de volver a recurrir al mecanismo usado antes de entrar al tratamiento.

Al tomar en consideración lo planteado por la Comunidad en torno a la “recaída como una oportunidad de aprendizaje”, la lógica psicoanalítica podría hallar un espacio para entrar en el discurso del paciente respecto de la recaída, es decir, localizar la posición que el sujeto asume respecto del acto; esto en términos de historizar aquello vivido, entender la operación o función que se puso en juego al volver a consumir y reconocer la responsabilidad al respecto.

Lo “terapéutico” de las Comunidades, viene dado principalmente por la “palabra”, pues el recurso al fármaco es secundario en la mayoría de ellas. Ahora bien, ¿de qué palabra se trata en Comunidad? Para entender de qué se habla cuando se habla de “palabra” en las Comunidades Terapéuticas y diferenciarlo de la “palabra en psicoanálisis”, se hará una breve revisión de *“Función y Campo de la Palabra y el Lenguaje en Psicoanálisis”* (Lacan, 1953). Este Escrito, enaltece el campo simbólico como aquel registro que permite un trabajo psicoanalítico propiamente tal, siguiendo la línea freudiana de la búsqueda y entrega de un sentido. Si bien la teoría lacaniana va a experimentar un giro radical en este ámbito más adelante, este trabajo sobre la palabra y el lenguaje constituye, de igual modo, un material crucial para la comprensión de la función que tiene la palabra en el espacio terapéutico, tanto en el contexto psicoanalítico, como en el de Comunidad Terapéutica.

El trabajo de Comunidad impulsa a “hablar” acerca de la historia personal, en busca de las razones del consumo de sustancias. Es una búsqueda concreta de una realidad objetiva: un trauma infantil, un conflicto adolescente o una crisis de la adultez. La escucha analítica basada en la atención flotante, busca más allá de la descripción de relaciones imaginarias con los objetos, las cuales serían “palabras vacías”. De igual modo, no se trata de explorar en los estadios supuestamente orgánicos del desarrollo individual; lo importante en esta búsqueda es la escucha del relato del paciente en función de las particularidades del *decir*. La forma bajo la cual el lenguaje se expresa define por ella misma la subjetividad y está referida al discurso del otro. Lacan señala que *el inconsciente del sujeto es el discurso del otro* y el método para responder al sujeto en el análisis, es reconocer en primer lugar el sitio donde se encuentra su yo, saber por quién y para quién el sujeto plantea su pregunta, para así reconocer el deseo subjetivo y sobre el objeto a quién se dirige ese deseo.

Lacan empuja a volver a la obra de Freud, a la interpretación de los sueños y a la expresión de deseos que aquellos simbolizan. El sueño tiene la estructura de una frase y, por tanto, será en la *versión* del texto, en su retórica, donde encontramos lo importante. Así también, en la psicopatología de la vida cotidiana se puede encontrar un discurso logrado en un acto fallido o en un lapsus. El síntoma también está estructurado como un lenguaje, lenguaje cuya palabra debe ser liberada a través del análisis. Como hemos revisado, la toxicomanía no se presenta como un síntoma neurótico a ser descifrado, ni presentaría la estructura del lenguaje, en tanto, se produciría fuera de la regulación fálica y de la cadena significativa; en consecuencia, el trabajo de la Comunidad deberá orientarse a la construcción de un síntoma analizable por parte del paciente, un síntoma que traiga un mensaje, que “hable”, en tanto esté estructurado como un lenguaje.

El hombre “habla” porque el símbolo lo ha hecho hombre; la ley del parentesco y el Complejo de Edipo, es aquello que el sujeto puede conocer de su participación inconsciente en el movimiento de las complejas estructuras de la alianza. Es en este entrecruzamiento que Lacan observa que Lévi-Strauss conquista el mismo terreno en que Freud asienta el inconsciente. Lacan (1953) señala:

“Aunque hay millares de símbolos en el sentido en que los entiende el psicoanálisis, todos se refieren al cuerpo propio, a las relaciones de parentesco, al nacimiento, a la vida y a la muerte (...) aunque el símbolo psicoanalíticamente hablando sea reprimido en el inconsciente, no lleva en sí mismo ningún indicio de regresión, o aún de inmadurez. Basta pues, para que haga su efecto en el sujeto, con que se haga oír, pues sus efectos se operan sin saberlo él, como lo admitimos en nuestra experiencia cotidiana, explicando muchas reacciones de los sujetos, tanto normales como neuróticos por su respuesta al sentido simbólico de un acto, de una relación o de un objeto” (p. 283).

El análisis busca llevar al sujeto a reconocer que *su inconsciente es su historia*, ayudándolo a perfeccionar la historización actual a partir del recuerdo; porque lo olvidado se recuerda en actos, como el mismo Freud ya lo había planteado en *“Recordar, Repetir y Reelaborar”* (1914). La meta del psicoanálisis es *alcanzar la verdad*

del sujeto, a través del advenimiento de una palabra verdadera, es decir, aquella palabra que incluye el discurso del otro en su secreto; además de la realización por el sujeto de su historia en su relación con un futuro; la regresión psicoanalítica implica esa dimensión progresiva de la historia del sujeto y la experiencia misma renueva esta progresión asegurando su transmutación.

Para que el dispositivo de Comunidad Terapéutica pueda dirigirse a abrir la palabra del sujeto y con ello producir la entrada en el discurso, la escucha institucional y el análisis de la biografía del paciente, deberá asumir ciertas características fundamentales. No se trata de realizar un “análisis causalista”, en busca de “explicaciones sabias” respecto del pasado que den lugar a una transformación del sujeto en el presente; esto constituiría una imaginarización del discurso, una historia llena de espejismos que se traduciría en la captura del sujeto en una objetivación igual o más imaginaria que antes. El sujeto pierde su sentido en las objetivaciones del discurso de la ciencia, donde es un muro de lenguaje el que se opone a la palabra. Lacan señala que el arte del análisis es el de “suspender las certidumbres del sujeto” y vaya! si la Comunidad ofrece certidumbres y saberes incuestionables sobre la adicción y los adictos.

Lacan alude a “palabra plena” cuando privilegia la anamnesis en contraposición al “aquí y ahora”, la intersubjetividad histórica por sobre la intersubjetividad obsesiva, y la interpretación simbólica en oposición al análisis de la resistencia. Por consiguiente, en la narración que haga el sujeto de su biografía, podremos entrever aquella *palabra plena* que reordena las experiencias pasadas y les da un sentido en función de las necesidades por venir. Otra forma de plantear lo mismo es la siguiente:

“lo que se realiza en mi historia no es el pretérito definido de lo que fue, puesto que ya no es, ni siquiera el perfecto de lo que ha sido en lo que yo soy, sino el futuro anterior de lo que yo habré sido para lo que estoy llegando a ser” (Lacan, 1953, p. 288).

Es la rememoración en vigilia la que se define como “el material” para el análisis. No se trata en la anamnesis psicoanalítica de realidad, sino de “verdad”, y la verdad tiene relación con el inconsciente, con ese capítulo de la historia en blanco u oculto por un espejismo, es el capítulo censurado. La verdad está escrita “en otra parte”, en el

cuerpo, en los recuerdos de la infancia, en las particulares acepciones del vocabulario, en la tradición. Tenemos, por tanto, que aguzar el oído a lo no-dicho que yace en los agujeros del discurso. El objetivo con el análisis es restituir a la palabra su pleno valor de evocación.

Porque la función del lenguaje no es informar, sino evocar. Toda palabra demanda una respuesta y no hay palabra sin respuesta, incluso si se encuentra con el silencio. La palabra incluye siempre subjetivamente su respuesta, así se entiende la formulación lacaniana en torno al lenguaje humano como aquella comunicación donde el emisor recibe del receptor su propio mensaje de forma invertida.

Esta diferenciación entre *informar* y *evocar* es clave, pues podríamos plantear que el objetivo de la Comunidad, al explorar en la historia del paciente, es recabar “información relevante” para el proceso terapéutico y aquello relevante será definido por el Otro institucional. La escucha del analista, en cambio, estará atenta a la palabra del sujeto, en tanto, demanda de una respuesta que lo implique y sostenga su posición de sujeto.

Como refiere Lacan (1953):

“lo que busco en la palabra es la respuesta del otro. Lo que me constituye como sujeto es mi pregunta. Para hacerme reconocer del otro, no profiero lo que fue sino con vistas a lo que será. Para encontrarlo, lo llamo con un nombre que él debe asumir o rechazar para responderme (...) la función decisiva de mi propia respuesta y que no es solamente, como suele decirse, ser recibida por el sujeto como aprobación o rechazo de su discurso, sino verdaderamente reconocerlo o abolirlo como sujeto. Tal es la responsabilidad del analista cuando interviene con la palabra” (p. 288, 289).

¿Existe tal reconocimiento del sujeto por parte del Otro de la Comunidad? o ¿se producirá más bien una abolición del sujeto a partir de una respuesta universal que desconoce la singularidad?

Para que el mensaje del analista/terapeuta responda a la interrogación profunda del sujeto, es preciso que el sujeto lo escuche como la respuesta que le es particular,

aquella palabra plena, encontrada al descentrar al sujeto de la conciencia de sí. La abstención del analista no se sostiene indefinidamente, cuando el sujeto en su aparición ha tomado forma de verdadera palabra, la sancionamos con nuestra respuesta; como una verdadera palabra contiene ya su respuesta, lo que hacemos es sólo redoblar con nuestra respuesta su palabra.

El psicoanálisis sabe lo frustrante que es el discurso del sujeto, en tanto, la palabra es ya una presencia hecha de ausencia; pero el analista debe saber en qué parte del discurso está situado el término significativo, dándole sentido al discurso del sujeto con una puntuación afortunada que libere el término de su marco rutinario. Liberar la palabra del sujeto implica introducirla en el lenguaje de su deseo.

En cuanto a la antinomia inherente a las relaciones de la palabra y el lenguaje, Lacan señala que a medida que el lenguaje se hace más funcional, se vuelve impropio para la palabra, y de hacérsenos demasiado particular pierde su función de lenguaje. Podríamos plantear que en las Comunidades Terapéuticas el lenguaje se hace “demasiado funcional” en su esfuerzo por unificar el discurso de los residentes en torno a conceptos comunes como: “el adicto tiene una baja autoestima y nula tolerancia a la frustración”, “todos los adictos son impulsivos, mentirosos, soberbios y manipuladores”, “como todo adicto, te estás victimizando y justificando”, entre muchas otras; y en los escasos momentos en que se infiltra algo de la palabra del sujeto y, en consecuencia emerge algo de su deseo, el grupo lo corregirá hasta que su lenguaje sea “funcional” a la Comunidad, degradando así el deseo subjetivo.

Lacan critica las orientaciones psicoanalíticas que operan a través de mecanismos imaginarios y esta crítica se extiende al funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas. El discurso analítico lacaniano constituye una ruptura dentro de los distintos movimientos psicoanalíticos y dentro de la terapéutica de índole cognitivo-conductual. En este sentido, se entiende la dificultad para la inclusión de la lógica psicoanalítica lacaniana en el modelo de trabajo de las Comunidades Terapéuticas y, al mismo tiempo, adquiere sentido el hecho de que algunas Comunidades trabajen con un marco teórico cercano a la Psicología del Yo, pues su búsqueda y refuerzo de las

esferas libres de conflicto y la adaptación, resulta coherente con las metas de las Comunidades Terapéuticas (p.e. “El Reparó” en Argentina).

Si bien, resulta evidente la complejidad que tiene la inclusión del psicoanálisis freudiano y lacaniano en el dispositivo de Comunidad Terapéutica, resulta importante definir algunos criterios y condiciones básicas que permitan concebir dicha posibilidad como algo a concretar.

7.5. Psicoanálisis aplicado al tratamiento de toxicomanías al interior de las Comunidades Terapéuticas. Lo que el análisis no transa.

Luego de la reflexión desarrollada hasta este momento, cabe hacerse la siguiente pregunta:

¿Será posible compatibilizar un tratamiento de rehabilitación de adicciones basado en el modelo de la Comunidad Terapéutica, con el psicoanálisis lacaniano que, por definición, busca la emergencia del sujeto y la aparición de su deseo inconsciente?

A simple vista, pareciera que la dirección de la cura propuesta por el psicoanálisis es radicalmente distinta a la definida por las Comunidades Terapéuticas, sin embargo, en algunos planteamientos se producen ciertos puntos de encuentro. Cuando se plantea que: *“la adicción es síntoma de un malestar más profundo”*, se produce un distanciamiento respecto de la adicción como enfermedad biológica; *“la recaída es una posibilidad de aprendizaje”*, con esta formulación se abre la posibilidad de entender la recaída y darle un sentido; *“el problema es la persona y no la droga”*, ésta es una frase clave, pues se traduce en la atribución de responsabilidad al sujeto en las decisiones pasadas, presentes y futuras, entre ellas la de consumir o no.

Si bien Freud desconfiaba de la indicación de psicoanálisis para los adictos, cuando propone aliar el *oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa* (1919, p.163), se abre una posibilidad cierta para el trabajo analítico con toxicomanías, entendiendo el trabajo analítico como esta amalgama entre análisis y sugestión; esto dado que sería necesario recurrir a un tratamiento alternativo a la interpretación, sobre todo en una primera etapa.

Cuando Freud (1925) habla del análisis como *“poseducación”*, aclara que se trata de una *“educación para la realidad”* en el sentido de abrir el pensamiento del neurótico adulto al confrontarlo con sus deseos inconscientes (realidad psíquica), y no una *“educación de alguien inacabado”* (p. 297), Freud se refiere con ello a *“niños”*, *“jóvenes desamparados”* y *“delincuentes impulsivos”* (y nosotros agregamos *“algunos toxicómanos”*); él es enfático en señalar que:

“la posibilidad de influjo analítico descansa en premisas muy determinadas, que pueden resumirse como <<situación analítica>>, exige el desarrollo de ciertas estructuras psíquicas y una actitud particular frente al analista. Donde ellas faltan (...) es preciso hacer otra cosa que un análisis, si bien coincidiendo con éste en un mismo propósito” (p.298).

Entonces, se puede observar en Freud cierta dualidad al definir el “análisis”, pues por una parte, propone aliar el análisis con la sugestión, sin por ello dejar de considerarlo análisis; pero, por otra parte, cuando habla de “educación de alguien inacabado”, lo considera “otra cosa” y no un análisis, aunque persiga “un mismo propósito” que el análisis.

En este contexto se podrían entender las dudas e incluso la resistencia de Freud a tratar adicciones a través del método psicoanalítico, pues no estarían dadas las condiciones para el “influjo analítico”.

Pensando en términos del modelo terapéutico - educativo, propio de las Comunidades Terapéuticas, y retomando algunas ideas de Freud sobre la “educación para la realidad”, se podría pensar en la posibilidad de desarrollar otro tipo de educación, que abra el pensamiento y no lo inhiba. Algunos analistas lacanianos (Melman, 1997; Balbó, 1997, en Del Solar, 2008) hablan concretamente de un tratamiento pedagógico previo a la entrada en análisis.

Desde la perspectiva de Freud, la educación tradicional y la religión son las principales causantes de la limitación del pensamiento del adulto. Cabe destacar al respecto, lo propuesto por Millot (1979):

“lo que se encuentra en el origen de la represión no es tanto la prohibición impuesta al actuar como la impuesta al decir. Lo que no puede ser dicho, tampoco puede ser conscientemente pensado, porque para el niño el otro conoce todos los pensamientos y estos se vuelven tan culpables y peligrosos como las palabras y los actos. Pero los pensamientos no se dejan suprimir con facilidad. No por ser desterrados de lo consciente dejan de subsistir. De este modo, lo Inconsciente sería

aquello que el otro no tiene que saber, y el modo más seguro de lograrlo es además disimularse a uno mismo” (p. 57).

Cuando la Comunidad Terapéutica asume un sesgo persecutorio, pudiera inhibir el pensamiento de los pacientes, tal como el niño siente que *el otro conoce todos los pensamientos y estos se vuelven tan culpables y peligrosos como las palabras y los actos*. Esto los llevaría a reprimir los pensamientos, deseos y todo aquello que no encuentre cabida en el dispositivo de Comunidad, con el riesgo de que lo reprimido aflore con posterioridad a través de un acting out, al modo de un mensaje ante intervenciones erradas.

Naparstek (2008) hace una enérgica crítica a las instituciones tradicionales para el tratamiento de toxicomanías, entre ellas las Comunidades Terapéuticas; refiere que éstas operan como un Otro no barrado que sabe todo acerca de “las toxicomanías” y “los toxicómanos”, sin dar lugar a la aparición del sujeto de deseo en su singularidad. Al plantearse la posibilidad de intervenir psicoanalíticamente en este campo, el autor señala: “mi idea es cómo pensar y armar instituciones que sigan esta lógica, instituciones que, además de reglas, puedan tomar el caso por caso y puedan tener un deseo en su centro” (p. 133).

Se podría pensar que estas instituciones en busca del deseo subjetivo y la singularidad, serían coherentes en su lógica con la propuesta de Freud en torno a la poseducción o “educación para la realidad”, que implica enfrentar al sujeto a la realidad del inconsciente, el deseo y la muerte. Por tanto, la única posibilidad de pensar el tratamiento de toxicomanías como una forma de “educación analítica”, sería una educación que abra el pensamiento y cuestione la posición del sujeto.

En esta misma línea, es interesante el planteamiento de Laurent que comenta:

“para luchar contra el imperio del superyó y la falsa ideología de la causalidad, queremos instituciones en el campo de la salud mental y de la medicina que le den su lugar a la particularidad, y que desconfíen de la masificación por identificación. La hipótesis freudiana del inconsciente implica que la particularidad no sólo se

alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto” (En Naparstek, 2008, p.134).

Pensar en incluir algo de la lógica psicoanalítica en el dispositivo de Comunidad Terapéutica, implica pensar en **psicoanálisis aplicado**. Lacan señala que “El psicoanálisis sólo se aplica, en sentido propio, como tratamiento y, por lo tanto, a un sujeto que habla y oye” (En Rubistein, 2003, p. 2). Agrega que el psicoanálisis aplicado es “la cura que se espera de un psicoanalista” (p.2).

Lo fundamental es que *el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis* (Miller, 2001). En este sentido, el psicoanálisis aplicado no es psicoterapia; si bien los dos operan a través de la palabra, hay una diferencia sustancial entre ambos.

Miller (1994) refiere que el factor clave que distingue a la psicoterapia del psicoanálisis, es que en la primera hay un Otro que dice lo que hay que hacer, el sujeto obedece a ese Otro y espera de éste su aprobación. Las terapias, desde su perspectiva, son terapias imaginarias, terapias que operan por identificación con el amo que aprueba o desaprueba el proceder del paciente. Esta forma de pensar la terapéutica, se acerca bastante a la perspectiva de la Comunidad.

El paciente que se encuentra en tratamiento en una Comunidad hace una *demanda terapéutica* y no una *demanda de análisis*. En este contexto, el analista podría trabajar en el marco de entrevistas preliminares, sin que la demanda o la posición del sujeto cambie durante el proceso. Rubistein (2003) señala que este trabajo seguirá siendo análisis, en la medida que se mantenga lo esencial: **la ética del psicoanálisis y el deseo del analista**. El deseo del analista no es ser el amo que aprueba o desaprueba al paciente; su deseo, más bien, es enigmático y va más allá de la identificación.

Lacan definió el “deseo del analista” de manera sumamente misteriosa a lo largo de su enseñanza. Desde la perspectiva de Evans (1997) el concepto parece oscilar entre dos sentidos:

1. *Un deseo atribuido al analista*. Así como el analizante le atribuye un saber al analista, también le atribuiría un deseo. Durante el transcurso del análisis, el analista

debe asegurarse de que su deseo siga siendo una incógnita para el paciente. El deseo que se le supone al analista constituiría una fuerza impulsora para el análisis, pues mantiene al analizante trabajando en busca de descubrir lo que el analista quiere de él. En la transferencia el analista ocupa el lugar del Otro al que el sujeto le pregunta *Che vuoi?* (¿Qué quieres de mí?), haciendo surgir su fantasma fundamental en el espacio analítico.

2. *Un deseo propio del analista.* Se refiere al deseo que debe animar al analista a dirigir la cura. No es un deseo de “hacer bien” o “curar”, por el contrario es un “no-deseo de curar”; tampoco es el deseo de que el paciente se identifique con el analista “el deseo del analista [...] tiende hacia una dirección que es la opuesta exacta a la identificación” (Lacan, 1964, en Evans, 1997, p. 70). El analista espera que a través de la cura, emerja la verdad propia y singular del analizante, que es una verdad absolutamente distinta a la del analista. Lacan pretende situar el *deseo del analista en el centro de la ética del psicoanálisis* y para que opere el deseo del analista, será fundamental que éste realice un análisis didáctico previamente.

Respecto del deseo del analista, en su doble acepción, cabe destacar que es un deseo que lleva al analista a posicionarse como Otro barrado en la transferencia (sabe que su saber es supuesto) y a no responder a la demanda de amor (no juega a ser espejo), porque a fin de cuentas, sabe que la transferencia tiene que caer. El deseo del analista es lo que le permite no sólo sostenerse en pie durante el análisis, sino también, ser un desecho del mismo (el analista sabe que no "es", es una ficción, una formación del inconsciente del paciente).

Otro aspecto fundamental es que el deseo del analista busca una salida distinta a la identificación, que el paciente encuentre su propia manera de arreglárselas con su vida y con su goce, sin proponerse él mismo como un ideal. Por el contrario, lleva el análisis de manera que el analizante aprenda a hacer con su síntoma.

Como ya se explicitó anteriormente, el síntoma en la toxicomanía no se estructura simbólicamente, sino que constituye un goce fuera de la articulación significativa. Por tanto, el trabajo preliminar con los toxicómanos será orientar la cura en vías de que los

pacientes construyan un síntoma para llegar, posteriormente, a “saber hacer” con dicho síntoma ya articulado, con un goce sometido a la regulación fálica.

En consecuencia, el psicoanalista no debe dirigir al paciente, sino que debe dirigir la cura; entonces, la dirección de conciencia y la guía moral, quedan radicalmente excluidas del análisis. Si el analista orientara su trabajo en base a la sugestión, no haría sino responder a la demanda, dejando así de escuchar al deseo (Lacan, 1958).

7.6. La Ética

Se podría plantear que las *Comunidades Terapéuticas* operan bajo la Ética Tradicional de los “Bienes” y la “Virtud”. Esta hipótesis se puede corroborar en una de las metas centrales de la Comunidad Terapéutica, que consiste en que el paciente logre, a partir del tratamiento, desarrollar una “vida correcta” a través del alejamiento de la sociedad y la reeducación valórica.

Cuando la Comunidad Terapéutica habla de hacer lo “correcto” o “hacer las cosas bien”, habría que preguntarse “¿correcto o bien para quién?”. La respuesta en Comunidad es clara y resulta acorde al desarrollo de “conciencia de daño” que lleva al imperativo de reparar el daño ocasionado a los demás (daño que se acepta como a priori incuestionable).

La respuesta del psicoanálisis a la *Ética de la Virtud o de los Bienes* es crítica; en efecto, Lacan (1960) la considera una ética que degrada el deseo, en búsqueda de la modestia y el “punto medio” Aristotélico.

Podemos constatar clínicamente, que cuando las personas actúan por “buenos motivos” o por “buena intención”, no por ello quedan contentas. A esto atribuye Lacan que los “cristianos de la más común observancia nunca están muy tranquilos” (Op.cit, p.380); por tanto, actuar en nombre del “Bien” no evita la culpa ni los conflictos internos.

La medida del “Bien” es ambigua, dado que deriva de un poder humano. La Moral Aristotélica es una Moral del Amo y, por tanto, responde a los requerimientos de éste. Lacan explicita la tradición del poder en los siguientes términos: “Continúen trabajando, y en cuanto al deseo, esperen sentados” (Op.cit, p. 378).

La Ética Psicoanalítica rechaza todos los ideales, incluso los ideales de “la felicidad” y “la salud”, por tanto, el deseo del analista no puede ser “curar” ni “hacer bien”. La Ética del Psicoanálisis ve el “Bien” como un obstáculo en la senda del deseo (Evans, 1997)

La Ética Tradicional ha tendido a vincular el “Bien” con el placer, pero la Ética Psicoanalítica no puede actuar en esta senda, pues sabe que existe una duplicidad en el placer; hay un límite al placer y cuando ese límite es atravesado, el placer se convierte en dolor. Lacan (1960) indica que “no hay otro bien más que el que puede servir para pagar el precio del acceso al deseo (...) hay que pagarlo con algo. Ese algo se llama el goce” (p. 382, 383). Por consiguiente, la Ética de la Virtud no funcionaría, porque “*hay un bien que hace mal*” (Identificación al síntoma).

La Ética Tradicional, antepone el trabajo y una existencia segura y ordenada, a las cuestiones del deseo, es decir, obliga a esperar para satisfacer los deseos. La Ética Psicoanalítica, por el contrario, enfrenta al sujeto a la cuestión del deseo en la inmediatez del presente (Evans, 1997).

La *Ética del Psicoanálisis* formulada por Lacan (1960) nos lleva a una reflexión en torno a la relación de la acción humana con el deseo que la habita. Plantea que una revisión ética y un juicio ético son posibles a partir de responder a la pregunta: ¿Ha usted actuado en conformidad con el deseo que lo habita? Es el contexto analítico el lugar apropiado para formular dicha pregunta tocante al deseo. Desde la perspectiva psicoanalítica, de la única cosa de la que se puede ser culpable es de haber cedido en el propio deseo, pues cuando el sujeto cede en su deseo se traiciona a sí mismo.

En consecuencia, **hay un punto en que el psicoanálisis no transa, se trata de la Ética.** Por tanto, existen una serie de resguardos a considerar para poder integrar algo de la lógica analítica en el trabajo de Comunidad Terapéutica.

Siguiendo a Lacan, Naparstek (2008) propone a propósito de *la dirección de la cura* que el analista es libre en su táctica – interpretación –, menos libre en la estrategia – transferencia – pues se ubica en el lugar que el analizante lo sitúa, y mucho menos libre en la política – ética – dado que el analista debe ubicarse por su carencia en ser pues no es un Otro completo que sabe todo acerca del sujeto.

El deseo y la posición del analista se orientan al saber inconsciente y a los modos de goce particulares. En este sentido, el uso de la transferencia debe ser empleado para

producir un saber y no para la sugestión; para que esto ocurra los dichos del sujeto deben ser escuchados para localizarlos en su decir (Rubistein, 2003).

Entonces, considerando que la dirección de la cura desde la perspectiva analítica apunta al cambio de posición del sujeto respecto del deseo y el goce, ¿cómo podría ocurrir esto en el marco de un tratamiento basado en la sugestión?

Para que la práctica del psicólogo de orientación analítica no se vea ahogada o desvirtuada y pueda hacer análisis en una Comunidad Terapéutica, ésta deberá modificarse en vías de que el paciente encuentre en la institución un lugar para su deseo y la única forma de que esto ocurra es que la institución se asuma como un Otro barrado; esto implica pensar a cada paciente en su particularidad, pues no se le conoce a priori. Requiere pensar cada uno de los dispositivos en función de la singularidad de cada cual, el sentido que tiene un taller u otro, una modalidad grupal o individual, etc. Esto dado que en la lógica psicoanalítica “los estándares no tienen lugar, donde el caso por caso es lo que orienta el pensar la clínica en singular” (Goldenberg, 2008, p.3).

7.7. Criterios a considerar para intervenciones orientadas analíticamente en el contexto de Comunidades Terapéuticas

Uno de los objetivos propuestos por esta tesis es “desarrollar algunos criterios para intervenciones orientadas analíticamente en el contexto de Comunidades Terapéuticas”. A continuación, se explicitarán una serie de criterios y orientaciones para la clínica con toxicomanías en el contexto de Instituciones Tradicionales de Rehabilitación.

1. El diagnóstico inicial es sumamente importante para el tratamiento. Es necesario aclarar si se trata de una neurosis, una psicosis o una perversión, para entender la función que ha cumplido la droga en el psiquismo del sujeto en particular.
2. El analista buscará entender el consumo de drogas de cada sujeto en particular, para evaluar qué tuvo de dañina o saludable la sustancia para el paciente.
3. La lógica psicoanalítica entenderá la abstinencia de sustancias como una ley que opera por castración simbólica dando lugar a la entrada en el discurso. Se deberá tener especial cuidado en la evaluación del caso a caso, en términos de observar cómo vive cada sujeto la abstinencia, pues podría operar como respuesta a un imperativo superyoico, cerrando así la posibilidad de pensar al respecto. Será trabajo del analista situar la abstinencia en el marco de la ley que regula el deseo y el goce, lejos de un mandato superyoico.
4. Sacar el foco de la droga para ponerlo en el sujeto, permitirá retirar aquel obturador del deseo que impedía al paciente confrontarse con la falta, y desde ahí podrá construir un síntoma que le otorgue satisfacción al “saber hacer” con él. La idea es llevar al paciente a que logre resolver el malestar a través de un mecanismo simbólico y no aquel real que ponía en riesgo su vida y le impedía encontrarse con su propio deseo.
5. Será fundamental al inicio del tratamiento en Comunidad Terapéutica, generar las condiciones para la situación analítica, es decir, construir una demanda con el paciente en torno a la cual se pueda articular un deseo. De otro modo, todo el tratamiento en Comunidad verá limitados sus logros, pues aunque el

paciente se “adapte” y “responda” a las exigencias del equipo, mantendrá su posición de sometimiento a un supuesto poder superior (primero la droga, ahora la institución). La sola restricción del consumo, no se traducirá en un cambio de posición del sujeto respecto a la sustancia, la cual seguirá teniendo un lugar de importancia en la economía subjetiva del paciente.

6. El trabajo analítico debe llevar al sujeto a preguntarse por su propio deseo. Esto es fundamental, pues de no encontrarse con el propio de deseo, es muy probable que el paciente deje la sustancia por un tiempo, pero recaiga a mediano o largo plazo, al mantener la misma posición subjetiva que al inicio del tratamiento; es decir, aquella posición de desubjetivación, en tanto, evita preguntarse por su deseo al buscar la satisfacción a través de una sustancia obturadora, que le evita pasar por el campo del Otro.
7. El reconocimiento del propio deseo y la posibilidad de actuar en concordancia con él, es lo único que podría sostener una decisión del sujeto a futuro, ya sea la de abstenerse de sustancias o bien disminuir su consumo, en vías de hacer su vida más satisfactoria al pasar por el campo del Otro, renunciando así al goce autoerótico.
8. El psicoanálisis no persigue adaptar o readaptar el paciente a su contexto, por tanto, será fundamental aclarar con el paciente cuáles son sus expectativas; de manera tal que esté preparado para la posibilidad de que los cambios que llegue a experimentar lo hagan ver como alguien “desadaptativo”. En este sentido, resulta fundamental trabajar en coordinación con el equipo de la Comunidad, para mostrar que la “adaptación” no siempre es positiva para el sujeto y para los demás.
9. El psicoanalista no pondrá a la religión en un lugar privilegiado del proceso terapéutico, pues el lugar que ella ocupe dependerá de las atribuciones particulares de cada sujeto en tratamiento.
10. El analista no debe constituirse como un ideal valórico o un guía moral para el paciente; por el contrario, su deseo como analista debe apuntar a la desidentificación en busca de la subjetivación del paciente.
11. El deseo del analista debe mantenerse como enigma, para operar como motor de la terapia. La idea es que no responda a la demanda del sujeto,

manteniéndose como Otro barrado que haga sentir la falta, tan necesaria para la emergencia del deseo

12. El analista debe dirigir la cura y no la vida del paciente, será este último quien deberá pensarse y pensar cómo quiere hacer su vida. El análisis le permitirá aclarar el deseo inconsciente que subyace a las decisiones cotidianas, de manera tal que pueda asumir una posición ética y responsable al respecto.

Entender el trabajo analítico como una posición y una escucha específica de parte del analista, permite pensar en la posibilidad de intervenir en el campo de las toxicomanías en busca de la singularidad del consumo de cada paciente, aclarando qué función cumple la droga en su economía psíquica, de manera tal de indagar en las alternativas que podría ofrecer su propia estructura, distinta a la encontrada en el consumo de sustancias.

Ahora bien, para que la lógica psicoanalítica pueda insertarse en una Comunidad Terapéutica, la institución deberá modificarse en vías de asumirse como un Otro barrado que no dé todo por sabido respecto de la “adicción” y los “adictos”, entendiendo la singularidad en el consumo y cuestionando los dispositivos a implementar en el caso a caso.

En conclusión, se podría plantear que el psicoanálisis podría entrar en el contexto de Comunidades Terapéuticas, pues reconoce que el consumo problemático de drogas presenta dificultades para el abordaje analítico y, por tanto, hay que desarrollar ciertas maniobras para llegar a la palabra. El psicoanálisis aplicado no desprecia algo del orden de la sugestión y la educación, en el sentido freudiano, a condición de que la ética del psicoanálisis se mantenga incólume.

-

8. REFERENCIAS

Abeijón, J. (2010) La Comunidad Terapéutica y la Terapia Sistémica. El Pensamiento Sistémico en el Trabajo Residencial en una Comunidad Terapéutica. Cap.2. En Domingo Comas Arnau (Ed.) *La Metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID

Alcohólicos Anónimos Chile. *Método de Recuperación*. Recuperado 05 de enero, 2011, de: <http://www.alcoholicosanonimoschile.cl/metododerecuperacion.html>

Alfa Adicciones. *Comunidad Terapéutica*. Recuperado 20 de febrero, 2010, de: www.alfaadicciones.cl

Arcas, S. *La Verdad Sobre El Patriarca*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.laverdadsobreelpatriarca.org/comunidades.htm>

Arquidiócesis de Bogotá. San Bartolomé Apóstol. *Terciarios Capuchinos*. 23 de junio de 2008. Recuperado 17 de diciembre, 2010, de: <http://www.arquibogota.org.co/?idcategoria=7623>

Asociación Cristiana de Jóvenes de Montevideo. *Sobre Nosotros*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: www.acj-ymca.org/nosotros.php

Asociación Proyecto Hombre. Presentación. *Qué es Proyecto Hombre*. Recuperado 10 de diciembre, 2010, de: <http://www.proyectohombre.es/>

Asociación Terapéutica Fuente de Agua Viva. *Quiénes Somos?* Recuperado 9 de febrero, 2011, de: http://www.fuentedeaguaviva.com.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=81

Bernfeld, S. (1953) Los estudios de Freud sobre la cocaína. En Robert Byck (Ed.) *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980

Borderías, A. (2003) Apuntes para el psicoanálisis aplicado a las toxicomanías. En S. Botto, F. Naparstek & L. Salamone (Comp.). *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Buenos Aires: T y A

Botto, S. (2003) El psicoanálisis en las instituciones. En S. Botto, F. Naparstek & L. Salamone (Comp.). *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Buenos Aires: T y A

Byck, R. (1980) Introducción Sigmund Freud y la cocaína. En Robert Byck (Ed.) *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama

Carrizo, M. (2010) *Dispositivos Terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas: La Comunidad Terapéutica como modelo y alternativa de cambio*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de:

<http://es.scribd.com/doc/51894345/Dispositivos-terapeuticos-para-la-asistencia-de-los-problemas-relacionados-al-consumo-de-drogas>

Centro Comunidad Terapéutica Colina (1). Equipo Técnico. *Organización del Centro Comunidad Terapéutica Colina*. Recuperado 20 de febrero, 2011, de:

http://www.comunidadterapeuticaacolina.cl/organizacion_cctc.htm

Centro Comunidad Terapéutica Colina (2). *Nuestra Historia*. Recuperado 20 de febrero, 2011, de: <http://www.comunidadterapeuticaacolina.cl/>

Centro de Reeducción de Adictos DAR. *Hogares DAR. Nuestra Historia*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.hogardar.co.cl/>

Clasificación Internacional de Enfermedades [International Classification of Diseases], Revisión 6 CIE 6 [ICD 6], 1948

CONACE, Centros de Atención a Personas con Problemas de Consumo de Drogas en Convenio con CONACE, 2010. Recuperado 8 de diciembre, 2010, de: conace.ida.cl/wp-content/uploads/2011/03/listado_centros_tratamiento.xls

CONACE (2010) Resumen Ejecutivo Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población general. Recuperado 17 de agosto, 2011, de: http://www.conacedrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2011/03/2010_InformeEjecutivo_Noveno_Estudio_General.pdf

Corporación Comunidad La Roca. *Comunidad Terapéutica Hogar La Roca*. Recuperado 20 de febrero, 2011, de: <http://hogarlaroca.blogspot.com/>

Corporación La Esperanza. Por una vida libre de drogas. *Quienes Somos*. Recuperado 20 de febrero, 2011, de: http://www.corporacionesperanza.cl/quienes_somos.asp

CREA Chile. *Tratamiento Residencial*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.hogarcrea.cl/index2.html>

Comunidad Terapéutica Talita Kum (2010) Cuaderno de Campo Pasantía. *Diplomado en el Tratamiento y la Rehabilitación de Adicciones para Población General, 2010*. Escuela de Terapia Ocupacional. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Daytop Village. *Our History*. Recuperado 10 de diciembre, 2010, de: <http://www.daytop.org/history.html>

De León, G. (2000) *La Comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, Modelo y Método* (1º Ed.) Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Del Solar, G. (2008) Consideraciones sobre el consumo de drogas, la sexualidad y el psicoanálisis lacaniano. *Revista de Psicoanálisis Objetos Caídos* N° 6. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago de Chile

Dianova. Aprender, Crecer, Realizar. *Quienes Somos*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.dianova.cl/quienes.html>

Dianova. Aprender, Crecer, Realizar. *Nuestra Filosofía*. Recuperado 20 de febrero, 2011, de: <http://www.dianova.es/>

Diario La Estrella (2003). Dejar las drogas y el alcohol es posible. Recuperado 18 de marzo de 2011 de:

<http://www.estrellanorte.cl/site/apg/reportajes/pags/20030618010928.html>

Diplomatura de Educación Social (1997/1999). *Las drogas: cómo salir*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de <http://members.fortunecity.es/firehaired/doc/0008.htm>

Dupouey, M. *¿Psicoanálisis Posible en Comunidad Terapéutica?*. Recuperado 20 noviembre, 2010, de Psicoadic Centro Virtual para el Tratamiento, la Prevención de las Adicciones y Problemáticas Actuales:

<http://www.psicoadic.org/dupoueybiblioteca.php>

Echeverría, A. (2004) Representaciones Sociales de las Drogas de Jóvenes Urbano Populares en Proceso de Rehabilitación en Comunidad Terapéutica. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Enciclopedia España. *El Grupo de Oxford*. Recuperado 9 de febrero, 2011, de: http://www.enciclopediaespana.com/Grupo_de_Oxford.html

Estudio del Psicoanálisis y Psicología. Diccionario de Psicología, letra S, *Sugestión*. Recuperado 28 de agosto, 2011, de: <http://psicopsi.com/Diccionario-psicologia-letra-S-Sugestion>

Evans, D. (1997) *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós

Fernández-Espejo, E. (2002) Bases Neurobiológicas de la Drogadicción. *REV NEUROL*. Revisiones en Neurociencia. Vol. 34 (7), pp. 659-664. Editor: J.V. Sánchez Andrés

Fernández, J., Carballo, J., Secades-Villa, R & García Rodríguez, O. (2007) Modelos Teóricos de la Conducta Adictiva y Recuperación Natural. Análisis de la Relación y Consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 2007. Vol. 28(1), pp. 2-10. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.

Fleischer, D. *Las adicciones y sus tratamientos*. Curso Virtual Comunidad Russell. Recuperado Septiembre, 2010, de: <http://www.comunidadrussell.com/>

Freud, S. (1884) Über Coca (Sobre la cocaína). En Robert Byck (Ed.) *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980

Freud, S. (1885a) Contribución al conocimiento de los efectos de la cocaína. En Robert Byck (Ed.) *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980

Freud, S. (1885b) Sobre el efecto general de la cocaína. En Robert Byck (Ed.) *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980

Freud, S. (1887a) Puntualizaciones sobre Cocainomanía y Cocainofobia. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1887b) Anhelo y temor de la cocaína. En Robert Byck (Ed.) *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980

Freud, S. (1888) Histeria. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1890) Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma). En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1896a) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Manuscrito K. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1896b) La herencia y la etiología de las neurosis. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1897) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 55. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1897) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 79. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1898) La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomos IV y V. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1904/1903) El método psicoanalítico de Freud. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1912) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor, II). En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1913) Introducción a Oskar Pfister, Die Psychanalytische Methode. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1917) 28ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis. La terapia analítica. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1919/1918) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1925) Prólogo a August Aichorn, Verwahrloste Jugend [Juventud descarriada]. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1927) El porvenir de una ilusión. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1930) El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Freud, S. (1940/1938) Esquema del Psicoanálisis. En *Obras Completas* (1ª Ed. 9ª Reimp), Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007

Fundación Cristo Vive. *Quiénes Somos. Centro de Tratamiento y Rehabilitación en Drogodependencias Talita Kum*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.fundacioncristovive.cl/>

Fundación de Hogares Claret. *Comunidad Terapéutica. Historia*. Recuperado 15 de diciembre, 2010, de: <http://www.fundacionhogaresclaret.org/historia>

Fundación Paréntesis. *Misión e Historia*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.fundacionparentesis.cl/informacion-corporativa/mision-e-historia/>

Galende, E. (1983) La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médico - Sociales Nº 23*. Pp. 1-7. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario, Argentina.

Gervasio, E. *El Reparó Comunidad Terapéutica*. Recuperado 10 de noviembre, 2011, de: <http://www.elreparo.org.ar/>

Ghía, R. Módulos de Investigación. *La admisión en una institución para toxicómanos*. Recuperado 20 de agosto, 2011, de Centro Descartes de: <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-laadmicion.htm>

Global Teen Challenge. Welcome to Global Teen Challenge. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.globaltc.org/>

Goldenberg, M. (2008) Psicoanálisis Aplicado: Nuevas formas de asistencia. *Virtualia. Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*. Nº17. Enero/Febrero 2008

Gómez, M. (2010) *Un Hogar para la regeneración*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de Listindiario.com de: <http://www.listin.com.do/la-vida/2010/2/14/131583/Un-hogar-para-la-regeneracion>

González, R. CREHAD / 25 Años Rescatando a Adictos en Aconcagua / Los Andes, Chile. Recuperado 20 de febrero, 2011, de Prensamérica Internacional: <http://clepsidra.ning.com/group/notaperiodistica/forum/topics/crehad-25-anos-de-rescatar-a>

Goti, E. (1997) *La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga* (2ª Ed.) Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Goti, E. (2003) La Comunidad Terapéutica (breve repaso de su historia y algunas definiciones del modelo). Recuperado 8 de marzo, 2011, de Las drogas.info. Instituto para el Estudio de las Adicciones:

<http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoOpinion&idOpinion=121>

Guajardo, H., Bagladi, V. & Kushner, D. (2002) *Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos*. Recuperado 12 de diciembre, 2010, de:

<http://www.unidad.cl/archivos/psicoterapiaintegrativa.pdf>

Hogar Crea Dominicano. *Historia*. Recuperado 10 de enero, 2011, de:

<http://www.hogarcreea.net/hogar00/historia.php>

Iniciativas de Cambio Internacional. Construyendo la Confianza en un Mundo Dividido. *Historia de Frank Buchman*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de:

<http://www.iofc.org/es/abt/history/buchman>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [National Institute on Drugs Abuse] [NIDA] Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.nida.nih.gov/nidahome.html>

Lacan, J. (1953) Función y Campo de la Palabra y el Lenguaje en Psicoanálisis. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1990.

Lacan, J. (1958) La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Lacan, J. (1960) Clase del 6 de Julio de 1960. Las paradojas de la ética o ¿Has actuado en conformidad con tu deseo? En *Seminario VII La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires – Barcelona: Editorial Paidós, 1988

Laurent, E. (1997) Tres observaciones sobre la toxicomanía. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.) *Sujeto, Goce y Modernidad. Fundamentos de la Clínica II*. Instituto del Campo Freudiano. Buenos Aires: Atuel – T y A

Le Poulichet, S. (2005) *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu Editores

Llorente del Pozo, J.M. & Fernández, C. (1999) *Comunidades Terapéuticas. Situación Actual y Perspectivas de Futuro*. Recuperado 8 de noviembre, 2010, de: www.adicciones.es/files/llorente.pdf

López, C. (2007) *La entrada a tratamiento en sujetos que han desarrollado una adicción: una discusión desde el psicoanálisis*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders], Primera Versión [DSM I], 1953

Mansilla, J. (2004) El Problema de los Valores y la Ética en la Rehabilitación de Adictos. *LiberAddictus* N° 80 Julio-Agosto. Córdoba, Argentina: Programa Cambio. Recuperado 10 de marzo, 2011, de: http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=771

Marlatt, A. (1998) Reducción del Daño: Principios y Estrategias Básicas. *Reducción del daño: Estrategias Pragmáticas para Manejar Comportamientos de Riesgo Elevado*. CPD de Cádiz.

Maulen, L. & Soto, C. (2011) *Manual Terapéutico Programa Residencial*. Alfa Instituto.

Miller, J.A. (1994) Psicoterapia y psicoanálisis. *Revista Freudiana* N°10. Publicación de la Escuela Europea de Psicoanálisis de Catalunya, Difusión Ed. Paidós

Miller, J.A. (2001) Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Revista Freudiana* N°32. Publicación de la Escuela Europea de Psicoanálisis de Catalunya. Difusión Ed. Paidós.

Millot, C. (1979) *Freud Anti-Pedagogo*. Biblioteca Freudiana. Barcelona – Buenos Aires: Ediciones Paidós

Ministerio de Salud, Argentina. Organismos Descentralizados. *Centro Nacional de Reeduación CE.NA.RE.SO*. Recuperado 20 de agosto, 2011, de: http://www.msal.gov.ar/htm/site/org_des_cenareso.asp

Ministerio de Salud, Chile (1995) *Reglamento para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas a través de la Modalidad Comunidad Terapéutica y para Ejercicio de la Actividad de Técnico en Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas*. Denominación modificada por decreto N° 225, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 29 de agosto de 1998: APRUÉBASE el siguiente Reglamento que regirá a los *Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas, a través de la Modalidad de Comunidad Terapéutica, en adelante Establecimientos de Comunidad Terapéutica*. Departamento de Asesoría Jurídica. Of. Referencias Jurídicas. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud, Perú. Hospital Hermilio Valdizán. *Centro de Rehabilitación de Ñaña*. Recuperado 10 de diciembre, 2010, de: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/cr%C3%B1.htm>

Molina, A. (2011) ¿Es posible una ética para terapeutas personales dentro de las Comunidades Terapéuticas?. *Revista Adicción y Ciencia* Vol.1 N°1. Recuperado 10 de julio, 2011, de: <http://www.adiccionyciencia.info/molina.html>

Muñoz, R. (1996) Comunidades Terapéuticas (C.T.). *Cuadernos Médico – Sociales. Tema Central Drogadicción*. Vol. XXXVII, 3/96, pp. 24-36. Colegio Médico de Chile (A.G.) Departamento de Salud Pública. Santiago de Chile.

Muñoz, R. (2000) La Urgente Perspectiva Ética de las Comunidades Terapéuticas Chilenas. *ErAdicciones* N° 2 Marzo/Junio, pp.31-38. Santiago de Chile

Naparstek, F. (2008) *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones

Naparstek, F. (2010) *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III*. Buenos Aires: Grama Ediciones

Nobelprize.org. The Official Web Site of the Nobel Prize. *The Nomination Database for the Nobel Prize in Peace, 1901-1956*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de:

http://nobelprize.org/nobel_prizes/peace/nomination/nomination.php?action=show&showid=3513

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1958) Salud Mental. Cap. 23. En *Los Diez Primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Palais des Nations.

Palacios, J. (2005) *Comunidad Terapéutica: Historia, Desarrollo y Metodología*. Diploma Universidad de Santiago. Santiago de Chile

Palacios, J. (2010) *Comunidades Terapéuticas: Tratamiento y Rehabilitación de Drogas. Un ejemplo de trabajo en redes; el caso chileno*. En Seminario Internacional: Desafíos para la Prevención y el Tratamiento del Consumo de Drogas: La realidad de Chile y el mundo en nuestro Bicentenario. Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas (ASCHCT)

Palacios, J. *Mitos y Realidades en Tratamientos de Drogas en Comunidades Terapéuticas*. Recuperado 8 de marzo, 2011, de Publicaciones y Presentaciones de: <http://www.comunidadterapeuticaecolina.cl/>

Pantaleón, D. Atrapados en las drogas. Miles han dejado atrás la adicción a las drogas. Aportes: Hogar CREA Dominicano ha logrado reeducar a 20 mil personas que permitieron que las ayudaran a vencer su vicio y Casa Abierta se encarga de la labor preventiva. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de Listindiario.com de: <http://www.listin.com.do/la-republica/2010/4/23/139462/Miles-han-dejado-atras-la-adiccion-a-las-drogas>

Programa Andrés. Droga o Vida. Centro de Rehabilitación de las Adicciones. *Historia*. Recuperado 7 de enero, 2011, de: <http://www.programaandrescba.org.ar/historia.html>

Proyecto Ser. *Quiénes Somos*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.proyectoser.cl/nosotros.htm#antecedentes>

Rama, A. Fundación Engelmajer. *Cuando la rehabilitación es adicción*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.galeon.com/fundlpv/engel.htm>

Ramírez, E. (1990) Ponencia: El sistema de Comunidades Terapéuticas del Programa de Salud Mental de Puerto Rico: Pasado, Presente y Futuro. En *XVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*. Salamanca.

Ramírez, E. (1995) Cómo afectan las drogas la personalidad del adicto y en qué consiste el ambiente terapéutico para su reeducación. En Escuela de Administración, Pontificia Universidad Católica de Chile. Alfa Instituto – Promoción de la Salud. *Anales del II Congreso y III Encuentro Nacional de Prevención de Adicciones en la Empresa*. Pp. 121-132. Santiago de Chile.

Ramírez, E. Efrén Ramírez, MD. *Currículum Vitae en español*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.efrenramirezmd.com/>

Real Academia Española [RAE] (2011a). *Correcto, ta*. Recuperado 20 de agosto, 2011, de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=correcto

Real Academia Española [RAE] (2011b). *Dependencia*. Recuperado 20 de agosto, 2011, de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=dependiente

Real Academia Española [RAE] (2011c). *Abusar*. Recuperado 20 de agosto, 2011, de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=abusar

Remar Internacional. *Programa de Rehabilitación de Adictos a las Drogas*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.remar.org/prorehabilitacion1.html>

Risolidaria (2010) Solidaridad en Internet. *Adicciones. Hogar de Cristo. Comunidad Terapéutica Manresa*. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Drogas.asp?dir=Comunidad_es_Terapeuticas&id=695

Risolidaria. Solidaridad en Internet. *Adicciones*. Ex presidente de la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, Remigio Muñoz: “Para prevenir la droga tenemos que ser capaces de mirarnos como sociedad” (Entrevista Red Iberoamericana de Solidaridad). Recuperado 10 de febrero, 2011, de: http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Drogas.asp?dir=Documentos_de_Analisis_AD&id=626

Romero, D. (2003) *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. Masson S.A, Barcelona.
Recuperado 9 de febrero, 2011, de:

http://books.google.cl/books?id=9YOdBfMIWukC&pg=PA8&lpg=PA8&dq=el+retiro+tuke&source=bl&ots=T07jhZ04IE&sig=QNNv4KdBzheGuRjGVj_7RV7ZdM0&hl=es&ei=cRNTTbLWL8nXgQfRnP3JCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CB4Q6AEwAQ#v=onepage&q=el%20retiro%20tuke&f=false

Rubistein, (2003) Los modos de aplicación del psicoanálisis. En *Virtualia. Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*. Nº 7. Abril/Mayo 2003

Salvai, M. (2003) Una institución orientada psicoanalíticamente. En Botto, S., Naparstek, F., & Salamone, L. *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Buenos Aires: T y A

Sillitti, D. (2000a) La drogadicción desde el psicoanálisis. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos -. Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Sillitti, D. (2000b) Lo que no entra clásicamente en el psicoanálisis. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos -. Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Sillitti, D. (2000c) La droga: ¿objeto?. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos -. Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Sillitti, D. (2000d) Toxicomanía y clínica del super-yo. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos -. Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Talita Kum (2010) *Cuaderno de Campo Pasantía Comunidad Terapéutica Talita Kum*. En Diplomado en el Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones para Población General. Facultad de Medicina, Escuela de Terapia Ocupacional: Universidad de Chile

Tarrab, M. (2000a) La substancia, el cuerpo y el goce toxicomaniaco. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos - Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Tarrab, M. (2000b) Una experiencia vacía. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos - Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Tarrab, M. (2000c) Las salidas de la toxicomanía. En Sillitti, D., Sinatra, E. & Tarrab, M. (Comp.) *Más allá de las drogas – Estudios Psicoanalíticos - Sujeto, Goce y Modernidad. Nueva Serie*. La Paz, Bolivia: Plural Editores

Terra (2008) *Consejería on line orientará a jóvenes sobre alcohol y drogas*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de:

http://www.terra.cl/actualidad/index.cfm?id_cat=302&id_reg=1068551

Tertuliano, en el tratado a Escápula, c. 20, sent. 2, Tric. T. 1, p. 195. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de: <http://www.mercaba.org/Padres/penitencia.htm>

Torres, L. “Los Grupos Oxford y la Comunidad de Alcohólicos Anónimos”. Recuperado 9 de febrero, 2010, de:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/gro/anud41_oxford.pdf

Torres, R. (2001) Monografía: *Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile*. Unidad de Psiquiatría, Dirección de Postgrado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.

Tristany, S. (2006) *El Tratamiento Moral*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de <http://www.monografias.com/trabajos37/tratamiento-moral/tratamiento-moral.shtml>

Valencia, G. Entrevista al Padre Sergio Naser Japaz. Programa “Fe y Obras” en Radio Regina Coeli: “Una señal de Esperanza”. Recuperado 10 de noviembre, 2010, de:

http://www.reinadelcielo.cl/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=190:padre-sergio-naser-japaz-de-visita-en-regina-coeli-radio&catid=1:latest-news&Itemid=50

Vallejo, J. (2002) Introducción (I). En J. Vallejo Ruiloba *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5ª Ed.), pp.1-20. Barcelona: Masson S.A.

Verdicchio, O. y Viganó, C. (1995) La clínica de Jacques Lacan en un Centro para Toxicómanos y Alcohólicos. En Sinatra, E., Sillitti, D. & Tarrab, M. (comp.). *Sujeto, Goce y Modernidad III De la monotonía a la diversidad. Primera Jornada sobre Toxicomanía y Alcoholismo del Instituto del Campo Freudiano Paris – Julio de 1994*. Buenos Aires: Atuel – T y A

Whelan, F. Social Activism. *Frank N.D. Buchman*. Recuperado 10 de febrero, 2011, de: <http://www.aabibliography.com/oxfordsteps.html>

World Federation Therapeutic Communities [WFTC]. Recuperado el 10 de febrero, 2011, de: <http://www.wftc.org/>