

Camino, María Luz

**El rol del psicólogo clínico en
una comunidad terapéutica
profesionalizada de Córdoba
Capital**

**Tesis para la obtención del título de
Licenciada en Psicología**

Directora: Luna, Malena María

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final:

**“El Rol del Psicólogo Clínico en una Comunidad Terapéutica
Profesionalizada de Córdoba Capital”**

Alumna: María Luz Caminos

DNI: 41681999

Directora: Lic. Malena María Luna

Año 2023

Agradecimientos

Antes de dar inicio a este trabajo, quiero agradecer a todas las personas e instituciones que estuvieron presentes y me acompañaron a lo largo mi trayectoria académica.

A la Universidad Católica de Córdoba, por ser protagonista en mi camino de formación y a cada uno de mis docentes quienes, con gran dedicación, transmitieron sus conocimientos a lo largo de estos años.

A la Lic. Malena Luna, quien fue mi guía en la confección de este trabajo y me acompañó durante todo el proceso de práctica.

Al Sanatorio Morra, por abrir sus puertas y brindarme la posibilidad de desempeñarme como practicante, como así también a todos los profesionales de la institución que hicieron posible mi aproximación al ejercicio profesional.

A mis amigas y colegas, quienes fueron mis principales acompañantes en esta etapa y una gran red de apoyo, tanto en momentos de dicha como de adversidad.

A mis padres, por acompañarme en cada paso y por brindarme la posibilidad de formarme en una institución tan cálida y humana; sin su apoyo, este logro no hubiera sido posible.

Índice General

Índice de abreviaturas.....	4
1. Introducción.....	5
2. Contexto de la Práctica.....	7
2.1 Psicología Clínica.....	8
2.1.1 Origen de la Psicología Clínica.....	8
2.1.2 El Rol del Psicólogo Clínico en la Actualidad.....	10
3. Contexto Institucional.....	12
3.1 Reseña histórica del Sanatorio Morra.....	13
3.2 El Sanatorio en la Actualidad.....	14
4. Eje de Sistematización.....	17
5. Objetivos.....	19
5.1 Objetivo General.....	20
5.2 Objetivos Específicos.....	20
6. Perspectiva Teórica.....	21
6.1 Trastornos Adictivos.....	22
6.2 Comunidades Terapéuticas.....	27
6.2.1 Origen y Definición.....	27
6.2.2 Estructura y Dinámica de las Comunidades Terapéuticas.....	32
6.3 El Rol del Psicólogo en las Comunidades Terapéuticas.....	38
6.3.1 Líneas Teóricas de Abordaje.....	38
6.3.2 Intervenciones Psicológicas.....	44

7. Modalidad de Trabajo.....	49
7.1 Caracterización de los Sujetos.....	50
7.2 Técnicas de Recolección de Información.....	51
7.3 Consideraciones Éticas.....	51
8. Análisis de la Experiencia.....	53
8.1 Recuperación del Proceso Vivido.....	54
8.2 Análisis y Síntesis.....	61
8.2.1 Características de la Comunidad Terapéutica Morra.....	68
8.2.2 Funciones del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica Morra.....	83
8.2.2.1 El Psicólogo como Coordinador del Dispositivo.....	85
8.2.2.2 El Psicólogo como Psicoterapeuta Individual.....	94
8.2.2.3 El Psicólogo como Psicoterapeuta Familiar.....	103
8.2.2.4 El Psicólogo como Tallerista Grupal.....	111
8.2.3 Alcances del Rol del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica.....	119
8.2.4 Desafíos del Rol del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica.....	126
8.2.5 Influencia de la Pandemia por COVID-19 en el Desempeño del Rol.....	133
9. Conclusiones.....	138
10. Referencias.....	149

Índice de abreviaturas

AA: Alcohólicos Anónimos

ACT: Terapia de aceptación y compromiso

CT: Comunidad terapéutica

DBT: Terapia dialéctico conductual

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

FAP: Psicoterapia analítica funcional

EC: Estímulo condicionado

EI: Estímulo incondicionado

EN: Estímulo neutro

OT: Operador terapéutico

SNC: Sistema nervioso central

TC: Terapia de la conducta

TCC: Terapia cognitivo conductual

TLP: Trastorno límite de la personalidad

1. Introducción

El presente constituye el Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, cuya finalidad es la sistematización de la experiencia correspondiente a la Práctica Profesional Supervisada realizada en el año 2021. Dado que la misma se desarrolló dentro del contexto clínico, en primera instancia se realizará una breve descripción de la Psicología Clínica como área, incluyendo su definición, desarrollo histórico y funciones que le competen al psicólogo clínico¹. Dado que la práctica coincidió con el período de emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 (COVID-19), se hará referencia también al ejercicio profesional en este contexto. En segundo lugar, se expondrán aspectos relativos a la institución en la cual se llevó a cabo la práctica: un hospital monovalente de carácter privado ubicado en la ciudad de Córdoba Capital. Luego de detallar los objetivos generales y específicos, se abordarán nociones relativas a los trastornos adictivos para luego orientar el desarrollo hacia las comunidades terapéuticas, centros de carácter residencial dedicados al tratamiento de adicciones (Becoña et al., 2011). Se realizará un breve recorrido histórico sobre estos establecimientos y se expondrán sus principales características, haciendo énfasis en las particularidades del rol psicólogo en estos dispositivos. Posteriormente, se desarrollará el análisis de la experiencia vivida tomando como base el marco teórico planteado previamente, y detallando tanto la población objetivo como las técnicas implementadas para recabar información. Finalmente, se expondrán las conclusiones derivadas de la articulación teórica, práctica y vivencial de la experiencia.

¹ Con el fin de lograr una lectura más llevadera, se ha optado por desarrollar este escrito utilizando el género masculino: no obstante, en todo momento se estará haciendo referencia a ambos géneros.

2. Contexto de la Práctica

2.1 Psicología Clínica

Se puede definir a la Psicología Clínica como el área de la psicología cuyos objetivos son la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación del padecimiento mental². Para alcanzarlos, se sirve de múltiples técnicas, métodos psicodiagnósticos y procedimientos psicoterapéuticos (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA], 2003). De acuerdo a la Ley 7106 de Ejercicio Profesional de la Psicología en la Provincia de Córdoba, se entiende por Psicología Clínica a "la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole, y en práctica privada de la profesión" (Ley 7106, 1984, Art 2 a). De acuerdo a la misma ley, se considera ejercicio de la profesión del Psicólogo en el área de la Psicología Clínica a:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad; la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Ley 7106, 1984, Art 3 a).

2.1.1 Origen de la Psicología Clínica

La Psicología Clínica surge en el año 1896, cuando Lighner Witmer funda en la Universidad de Pensilvania la primera clínica con el nombre precisamente de "Psicología Clínica": a partir de allí, comienza a definirse el papel clínico del psicólogo (EFPA, 2003). Desde comienzos del siglo XX, la Psicología Clínica se desarrolló progresivamente, siendo

² En la definición original de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), se emplea la expresión "trastornos psicológicos o mentales". De acuerdo al anexo I de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, el trastorno constituye sólo una de las formas de sufrimiento psíquico; por este motivo, se optó por reemplazar el término "trastorno" por "padecimiento mental".

las guerras mundiales factores que contribuyeron ampliamente en su establecimiento (EFPA, 2003; Rodríguez Marín, 1998). La Primera Guerra Mundial fomentó el desarrollo de tests destinados a medir diferencias individuales en adultos: este énfasis en la evaluación individual estimuló el estudio de la personalidad y la publicación de muchos de los tests que se emplean en la clínica actual (Rodríguez Marín, 1998). Sin embargo, el afianzamiento de la Psicología Clínica se consolida en la Segunda Guerra Mundial, cuando alrededor de 20 millones de personas fueron valoradas a través de evaluaciones escritas y/o entrevistas (Rodríguez Marín, 1998). Además, en este contexto creció notablemente la demanda de los tratamientos psicológicos, lo cual contribuyó a que la labor de los Psicólogos Clínicos cobrara mayor reconocimiento (Rodríguez Marín, 1998)

A finales de los años 30' los psicólogos clínicos ya desempeñaban funciones terapéuticas, al tiempo que comenzaban a crearse los primeros programas de postgrado. El reconocimiento legal de la Psicología Clínica se logró en 1945, consolidándose en la década de los 50' su estatuto tanto profesional como científico (EFPA, 2003). La Psicología Clínica fue evolucionando durante los años posteriores gracias a la influencia de múltiples corrientes psicológicas, diversificándose así nuevas perspectivas de tratamiento (Buela Casal et al., 1995; Rodríguez Marín, 1998).

En sus inicios, debido a la predominancia del paradigma médico-hegemónico, el principal objetivo del diagnóstico en Psicología Clínica era la identificación de una enfermedad o entidad nosológica (Lagache, 1982). Actualmente, gracias a los avances en materia de salud mental y perspectiva de derechos, el establecimiento de un cuadro pasa a segundo plano frente a la situación del consultante, su relación con el entorno, su personalidad y su historia de vida (Lagache, 1982). En otras palabras, el énfasis no se coloca en la búsqueda de una patología o el establecimiento de un diagnóstico, sino en el análisis global del paciente, entendido como un ser humano portador de un problema (Lagache,

1982). De esta manera, podemos decir que el objeto de la Psicología Clínica es, en lugar del “hombre psíquicamente enfermo”, el “hombre en conflicto” (Lagache, 1982).

2.1.2 El Rol del Psicólogo Clínico en la Actualidad

Como es de público conocimiento, la pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19) ha producido múltiples virajes en el ámbito laboral de las personas: bajo este panorama, numerosos profesionales se han visto obligados a modificar sus condiciones de trabajo, y los psicólogos clínicos no son la excepción (Gallego y Castaño, 2021). Si bien el uso de las tecnologías en el ámbito de la salud viene en aumento desde 1960 aproximadamente, hasta fines del año 2019 los Psicólogos Clínicos se desempeñaban principalmente bajo la modalidad presencial (Soto Pérez et al, 2010). Con la llegada de la pandemia, los profesionales se vieron obligados a brindar sus servicios a través de medios virtuales, lo cual trajo aparejado ciertos desafíos en términos de adaptación a un nuevo encuadre: bajo estas circunstancias, los Psicólogos Clínicos debieron adquirir nuevas competencias y realizar revisiones, readaptaciones, capacitaciones referentes a contextos de crisis, entre otras cuestiones (Traverso y Salem Martinez, 2020). A su vez, la modalidad virtual insta a los terapeutas a involucrarse con nuevos aspectos éticos y legales con el fin de resguardar la confidencialidad y la seguridad dentro del espacio terapéutico (Traverso y Salem Martinez, 2020).

A pesar de las modificaciones que esta nueva modalidad de atención implica, Soto Pérez et al. (2010) plantean que existen investigaciones respecto al uso de internet en Psicología Clínica cuyos resultados denotan satisfacción tanto de los psicoterapeutas como de los pacientes respecto a esta modalidad de trabajo. Si bien una de las mayores críticas hacia la atención psicológica virtual es la ausencia de la interacción cara a cara, Soto Pérez et al. (2010, p. 20) plantean que el uso de internet “potencia el anonimato y la intimidad, facilitando la sinceridad y la desinhibición en una relación terapéutica”, sin evidenciarse

diferencias significativas en cuanto a la alianza terapéutica entre la modalidad presencial y online. Por otra parte, destacan que el uso de las tecnologías en el trabajo clínico posee ciertas ventajas tales como el respaldo de información, la disminución de costos en cuanto a los servicios de transporte, entre otras (Soto Pérez et al, 2010). Por último, los autores afirman que las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC'S) han llegado para quedarse, por lo que invitan a los profesionales de la salud mental a “tomar una actitud proactiva frente a su irreversible aparición” (Soto Pérez et al, 2010, p 20).

3. Contexto Institucional

3.1 Reseña histórica del Sanatorio Morra

El Sanatorio Prof. León S. Morra es una institución de Salud Mental de carácter privado, ubicada en Av. Sagrada Familia esq. Nazaret, en la Ciudad de Córdoba Capital. En principio, fue bautizada como “Clínica Las Rosas”, debido a que en su momento el barrio en el que se sitúa (actualmente B° Cerro de las Rosas) se hallaba repleto de rosadales (S.M. Puente, comunicación personal, 19 de mayo de 2021).

Instituida en el año 1927, se posiciona entre las pioneras y más extensas del interior del país (Sanatorio Morra, s/f). Su fundador, el Dr. León S. Morra, fue farmacéutico, médico, y se desempeñó no sólo en el ámbito académico sino también en la política (M.I Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Su lucha primordial estuvo vinculada a la salud mental: desde el año 1915 abogaba por una ley con características similares a la que fue sancionada en el año 2010 (M.I Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021). A propósito de su lucha, formó un partido político que ganó con amplia mayoría y lo llevó a ser elegido como intendente municipal en 1918; pocos años más tarde, asumió como Rector de la U.N.C., cargo que ocupó en dos oportunidades (M.I Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021; Sanatorio Morra, s/f). Asimismo, dirigió la institución desde el año 1940 hasta su fallecimiento en 2003: a partir de allí, sus hijos, los Dres. León y Carlos Morra, asumieron la Dirección de la institución, incentivando a diferentes actores de la Provincia de Córdoba a emprender acciones destinadas a concretar el sueño de su predecesor: “legislar sobre alienados” (Sanatorio Morra, s/f).

En un primer momento y conforme lo demandaban las prácticas profesionales de la época, la institución abordaba las enfermedades neuropsiquiátricas bajo la modalidad de internación, pudiendo permanecer en ella hasta su fallecimiento: no obstante, con la legislación vigente, esta condición se ha modificado (M.I Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Alrededor de los años 60’, el paradigma de la internación comienza a perder

fuerzas, abriendo paso a una nueva visión que incluye la interdisciplina en el abordaje de las patologías; de la mano con este cambio, comienzan a incorporarse en la institución consultorios externos, cobrando mayor fuerza el área ambulatoria (Sanatorio Morra, s/f).

Hacia los años 90, uno de los principales objetivos de la institución era lograr la externación de pacientes crónicos: para ello, se llevaron a cabo diversas estrategias tales como entrevistas domiciliarias, seguimiento de casos, trabajo con familias y con el propio paciente (Sanatorio Morra, s/f). En este sentido, en el año 1996 se crea el Servicio de Hospital de Día, un dispositivo que funciona como instancia intermedia entre la internación y la externación, y cuyos fines son la prevención, promoción y preservación de la salud mental, como así también el tratamiento de patologías psiquiátricas de menor complejidad (Sanatorio Morra, s/f). En el año 1998 se crea la Fundación Morra, la cual se focaliza en la capacitación de los profesionales, como también en brindar información a familiares y asistencia gratuita a la comunidad en problemáticas específicas (Sanatorio Morra, s/f).

3.2 El Sanatorio en la Actualidad

Actualmente, el Sanatorio cuenta con tres ejes: salud mental, rehabilitación y neurología (M.I Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021). El primero se constituye por un equipo interdisciplinario integrado por psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, nutricionistas, acompañantes terapéuticos, operadores terapéuticos, entre otros: en promedio, la institución cuenta con 200 profesionales, y cada equipo se encuentra conformado por profesionales de planta y residentes (M.I Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Cabe destacar que, desde fines de 2017, el Sanatorio Morra se ha interiorizado con mayor profundidad en el ámbito de las Neurociencias, mediante acuerdos con el Instituto Privado Kremer, ubicado en Córdoba, y el Instituto Fleni, situado en Buenos Aires (Sanatorio Morra, s/f).

En cuanto a infraestructura, a finales de la primera década de los años 2000 se construyeron nuevos 7000 metros cuadrados, lo cual facilitó la redistribución de pacientes del área de internado de acuerdo a sexo, edad y patología: en el área de internación, el Sanatorio posee una capacidad de 200 camas (Sanatorio Morra, s/f; S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Por fuera de los cinco pabellones se encuentra el área ambulatoria, la cual funciona de 08:00 a 20:00 hs y cuenta con una guardia externa en psiquiatría y psicología las 24 horas (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Este sector dispone de 40 consultorios externos distribuidos en el predio del Sanatorio, en el centro de la Ciudad de Córdoba y en la localidad de Río Ceballos (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Asimismo, en todo el territorio provincial se distribuyen distintos profesionales que poseen sus consultorios en Capilla del Monte, Mina Clavero, Jesús María, Carlos Paz y forman parte de la red prestacional del interior provincial (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). En suma, el Sanatorio recibe más de siete mil consultas mensuales, y cuenta con sesenta mil historias clínicas (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

Por otra parte, el Sanatorio cuenta con un equipo de psicología, psiquiatría y clínica médica que brinda atención domiciliaria, servicio que se encontró interrumpido durante el contexto de pandemia (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Durante este fenómeno, el Sanatorio incorporó estrictos protocolos y una nueva logística para evitar contagios, motivo por el cual se les solicitaba a los ingresantes un hisopado negativo, como así también un tiempo aislamiento preventivo antes de integrarse con otros residentes (S.M Puente, comunicación personal, 10 de junio de 2021).

Por último, además del área ambulatoria y de internado, el Sanatorio cuenta con el área de dispositivos intermedios (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). La misma se ubica fuera de la sede del Sanatorio e incluye el Hospital de Día, con una

capacidad de cuarenta y cinco personas; cuatro casas de medio camino, con una capacidad de aproximadamente cinco pacientes; dos casas asistidas y una Comunidad Terapéutica focalizada en adicciones (S.M Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). Ésta última, sobre la que versa el presente trabajo, es un dispositivo intermedio técnico y profesionalizado fundado en 2019, destinado a personas que se encuentran atravesando trastornos adictivos (M. Luna, comunicación personal, 24 de junio de 2021; S.M Puente, comunicación personal, 10 de junio de 2021). Constituye uno de los elementos integrantes del Sistema de Atención Integral en Adicciones, un proyecto impulsado por el Sanatorio no sólo por las demandas y necesidades que se observan en el quehacer diario, sino también con el fin de cumplir con el requerimiento de la Ley 26.657 en lo que respecta a dispositivos alternativos (M. Luna, comunicación personal, 24 de junio de 2021). Posee el tamaño de una casa y no cuenta con ningún cartel de referencia, con el fin de que el paso por la institución resulte para los residentes lo más homologable posible a un espacio familiar: de esta manera, se pretende atenuar el etiquetamiento o la estigmatización desde el afuera, aspecto que se trabaja con los residentes durante su permanencia en el dispositivo (M. Luna, comunicación personal, 24 de junio de 2021). Para finalizar, cabe destacar que la comunidad se encuentra las 24 horas supervisada por profesionales, con el fin de generar un contexto seguro y libre de sustancias a la vez que su estancia se realiza de manera voluntaria (M. Luna, comunicación personal, 2021).

4. Eje de Sistematización

“El Rol del Psicólogo Clínico en una Comunidad Terapéutica Profesionalizada de Córdoba Capital”

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Caracterizar el rol del psicólogo clínico en una comunidad terapéutica profesionalizada de Córdoba Capital.

5.2 Objetivos Específicos

1. Especificar las funciones que desempeñan los psicólogos en la Comunidad Terapéutica Morra.
2. Describir las intervenciones que realizan los psicólogos en el dispositivo.
3. Identificar las líneas teóricas de abordaje a las que adhieren los psicólogos en la institución.
4. Reconocer los alcances y desafíos que posee el rol del psicólogo en la Comunidad Terapéutica.
5. Determinar la incidencia del contexto de pandemia en el desempeño del rol.

6. Perspectiva Teórica

En este apartado se desarrollarán nociones inherentes al eje de sistematización del presente trabajo: “El rol del psicólogo clínico en una comunidad terapéutica profesionalizada de Córdoba Capital”. En primera instancia, se expondrán fundamentos teóricos sobre los trastornos adictivos, para posteriormente abordar su relación con las comunidades terapéuticas, dispositivos dedicados al tratamiento de adicciones. Finalmente, se hará hincapié en el rol del psicólogo en estos dispositivos y las líneas de tratamiento que se emplean en la actualidad.

6.1 Trastornos Adictivos

Históricamente, múltiples factores -de índole médica, lúdica, mágica o religiosa- han llevado al ser humano a explorar su cerebro mediante el uso de sustancias psicoactivas, con el fin de experimentar estados psíquicos particulares y alteraciones en su estado de conciencia (Galende y Kraut, 2006; Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014). Ahora bien, ¿qué se entiende por sustancias psicoactivas?:

Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva, o coloquialmente “droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento. Esta definición incluye, por tanto, no sólo lo que habitualmente se conoce por «drogas ilegales» sino, también, a sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas, a determinados psicofármacos y a sustancias de uso doméstico (Casas et al., 2011, p. 18).

Las primeras sustancias que, por su gran aceptación social, comenzaron a consumirse de manera masiva fueron los destilados del alcohol, junto a los derivados del cannabis (Casas et al., 2011). A su vez, los avances en la ciencia derivaron en la elaboración de compuestos

cada vez más potentes, de manera que durante el siglo XX el consumo se convirtió no sólo en un fenómeno social, sino también en un problema global (Casas et al., 2011; Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014).

Pinel (2007) plantea que la vía de administración de una sustancia influye en la velocidad en que la misma llega a su lugar de acción. En las culturas primitivas, debido a los elementales procedimientos utilizados para la obtención de las preparaciones, éstas presentaban una baja concentración de principio activo. Esto, sumado a un consumo efectuado principalmente por vía oral, daba como resultado una absorción lenta y gradual de las sustancias en el organismo, favoreciendo su metabolización y eliminación (Casas et al., 2011). El descubrimiento de la jeringa hipodérmica a mediados del siglo XIX propició la administración de sustancias al torrente sanguíneo, acelerando de esta manera su viaje hacia el cerebro (Casas et al., 2011). Siguiendo a Pinel (2007), podemos distinguir cuatro vías de administración de sustancias: ingestión, inyección (subcutánea, intramuscular e intravenosa), inhalación y absorción mediante membranas mucosas, siendo la vía endovenosa la más veloz.

Según sus efectos sobre el SNC, las sustancias se clasifican en tres grandes grupos: depresoras, estimulantes y alucinógenas (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014). Las sustancias depresoras inhiben los mecanismos responsables de mantener el estado de vigilia produciendo sedación, somnolencia, analgesia, anestesia, e incluso estado de coma; dentro de este grupo se incluyen el alcohol, opiáceos (como heroína y morfina), cannabis, hipnóticos y sedantes (como barbitúricos y benzodiazepinas) e inhalables tales como pegamentos, pinturas, barnices, gasolina, entre otros (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014). Por su parte, las sustancias estimulantes aumentan la actividad neuronal produciendo euforia, activación motora, disminución de la fatiga y aumento del estado de alerta; algunos ejemplos de ellas son la cocaína, el éxtasis, la cafeína y la nicotina (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014). Por último, las sustancias alucinógenas afectan los estados emocionales, la

organización del pensamiento y producen distorsiones perceptivas de variada intensidad que, en algunos casos, pueden derivar en ilusiones o alucinaciones; las más conocidas son el LSD y la mescalina (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014).

Si bien las alteraciones producidas por estas sustancias son transitorias y culminan con su efecto farmacológico, el consumo crónico de las mismas puede producir modificaciones a largo plazo en los circuitos neuronales: esto nos lleva a establecer la distinción entre uso, abuso y dependencia o adicción (Guardia et.al, 2011; Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014). Se considera fase de uso de una sustancia al consumo recreativo y excepcional de la misma: aquí, se experimentan los efectos placenteros del consumo gracias a la activación del sistema de recompensa cerebral (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014). Aunque el consumo en esta etapa no resulta necesariamente problemático, el contacto reiterado con la sustancia podría derivar en una pauta de abuso o dependencia; en tal escenario, esta etapa podría concebirse como “fase de iniciación” al consumo (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (1995) define al abuso de sustancias como un patrón reiterado y desadaptativo de consumo acompañado de consecuencias perniciosas recurrentes, tales como el incumplimiento de obligaciones, consumo en situaciones en que el mismo resulta riesgoso, problemas interpersonales exacerbados por la sustancia, y problemas legales derivados de ella. De esta manera, es posible afirmar que uso y abuso difieren en duración, frecuencia e intensidad (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014).

Cuando el abuso se cronifica, se produce en el cerebro una neuroadaptación que genera los efectos de tolerancia y abstinencia característicos de la dependencia (DSM IV, 1995; Becoña Iglesias et. al., 2011). Según el DSM-IV (1995), la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos resultado del consumo

sostenido de una sustancia, pese a la aparición de múltiples inconvenientes relacionados con ella. Este patrón de repetida autoadministración lleva a la tolerancia, abstinencia y a la ingestión compulsiva de la sustancia (DSM-IV, 1995). La abstinencia consiste en un cambio desadaptativo del comportamiento como consecuencia de la interrupción repentina en la administración de una sustancia (Becoña, 2008; DSM IV, 1995). Estos cambios se manifiestan mediante síntomas de índole física y psicológica de variada intensidad de acuerdo al tipo de sustancia y al grado de exposición a la misma; dicho estado clínico se conoce como síndrome de abstinencia (Becoña, 2008; Pinel, 2007). Cuando se habla de tolerancia se hace referencia a un estado de menor sensibilidad a la droga, caracterizado por una disminución de los efectos de la sustancia a causa de la exposición repetida a la misma; de esta manera, el sujeto necesita acudir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto inicial (Pinel, 2007).

Asimismo, es común que en la dependencia el sujeto destine una gran cantidad de tiempo y numerosas estrategias a la obtención y consumo de la sustancia, pudiendo incluso reducir o abandonar sus actividades sociales, laborales o recreativas (DSM IV, 1995). En ocasiones, esta búsqueda incesante se acompaña de múltiples intentos fallidos de restringir o abandonar el consumo, y es impulsada por un deseo imperioso de consumo producido por ideas, recuerdos y estímulos condicionados con la sustancia en cuestión. Esta necesidad irresistible de consumo es conocida como *craving* (Becoña Iglesias et. al., 2011; Guardia et. al, 2011; DSM IV, 1995).

Con la sanción de la Ley 26.934 en nuestro país, se introdujo un término ampliamente utilizado en la actualidad para referirse tanto al abuso como a la dependencia: consumo problemático.

A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos a aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en

forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Ley 26.934, 2014, art 2).

Tal como se plantea en esta definición, no todos los trastornos adictivos se vinculan a una sustancia: existen conductas que estimulan sistemas de recompensa semejantes a los activados por sustancias, produciendo efectos similares a los que éstas generan, incluidos los fenómenos característicos de la dependencia (Casas et al., 2011; Becoña Iglesias et. al., 2011). Estas conductas se denominan adicciones comportamentales, y algunas de ellas son el juego patológico, las compras sin control, el ejercicio físico excesivo, el sexo compulsivo, entre otras (Casas et al., 2011; Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V, 2014). Por este motivo, términos como el de toxicomanía y drogodependencia están siendo reemplazados paulatinamente por el de adicción, extendiendo así las fronteras del ámbito de estudio más allá de los trastornos relacionados con sustancias (Casas et al., 2011).

Siguiendo a Guardia et al. (2011), las alteraciones neuronales producidas en los trastornos adictivos se acompañan de fenómenos similares a los que ocurren en el enamoramiento. En este sentido, Washton y Boundy (2009) han establecido diferentes etapas en este proceso: la fase de “enamoramiento” propiamente dicha se conforma por los primeros contactos con la sustancia o actividad, y que producen un impacto satisfactorio en el sujeto. En la “luna de miel”, de acuerdo a Guardia et. al (2011), la sustancia o conducta queda envuelta en una gran idealización que anula cualquier vacilación frente al consumo, de manera que el individuo se entrega nuevamente a esa pasada y ansiada experiencia frente a las emociones displacenteras en busca de consuelo o alivio (Washton y Boundy, 2009). En la

fase de “traición”, la sustancia o el comportamiento comienza a mostrar efectos negativos en la persona, mientras que en la siguiente etapa, denominada “en la ruina”, las secuelas son cada vez mayores: paradójicamente, en esta fase el sujeto intensifica su vínculo con la sustancia o conducta, en el afán de revivir aquella añorada “luna de miel” (Washton y Boundy, 2009). La última etapa es denominada por los autores “apresados”, puesto que la lucha frente a la adicción se vuelve cada vez más intensa y, en ocasiones, la fuerza de voluntad no resulta suficiente para romper con ella (Washton y Boundy, 2009). De esta manera, es posible afirmar que en ambos tipos de adicciones se observan rasgos, fenómenos y sistemas de creencias que conforman lo que se conoce como personalidad adictiva (Washton y Boundy, 2009).

Habiendo desarrollado estos aspectos generales sobre los trastornos adictivos, se dará paso al desarrollo de una de las nociones básicas del eje de sistematización del presente trabajo: comunidades terapéuticas.

6.2 Comunidades Terapéuticas

6.2.1 Origen y Definición

Las comunidades terapéuticas surgen de manera independiente al contexto psiquiátrico, con la organización de personas que decidieron liderar programas de recuperación tomando como referencia su propia experiencia en el proceso (De León, 2004). De esta manera, estos grupos carecían de un equipo técnico especializado, basando sus tratamientos en el método de la autoayuda (Llorente et. al., 2011; Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010). Entre los principales se destacan el grupo Oxford, fundado en el año 1921; Alcohólicos Anónimos (AA), asociación nacida en 1935; Synanon, fundada en 1958 y Daytop Village, creada en 1963 (Glaser, 1974, como se citó en De León, 2004).

Los elementos básicos de las actuales Comunidades Terapéuticas (en adelante “CT”) fueron tomados principalmente de Synanon, fundada por un integrante de AA, Charles “Chuck” Dederich (Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010; De León, 2004). Siguiendo a De León (2004) Charles, junto a otros compañeros, dio inicio a grupos semanales de “libre asociación” en su apartamento: estos encuentros produjeron una serie de cambios psicológicos en los participantes, de modo que comenzaron a percibir estas reuniones como una nueva forma de terapia. Estos grupos continuaron evolucionando hasta que la organización se fundó oficialmente en agosto de 1959 (De León, 2004). En su metodología, la Comunidad Terapéutica de Synanon tomó algunos principios y tradiciones de los grupos de Oxford y AA, añadiendo aportes de corrientes psicológicas y filosóficas de la época con el fin de transformar personalidades y estilos de vida, en lugar de enfocarse meramente en sostener la abstinencia (De León, 2004).

Desde entonces, las comunidades terapéuticas comenzaron a desarrollarse como modelo terapéutico, adoptando una metodología basada en la comunidad y concibiendo a sus residentes como sujetos capaces de influir en su propio tratamiento (Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010; De León, 2004). Se produce así el pasaje de un organismo carente de estructura a una entidad altamente organizada, marcado principalmente por el cambio de la modalidad basada en reuniones semanales, a la residencial intensiva de 24 horas (De León, 2004). Así es también como estos dispositivos comenzaron a incluir profesionales en su equipo de intervención, hito que protagonizó la CT de Daytop (Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010). Junto a los avances en salud mental, hacia los años 80’ las CT progresaron a un alto grado de profesionalización, con equipos conformados por personal idóneo y tomando como base de los tratamientos programas basados en evidencia científica (Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010; Llorente et. al., 2011). Aunque en la actualidad la mayoría de los países se inclinan hacia modelos profesionales, continúan existiendo CT no

profesionalizadas, siendo algunas de ellas regidas por un espíritu pseudo-científico o religioso (Llorente del Pozo y Fernández, 1999). El presente trabajo se enfocará en el desarrollo de las comunidades terapéuticas profesionalizadas.

Habiendo realizado una breve reseña sobre el origen de las comunidades terapéuticas, es momento ahora de brindar una definición precisa sobre estos dispositivos. Siguiendo a Comas Arnau (2010), el término “comunidad terapéutica” hace referencia a un espacio físico cuyo fin es brindar asistencia a personas que padecen trastornos relacionados con sustancias. Según Llorente et al. (2011), una comunidad terapéutica (en adelante, “CT”) es “un medio terapéutico residencial basado en la interacción permanente entre el usuario, los pares y el equipo, donde se realiza una intervención intensiva, multidisciplinar, coordinada y orientada a la rehabilitación integral” (p. 294). Por su parte, Becoña Iglesias et. al., (2011) definen las CT de la siguiente manera:

Centros de carácter residencial cuyo objetivo es la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de adicciones³. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado (p. 218).

Cabe destacar que el término residencial no hace referencia a “encierro”, puesto que las CT profesionales no funcionan como agente de exclusión y aislamiento sino de integración social, rompiendo así con el paradigma predominante en la concepción psiquiátrica tradicional caracterizado por el funcionamiento de instituciones monovalentes dedicadas a recluir a los sujetos con padecimiento mental (Llorente et al., 2011; De Lellis, 2015). Estas instituciones, conocidas como manicomios, legitimaron un modo de proceder caracterizado por el control y la segregación, acallando los síntomas de los internos y

³ Conforme a los avances en la materia y lo expuesto en la página 26, se ha optado por reemplazar el término “drogodependencias” empleado en la definición original por el de “adicciones”.

naturalizando prácticas de coerción tanto física como medicinal: además, la palabra de los sujetos era juzgada como irracional, fantasiosa o absurda, lo cual invalidaba su discurso y los privaba del derecho a decidir por sí mismos (CELS, 2015; De Lellis, 2015).

No obstante, gracias al fortalecimiento de la perspectiva de derechos, el abordaje integral de la salud y la inclusión social, esta inercia institucional comienza a ser interpelada por distintos actores sociales, gestándose así un nuevo enfoque que cuestiona la lógica manicomial, junto a sus discursos y prácticas (CELS, 2015; De Lellis, 2015). Hacia los años 70', la lucha por la desmanicomialización logró gran apoyo por parte de organismos internacionales como la OMS, la cual incitó a los países a sustituir sus instituciones manicomiales por un sistema de asistencia integral basado en la comunidad (CELS, 2015). Así, este modo de proceder asociado a la exclusión se transforma en una modalidad donde se despliegan actividades, se recupera la expresión de la voluntad y se afianza la autonomía del sujeto en pos de la generación de un proyecto de vida, tomando cuenta los determinantes sociales involucrados en su padecimiento (CELS, 2015; De Lellis, 2015). De esta manera, aquellos espacios que resultaban inhabilitantes y estigmatizantes se encontraron ante el desafío de “transformarse en sostenes del camino a la vida en libertad” (CELS, 2015, p. 124). Sin embargo, para lograrlo, resultaba necesaria la creación de espacios alejados físicamente del contexto psiquiátrico, en donde el proceso de tratamiento sea coordinado interdisciplinar e intersectorialmente. Estos espacios se materializan en los denominados dispositivos intermedios o alternativos: hospitales de día, casas de medio camino, comunidades terapéuticas, entre otros (CELS, 2015).

El proceso de desinstitucionalización en Argentina se legitima con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la cual concibe a la internación como un recurso terapéutico restrictivo que debe utilizarse de manera excepcional: en caso de que la misma proporcione mayores beneficios que el resto de las intervenciones, las condiciones no

permitan llevar a cabo un tratamiento ambulatorio, o bien exista una situación de riesgo para el paciente o terceros (Ley 26.657, 2010, Arts. 14 y 20). Asimismo, la ley señala en su artículo 27 que las internaciones deben ser lo más breves posibles, en función de criterios interdisciplinarios e intersectoriales (De Lellis, 2015). Al mismo tiempo, prohíbe la creación de nuevas instituciones monovalentes de internación, públicas o privadas, en tanto que las existentes deberán adaptarse a los principios establecidos por la ley hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos (De Lellis, 2015). Además, la ley establece en su noveno artículo que el proceso de atención debe llevarse a cabo preferentemente fuera del ámbito hospitalario, favoreciendo la restitución y/o promoción de los lazos sociales y tomando como base los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), metodología cuya finalidad es facilitar el acceso universal a la salud mediante la participación de los sujetos en la planificación e implementación de las políticas públicas, promoviendo su autonomía (Lago, 2013). A su vez, la APS busca ocuparse de los problemas sanitarios más importantes, priorizando la atención en los sectores más vulnerables e involucrando a los sectores relacionados con las problemáticas en cuestión (Lago, 2013).

Por otra parte, la Ley 26.657 establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, destacando que “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, poseen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley 26.657, 2010, Art 4). En este sentido, la CT constituye un dispositivo altamente especializado que se enmarca dentro de una red específica de abordaje de los problemas de adicción (Aguilar Gil y Olivar Arroyo, 2010). En consonancia con la legislación vigente, las CT garantizan a los residentes el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto para ello, con modalidades de atención basadas en la comunidad (Ley 26.657, 2010, derechos y garantías). A pesar de los cambios y mejoras obtenidos respecto del modelo asilar cabe destacar que, en

ocasiones, las CT han permanecido institucionalizadas al ubicarse físicamente dentro del predio de los hospitales psiquiátricos; por este motivo, de acuerdo a Cervantes Sanjuán y Sales Guardia (2010), es importante que estos dispositivos se encuentren en entornos sociales normalizados, para favorecer el logro de una verdadera autonomía e inclusión social.

6.2.2 Estructura y Dinámica de las Comunidades Terapéuticas

Las CT profesionalizadas son instituciones cuya finalidad es realizar un abordaje intensivo e integral de la patología adictiva mediante intervenciones de índole psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo y médico (Hurtado y Muñoz, 2011). Estos dispositivos se encuentran destinados a personas que padecen cualquier tipo de conducta adictiva y que poseen antecedentes de fracaso en tratamientos ambulatorios (Becoña Iglesias et. al., 2011). Los tratamientos en comunidades terapéuticas también se emplean en casos de comorbilidad psiquiátrica moderada, o cuando existe una problemática de abuso riesgosa tanto para el paciente como para terceros (Llorente et al, 2011).

Dentro de los componentes básicos de las CT podemos identificar, en primera instancia, la separación geográfica del ambiente asociado a la adicción (Llorente et. al., 2011). En la mayoría de las CT profesionalizadas, los residentes permanecen las 24 horas del día conviviendo entre sí y con miembros del equipo técnico (Comas Arnau, 2010). De esta manera, los sujetos se encuentran permanentemente observados en todos sus aspectos: higiene personal y de sus habitaciones, grado de participación en las distintas actividades cotidianas y domésticas, modo de vinculación con profesionales y pares, entre otras (De León, 2004; Roldan Intxusta, 2010). A diferencia de una sesión de psicoterapia en donde la exposición del sujeto es acotada, las circunstancias que integran la vida en una CT dejan entrever la complejidad del individuo, revelando aspectos que probablemente, en otro contexto, no saldrían a la luz (De León, 2004).

Las CT cuentan con criterios de admisión, cambios de fase y alta establecidos (Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010). El tiempo de permanencia en el centro puede estar definido de antemano, o bien estar sujeto a la evolución y al logro de los objetivos establecidos: por lo general, el mismo suele rondar entre los 6 y 12 meses (Comas Arnau, 2010; De León, 2004). No obstante, tanto el ingreso como el egreso al dispositivo son voluntarios, quedando prohibida la aplicación de cualquier táctica de retención que atente contra los derechos individuales (Comas Arnau, 2010).

La metodología de la Comunidad Terapéutica se ha desarrollado a partir de las experiencias de ensayo y error de aquellas personas que organizaron sus propias comunidades de autoayuda (De León, 2004). De acuerdo a De León (2004), un método hace referencia a las actividades, materiales y técnicas empleadas para lograr un determinado fin: en el caso de las CT, el elemento que las diferencia de otras modalidades de tratamiento y sobre el cual se sustenta su metodología es el trabajo en comunidad. Por este motivo, además del abordaje terapéutico individual, los residentes participan de múltiples actividades grupales, las cuales reflejan la esencia de la comunidad como agente terapéutico (Llorente et al., 2011).

Dado que la adicción es concebida desde las CT como una afección global, el tratamiento no se limita a la adicción propiamente dicha sino que abarca diversas áreas del funcionamiento psicosocial de la persona, incluyendo su adaptación al entorno (Llorente et al, 2011). De esta manera, el esquema de actividades no sólo está dirigido al logro de objetivos particulares, sino también a la adquisición progresiva de responsabilidades y a la transformación de los estilos de vida mediante la participación comunitaria (Comas Arnau; 2010; De León, 2004). De esta manera, los residentes no ocupan el lugar de sujetos pasivos que meramente reciben ayuda profesional, sino que progresivamente asumen responsabilidades y roles que contribuyen al desarrollo de su vida tanto personal como en comunidad (Comas Arnau, 2010)

A diferencia del mundo exterior, la Comunidad Terapéutica ofrece un entorno en el que el individuo puede fallar con seguridad: por este motivo, la CT ha sido equiparada numerosas veces con una microsociedad que prepara al individuo para desenvolverse en la macrosociedad del mundo real (De León, 2004). A propósito de ello, durante el tratamiento los residentes realizan salidas programadas al exterior: de esta manera, el residente tiene la posibilidad de poner a prueba las herramientas adquiridas dentro del dispositivo en su entorno habitual (Aguilar Gil y Olivar Arroyo, 2010). De este modo, tanto la cotidianidad que se desarrolla en el dispositivo como las exposiciones al exterior poseen un objetivo terapéutico, puesto que constituyen una fuente de entrenamiento no sólo para el posterior retorno al hogar, sino también para la construcción de un proyecto de vida (Comas Arnau, 2010; Becoña Iglesias et. al., 2011).

El tratamiento en CT es planificado y actualizado de manera conjunta con el residente, de modo que se adecúe a sus necesidades. Resulta fundamental que todos los miembros del equipo conozcan la historia del paciente, su familia, sus características de personalidad, como también que se establezcan estrategias de intervención personalizadas al caso, estableciendo criterios claros y consensuados (Roldán Intxusta, 2010). Sin embargo, en función del logro de ciertos objetivos, es posible distinguir tres etapas comunes a todo proceso terapéutico en CT: fase de acogida, fase de tratamiento o deshabitación, y fase de inserción social (Consellería de Sanitat, 2006, como se citó en Becoña Iglesias et. al., 2011). Una vez transcurrido el tiempo de adaptación del sujeto al dispositivo, le corresponde al equipo profesional de la CT realizar una nueva valoración, revalidando o rectificando los objetivos planteados en un principio (Aguilar Gil y Olivar Arroyo, 2010).

Los equipos profesionales de las CT son interdisciplinarios y se conforman por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, entre otros (Becoña Iglesias et. al., 2011). En las CT es fundamental el trabajo en equipo debido a la necesidad de

combinar aspectos provenientes de distintos campos del saber al momento de planificar tratamientos a nivel grupal e individual (Rodríguez Cueto, 2010). Siguiendo a Rodríguez Cueto (2010), el trabajo en equipo constituye un modelo de participación basado en apoyo mutuo, comunicación, feedback, cohesión, respeto, honestidad, compromiso, entre otros aspectos (Rodríguez Cueto, 2010). Cabe destacar que, pese a la existencia de un líder, en el trabajo en equipo las jerarquías se disuelven, de modo que todos los miembros se desenvuelven en un mismo estatus aunque sus labores sean diferentes (Rodríguez Cueto, 2010). Si bien cada miembro del equipo brinda un servicio acorde a su formación académica, es importante tener en cuenta que los profesionales en una CT son también miembros de la comunidad, en la medida en que se encuentran inmersos en su metodología a través de la interacción y la cotidianeidad (De León, 2004).

Al conformar un equipo interdisciplinario, los profesionales de las CT se enfrentan al desafío de lograr acuerdos que permitan lograr intervenciones eficaces pese a la diversidad de formaciones académicas (Roldán Intxusta, 2010). Para ello, resulta de suma importancia la participación en reuniones de equipo, en donde se aborden temáticas relativas a las condiciones de la comunidad, los tratamientos, índices de abandono, situaciones particulares de cada residente, entre otras (De León, 2004). Además de los asuntos formales, las reuniones de personal también tienen por objetivo la resolución de conflictos, el apoyo entre profesionales y el enriquecimiento de las habilidades necesarias para el desempeño del rol (De León, 2004; Roldán Intxusta, 2010). En este sentido, resulta necesario por parte del equipo realizar un seguimiento individualizado de los casos mediante reuniones periódicas, comunicación telefónica y elaboración de informes (Aguilar Gil y Olivar Arroyo, 2010; Cervantes Sanjuán y Sales Guardia, 2010). También es necesaria la confección de un reglamento interno, actas de registro diario y el diseño de organigramas que faciliten el

intercambio de información entre los miembros del equipo y la toma de decisiones terapéuticas (Comas Arnau, 2010).

A su vez, es tarea del personal supervisar las actividades diarias: este rol le compete principalmente al responsable de la residencia (De León, 2004). En su rol de encargados, los profesionales revisan regularmente los procesos tanto administrativos como terapéuticos con el fin de detectar cualquier problema y resolverlo lo antes posible. Además, se encarga de atender asuntos relativos a las instalaciones, entablar lazos con las familias de los residentes, y diseñar estrategias para facilitar la comunicación dentro del dispositivo (De León, 2004). Asimismo se ocupan de diagramar, junto con el resto del equipo, modificaciones dirigidas a fortalecer los tratamientos (De León, 2004). Por último, como encargados, los miembros del personal velan por la integridad del vínculo entre pares y profesionales: esto implica, entre otras cuestiones, asegurarse de que la comunicación por parte de los residentes se dirija a la persona adecuada (De León, 2004). Esto no sólo conserva la estructura general de la residencia, sino que constituye una fuente de aprendizaje para los residentes en cuanto a expectativas comportamentales y al respeto por las figuras de autoridad (De León, 2004).

Las CT profesionalizadas constan de ciertas normas que los sujetos se comprometen a cumplir durante su estancia; la mayoría de ellas prohíben el consumo de sustancias, los actos de violencia y las relaciones sexuales (Becoña Iglesias et. al., 2011; Llorente et. al., 2011). En este sentido, la supervisión por parte del equipo profesional es de suma importancia, en la medida en que garantiza el cumplimiento de las normas pactadas para la CT (Llorente et. al., 2011). Además, con su presencia y accionar, constituyen un ejemplo para los residentes en cuanto a hábitos, comunicación, autocontrol y aceptación de normas (De León, 2004). De León (2004) plantea que los miembros del personal integran un sistema de autoridad en el que hacen uso de su poder con el fin de guiar a los residentes, en lugar de castigarlos o controlarlos: en palabras del autor, “guiar significa asistir a otras personas en un camino,

viaje o pasaje” (De León, 2004, p. 197). En este caso, el viaje es el proceso de recuperación de los residentes; el camino, el itinerario para alcanzarlo, organizado en etapas de tratamiento. Así, es deber del profesional guiar a los residentes en su camino, acompañándolos y facilitándoles las herramientas necesarias para lograrlo (De León, 2004). En esta misma línea, se espera de los profesionales la capacidad de observar e identificar los problemas que surgen en los residentes, de escuchar atentamente sus planteos y que utilicen las vías de comunicación adecuadas para transmitir sus observaciones al resto del equipo (De León, 2004). También es deber de los profesionales, en tanto autoridades, brindar argumentos claros sobre sus acciones: sus decisiones deben ser adecuadamente fundamentadas, asegurándose de que los residentes las comprendan y recalando que son tomadas en pos de su bienestar (De León, 2004).

Las particularidades de la vida comunitaria implican una gran demanda de energía para los profesionales: la angustia, la urgencia y el sufrimiento son elementos cotidianos en el trabajo con la salud mental (De León, 2004; Roldán Intxusta, 2010). En las comunidades terapéuticas se brinda asistencia a personas con carencias en múltiples aspectos: incluso, muchas de ellas se encuentran en situaciones límite (Roldán Intxusta, 2010). Las crisis aparecen regularmente en los residentes, motivo por el cual las intervenciones se realizan con frecuencia bajo un clima de urgencia, exponiendo al profesional al trato directo con el sujeto y, en ocasiones, a situaciones en las que pueden verse involucradas las familias, la justicia, entre otros agentes (Roldán Intxusta, 2010). Asimismo, la violencia también se encuentra presente en las CT: en este sentido, el autor advierte la importancia de identificar a tiempo los signos precursores de la escalada de violencia (como por ejemplo, signos de lenguaje no verbal), evitando que se produzcan situaciones de abuso de confianza. Roldán Intxusta (2010) sostiene que una distancia adecuada, entendida no sólo como algo físico sino como algo relacionado a los límites y al lugar que cada quien ocupa en la relación terapéutica, ayuda a

prevenir este tipo de situaciones. La distancia debe ser, en términos del autor, “ni demasiado cerca ni lejos”, lo cual implica reconocer los límites tanto de los profesionales como de los pacientes (Roldán Intxusta, 2010).

Las dificultades que los profesionales han de atravesar en su quehacer diario se ven compensadas, para muchos de ellos, en el trabajo mismo, siendo el componente afectivo un motor para el mantenimiento del equilibrio y crecimiento personal (De León, 2004). No obstante, la pasión y la vocación no siempre son suficientes: de allí la importancia de las estrategias de prevención del deterioro de la salud física y mental en los trabajadores, evitando así el desánimo o desgaste (Roldán Intxusta, 2010). En este sentido, Roldán Intxusta (2010) destaca la importancia de aprender a detectar el malestar, lo cual incluye desde el “darse cuenta cuándo debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño”, hasta el registro del malestar psicológico (p. 157). De este modo, organizar espacios en donde exista la posibilidad de compartir con otros miembros del equipo las ansiedades, la fatiga, el agotamiento, el miedo, la angustia y los sentimientos de debilidad es una herramienta importante para el cuidado de la salud mental de los profesionales (Roldán Intxusta, 2010). Por último, pero no por ello menos importante, la psicoterapia es altamente recomendable no sólo para los profesionales de la CT, sino para todo trabajador de salud mental (Roldán Intxusta, 2010).

6.3 El Rol del Psicólogo en las Comunidades Terapéuticas

6.3.1 Líneas Teóricas de Abordaje

Las CT profesionalizadas incorporan a su programa terapéutico diversas estrategias de intervención que incluyen técnicas de tratamiento psicológico acordes a la orientación teórica de la CT (Llorente del Pozo y Fernández, 1999). A continuación, se profundizará en uno de los enfoques que mayor evidencia científica ha demostrado en el ámbito de las adicciones: la

terapia de la conducta, cuya evolución puede entenderse en términos de tres generaciones (Ruiz Sánchez de León y Pedrero Pérez, 2014; Pérez Alvarez, 2006).

Siguiendo a Pérez Alvarez (2006), la primera generación de terapias de la conducta nace en la década de 1950 con la intención de superar las limitaciones de las psicoterapias imperantes en la época -principalmente de corte psicoanalítico-, e implicó el establecimiento de una metodología propia de la investigación altamente comprometida con el rigor científico (Mañas Mañas, 2007). Los procedimientos terapéuticos de esta generación de terapias se derivan de los principios del aprendizaje: condicionamiento clásico y operante (Díaz et. al., 2012).

El condicionamiento clásico fue descubierto por Iván Pavlov a finales del siglo XIX tras hacer sonar una campana segundos antes de alimentar a un perro con la sorpresa de que, luego de varias repeticiones, el animal comenzó a salivar frente al sonido de la campana (Díaz et. al., 2012). De esta manera, se descubrió que para producir un condicionamiento clásico se necesita la presencia de un estímulo neutro (EN) junto a otro que produzca una respuesta innata, denominado estímulo incondicionado (EI): así, tras sucesivas asociaciones el EN comienza a provocar la misma respuesta que el EI, transformándose en estímulo condicionado (EC) (Díaz et al., 2012). En el experimento de Pavlov, puede apreciarse cómo la campana (EN) se convierte en EC al comenzar a producir la misma respuesta que la comida (EI): la salivación (Díaz et. al., 2012). A partir de este hallazgo, se han desarrollado técnicas altamente efectivas, entre las cuales se destacan la desensibilización sistemática y la exposición (Pérez Alvarez, 2006).

Al margen de esta relación condicional, las conductas pueden favorecerse o debilitarse en función de sus consecuencias: es por ello que el condicionamiento operante tiene por objetivo moldear la conducta mediante reforzamientos y castigos (Pérez Alvarez, 2006; Ruiz et al., 2012). Estas técnicas, desarrolladas durante la primera generación de la

terapia de la conducta, continúan vigentes en la actualidad y constituyen una serie de procedimientos altamente eficaces.

De acuerdo a Ruiz et. al. (2012), el reforzamiento constituye la técnica por excelencia para incrementar o mantener conductas en el tiempo, y se clasifica en positivo y negativo. El reforzamiento positivo consiste en la presentación de un estímulo placentero inmediatamente después de la ejecución de una conducta, con el fin de incrementar su frecuencia a futuro (Ruiz et al., 2012). El reforzamiento negativo, por el contrario, hace referencia al aumento de la probabilidad de repetición de una conducta retirando un estímulo aversivo para la persona inmediatamente después de la emisión de la conducta (Ruiz et. al., 2012).

Por su parte, el castigo hace referencia a la reducción futura de la frecuencia de una conducta al presentar un estímulo aversivo o retirar un estímulo positivo posteriormente a su emisión (Ruiz et. al., 2012). Al igual que los reforzamientos, los castigos se clasifican en positivos y negativos: se entiende por castigo positivo a la presentación de un estímulo aversivo luego de la ejecución de la conducta indeseada, con el fin de reducirla a futuro (Ruiz et. al., 2012). Este tipo de castigo se encuentra presente en la aplicación de las normas sociales y jurídicas, como la colocación multas por exceso de velocidad, o las penas de cárcel por cometer un delito (Ruiz et. al., 2012). El castigo negativo, por el contrario, consiste en privar a la persona de estímulos positivos tras la ejecución de una conducta indeseada: anular el carnet de conducir tras cometer una infracción o privar de ver televisión a un niño por no ordenar su cuarto son ejemplos de castigos negativos (Ruiz et. al., 2012). Resulta importante destacar que el castigo, tanto positivo como negativo, debe aplicarse inmediatamente después de la ocurrencia de la conducta a eliminar para que se produzca una correcta asociación entre ambos (Ruiz et. al., 2012). Asimismo, se sugiere que el castigo sea precedido por un aviso o advertencia: incluso, en ocasiones, la simple advertencia es suficiente para reducir la emisión de la conducta problema (Ruiz et. al., 2012). En lo que a adicciones se refiere, una técnica

ampliamente utilizada en el tratamiento de las mismas es el manejo de contingencias, la cual se basa, siguiendo a Becoña et. al. (2008), en “la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma” (p. 44). Estas técnicas se utilizan no sólo con el fin de moldear las conductas directamente vinculadas a la adicción, sino también aquellas relacionadas a la adherencia al tratamiento y/o medicación (Becoña et. al., 2008).

Hacia 1970 se inicia una transformación de la terapia de conducta caracterizada por la consideración de los aspectos cognitivos en los eventos psicológicos: es así como surge la segunda generación de terapeutas de conducta (O’Donohue, 1998, como se citó en Díaz et al., 2012). El principal avance de esta etapa es el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual (TCC), una de las líneas de tratamiento con mayor adherencia en la actualidad (Pérez Álvarez, 2006; Mañas Mañas, 2007). Este enfoque se rige bajo el supuesto de que las cogniciones (creencias, pensamientos, esquemas mentales) cumplen un rol importante en el origen de la conducta y desórdenes psicológicos: de esta manera, la perspectiva cognitivo conductual cuenta con una visión más amplia que las terapias de primera generación, al tomar en cuenta variables cognitivas y emocionales (Ruiz et al., 2012).

El objetivo de la TCC es lograr el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando conductas y pensamientos desadaptados: por este motivo, las intervenciones se dirigen a modificar los procesos cognitivos que constituyen el sustrato de estos patrones disfuncionales (Díaz et al., 2012). Entre las técnicas más utilizadas desde la TCC se destacan la reestructuración cognitiva, solución de problemas y relajación (Díaz et al., 2012). Otra metodología ampliamente utilizada es el análisis funcional de la conducta, definido por Díaz et al. (2012) como el “conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el

objetivo de determinar la razón (función) de la conducta” (p. 119). De esta manera, el análisis funcional pretende hallar hipótesis o respuestas sobre las causas del comportamiento, con el fin de comprender la función de la conducta problema (Díaz et. al., 2012).

Las terapias de tercera generación (TTG), también conocidas como terapias contextuales, surgen con el fin de superar algunas limitaciones de las etapas previas de la terapia de la conducta (Díaz et. al., 2012). Esta nueva ola se diferencia de las anteriores en el sentido de que se aleja de las perspectivas mecanicistas e internalistas características de las generaciones anteriores para adherir un enfoque contextual, adoptando una mirada holística de los sucesos, centrando la atención en el “aquí y ahora” e introduciendo cuestiones relacionadas con el autoconocimiento, la espiritualidad y la trascendencia (Mañas Mañas, 2007). A diferencia de las generaciones anteriores que plantean la existencia de una patología o disfunción intrínseca al sujeto (como distorsiones cognitivas o conductas de evitación), desde esta perspectiva se entiende que no existe un déficit propio de la persona, sino que el mismo se deriva de la interacción con el entorno (Villalobos et. al., 2012). Así, esta nueva corriente enfatiza el papel del contexto en la génesis de la conducta y los desórdenes psicológicos, adoptando una perspectiva experiencial y destacando la importancia de la aceptación de la experiencia interna (sensaciones, cogniciones o emociones) en lugar de su corrección o represión (Villalobos et al., 2012).

En las terapias contextuales, el espacio de terapia es entendido como un entorno representativo del contexto habitual del sujeto: por este motivo, constituye un entorno de aprendizaje tan relevante como cualquier otro y las contingencias ocurridas durante la situación de terapia son concebidas como una oportunidad de aprendizaje (Díaz et. al., 2012). Entre los métodos de intervención característicos de este tipo de terapias se destacan las metáforas, las paradojas, los ejercicios experienciales y el *mindfulness* (Mañas Mañas, 2007). La incorporación de estas técnicas implica un salto cualitativo en el campo de la psicoterapia,

puesto que se encuentran ligadas a prácticas orientales tradicionalmente ajenas al análisis clínico y experimental del comportamiento (Mañas Mañas, 2007).

Atención plena o conciencia plena son los términos utilizados en español para hacer referencia al *mindfulness* (Villalobos et. al., 2012). Este término alude tanto a la práctica budista de meditación como a la experiencia derivada de ella, caracterizada por la conciencia plena sobre el momento presente y la aceptación del mismo sin juicios: se trata de hacer conscientes de manera cotidiana las acciones, pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas, entablando una intensa conexión con el “aquí y ahora” (Villalobos et. al., 2012). De esta manera, el objetivo del *mindfulness* es el crecimiento y la transformación personal, un cambio mucho más profundo y amplio que la mera eliminación de síntomas (Villalobos et. al., 2012). Si bien esta técnica es característica de la tercera generación de terapias de la conducta, desde la TCC tradicional es cada vez más incorporada como recurso clínico para el logro de distintas metas (Villalobos et. al., 2012).

Dentro de las terapias de tercera generación se destacan la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), Terapia Conductual Integrada de Pareja, Terapia de Activación Conductual, entre otras (Pérez Alvarez, 2006). Un gran aporte dentro de esta nueva ola es La Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la cual toma elementos de la TCC tradicional, de la Psicoterapia Analítica Funcional, ACT y *mindfulness* (Díaz et. al., 2012; Villalobos et al., 2012). El objetivo de esta terapia es moldear las formas de expresión emocional y está dirigida principalmente a personas que padecen trastorno límite de la personalidad (TLP): actualmente, se considera la mejor opción psicoterapéutica para estos pacientes (Díaz et al., 2012; Villalobos et al., 2012).

La DBT se fundamenta en la teoría biosocial del TLP, según la cual la principal dificultad de este trastorno es la desregulación emocional, originada por un contexto invalidante y una extrema vulnerabilidad emocional (Villalobos et al., 2012). El contexto

invalidante hace referencia a un ambiente en donde sistemáticamente se minimiza, trivializa o se responde de una manera errática y disonante a la expresión de preferencias, pensamientos y emociones, especialmente durante la infancia (Boggiano y Gagliesi, 2018; Villalobos et al., 2012). La vulnerabilidad emocional se refiere a la alta sensibilidad frente a estímulos emocionales negativos, caracterizada por una reactividad emocional de gran intensidad y por una lenta recuperación de la calma: estas conductas explosivas constituyen intentos de aliviar el malestar de forma inmediata, dado que el sufrimiento es vivenciado por el sujeto como insoportable (Villalobos et al., 2012). Esta dificultad para regular las emociones produce una gran interferencia en las relaciones sociales, ya que la recurrente impulsividad y estallidos de emociones dificultan la creación y el mantenimiento de vínculos estables (Villalobos et al., 2012). Asimismo, la DBT le otorga especial importancia a la aceptación y la validación de las conductas, incluso de aquellas que interfieren en la terapia (Villalobos et al., 2012). La validación consiste en la completa aceptación y comprensión de la conducta del paciente, pese a ser desadaptativa y necesaria de modificación (Villalobos et al., 2012). De esta manera, aceptar los puntos débiles del paciente implica validar su experiencia, entender lo que siente y hacer sin reprochar sus errores, ya que probablemente su entorno lo ha realizado en numerosas oportunidades, instaurando la creencia de que su forma de pensar, comportarse y sentir es errónea (Villalobos et al., 2012). De este modo, es posible afirmar que aceptación y validación son elementos imprescindibles para producir cambios desde la perspectiva de la DBT (Villalobos et al., 2012).

6.3.2 Intervenciones Psicológicas

En líneas generales, las intervenciones llevadas a cabo en las CT están dirigidas a la prevención de recaídas y a la preparación del sujeto para la completa abstinencia (Becoña Iglesias et. al., 2011; Casas et al., 2011). En una CT toda actividad posee un fin terapéutico en la medida en que está diseñada para el crecimiento personal de los residentes; en su mayoría,

consisten en el diseño de situaciones que contribuyan al aprendizaje, tales como circunstancias que requieran de la resolución de problemas y toma de decisiones (De León, 2004).

De acuerdo a Llorente et. al. (2011), en las CT se aplican con frecuencia técnicas conductuales basadas en el condicionamiento operante, y estrategias cognitivo-conductuales enfocadas en ayudar al paciente a identificar y modificar los pensamientos y conductas que favorecen la persistencia de la adicción. Dichas técnicas están orientadas al reforzamiento de conductas adaptativas, al manejo de cogniciones y emociones, a la reestructuración cognitiva y al entrenamiento en habilidades en pos de lograr un mejor afrontamiento del estrés, del *craving*, y un reforzamiento de las habilidades sociales (Llorente et. al., 2011; Becoña Iglesias et. al., 2011). Las terapias contextuales o de tercera generación también se hacen presentes en el tratamiento de adicciones: como bien se mencionó anteriormente, un gran aporte dentro de esta corriente es La Terapia Dialéctica Conductual (DBT), cuyo tratamiento se diagrama en manuales que permiten estandarizar las intervenciones, facilitando así la investigación sobre su eficacia (Villalobos et al., 2012). Desde la DBT se trabaja principalmente en la reducción de las conductas que interfieren no sólo en la terapia, sino también en la calidad de vida del paciente: para ello, se utilizan técnicas provenientes de las terapias cognitivo conductuales clásicas tales como solución de problemas, exposición, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva (Villalobos et al, 2012). Asimismo, se hace énfasis en el desarrollo de habilidades de atención plena o *mindfulness*, tolerancia del malestar, regulación emocional y eficacia interpersonal (Villalobos et al, 2012). Por otra parte, se trabaja en la modificación de hábitos disfuncionales relativos al cuidado de la salud, en la identificación de obstáculos para el cambio, en el establecimiento de metas y en la ejecución de actividades gratificantes y/o que incrementen la sensación de autoeficacia (Villalobos et al., 2012).

Junto con las estrategias de intervención individuales, las técnicas grupales constituyen los cimientos de la intervención psicológica en las CT: esto se debe a que el grupo constituye un marco de apoyo, en la medida en que propicia la identificación con pares que se encuentran en situaciones similares (Llorente et al, 2011). Las técnicas grupales ayudan a dimensionar el impacto de la adicción en la vida de cada sujeto, a comprender las reacciones y sentimientos propios y ajenos, como así también a escuchar y comunicar de manera adaptativa: en este sentido, los compañeros constituyen una fuente de feedback, reforzamiento para las conductas positivas y sugerencias para el cambio (Llorente et al, 2011). En este contexto, es frecuente que los residentes compartan sus historias de vida con sus pares en distintos escenarios, tanto en actividades grupales como en conversaciones privadas en las salas comunes: estas historias, en ocasiones, tienen varios elementos en común, lo cual favorece un sentido de familiaridad e identificación compartido (De León, 2004). De esta manera, serán muchas veces los mismos pacientes quienes, entre sí, generarán un “receptáculo” para la angustia y la ansiedad que experimenta algún miembro del grupo, proporcionando contención y alivio (Roldán Intxusta, 2010, p. 143). Así, es posible afirmar que el grupo cumple una función de apoyo terapéutico, en la medida en que contribuye al cambio de la conducta adictiva mediante el fortalecimiento de los vínculos interpersonales y el aprendizaje observacional o vicario (Llorente et. al., 2011). Entre las técnicas grupales empleadas en las CT se destacan las de confrontación, con el objetivo de trabajar no sólo la comunicación de afectos y experiencias traumáticas, sino también el manejo de las discrepancias y conflictos interpersonales (Llorente et. al., 2011).

Dentro del abordaje grupal, una modalidad empleada con frecuencia en las CT son los talleres. Se trata de una dinámica grupal en donde se alienta a los participantes a desplegar una actividad en base a una temática determinada (Lago, 2013). En términos del autor: “en el espacio taller se propicia el uso y descubrimiento de recursos simbólicos en una escena

compartida, que involucra la transmisión de conocimientos, materiales y herramientas” (Lago, 2013).

Las actividades deben diseñarse tomando en cuenta las particularidades del contexto y el recorrido de cada sujeto; de lo contrario, se corre el riesgo de imponer tareas infructuosas a los fines del taller (Lago, 2013). Asimismo, es importante que las actividades propicien cierto grado de creatividad que favorezca la reflexión y la expresión en los participantes: “el tallerista apuesta al surgimiento de una creatividad donde necesariamente algo de lo subjetivo debe darse” (Lago, 2013, p. 24). De esta manera, las actividades posibilitan la aprehensión del contenido de manera práctica, a la vez que permiten a los participantes plasmar su malestar subjetivo (Lago, 2013).⁴

El tallerista formula objetivos y diseña las actividades en relación a los saberes específicos de su disciplina, conforme al marco institucional al que pertenece (Lago, 2013). En este aspecto, cobra especial relevancia la perspectiva teórica del tallerista, ya que la misma determinará las concepciones que posea en relación a las temáticas a abordar, como también la posición que adopte frente a los padecimientos de los participantes (Lago, 2013). Si bien el conocimiento y las competencias orientan el accionar del tallerista, necesariamente una cuota de subjetividad se pone en juego durante su desempeño: no obstante, “su saber hacer le dirá cuándo, dónde y cómo” poner a disposición los recursos adecuados (Lago, 2013, p.19). Cabe destacar que el rol del tallerista no es el de corregir o evaluar a los participantes conforme a ciertos estándares, sino el de generar un espacio para que el participante pueda “ser” con naturalidad, introduciendo los señalamientos pertinentes sin emitir juicios (Lago, 2013).

Para finalizar, la familia cumple un rol fundamental en los procesos de tratamiento en adicciones; la psicoterapia familiar constituye un elemento esencial del tratamiento en CT,

⁴ La tecnología, lejos de ocupar un papel secundario, resulta de gran utilidad en la dinámica de las actividades y el grado de apropiación que los participantes puedan lograr del conocimiento, por lo cual en numerosas ocasiones amerita ser incorporada conforme a los objetivos específicos del taller (Lago, 2013).

principalmente cuando existen patrones de comunicación deficiente y/o dificultades para establecer límites (Llorente et. al., 2011). Becoña Iglesias et al. (2011) le otorgan un lugar importante a la familia dentro del tratamiento puesto que, en ocasiones, la patología adictiva se encuentra presente en otros miembros de la familia, o bien actúa como una señal de malestar en el funcionamiento familiar (Becoña Iglesias et al, 2011). Las intervenciones familiares se dirigen, principalmente, a restaurar interacciones familiares conflictivas, a brindar herramientas para la adaptación a un nuevo sistema de normas y a la promoción de conductas que contribuyan a evitar las recaídas en los pacientes (Llorente et. al., 2011). La importancia de trabajar de manera paralela con el entorno próximo al sujeto radica no sólo en la prevención de acontecimientos que entorpezcan el tratamiento (durante las salidas, por ejemplo) sino también en el sostenimiento de los logros alcanzados puesto que, en la mayoría de los casos, es allí donde el sujeto se reintegrará al finalizar su tratamiento (Aguilar Gil y Olivar Arroyo, 2010).

7. Modalidad de Trabajo

Jara (2011) afirma que, si bien el término sistematización se refiere a la acción de clasificar, ordenar o catalogar datos e información, en el campo social y educativo se utiliza en un sentido más amplio, haciendo referencia no sólo a datos que se recogen y ordenan, sino al hecho de obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias. En palabras del autor:

Se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos (Jara, 2011, p. 67).

Esto implica, según el autor, interrogar y dejarse interrogar por la experiencia, por sus características y los momentos significativos que en ella se van desarrollando (Jara, 2011). Por su parte, Barnechea García y Morgan (2010) afirman que mediante la sistematización de experiencias se pretende organizar y transmitir los saberes adquiridos en la experiencia, convirtiéndolos así en conocimientos producto de una reflexión crítica sobre la práctica.

7.1 Caracterización de los Sujetos

La población general del dispositivo de comunidad terapéutica está compuesta por seis psicólogos, psiquiatras (cuyo número se encuentra sujeto a la cantidad de residentes), una trabajadora social, seis operadores terapéuticos y los residentes, cuyo número también es variable, con un máximo de ocho. La población objeto de sistematización se conforma por cinco de los psicólogos, de los cuales uno se encuentra a cargo de la coordinación del dispositivo y algunas actividades; otro del seguimiento terapéutico individual, otro del seguimiento terapéutico familiar y los dos restantes, junto con algunos operadores terapéuticos, de la organización y dictado de talleres.

7.2 Técnicas de Recolección de Información

La información empleada en la confección de este trabajo se recabó a partir de las técnicas de observación participante, registros de campo y entrevistas a profesionales. Los registros de campo se realizaron cada vez que se asistió a la institución, tanto de manera presencial como virtual. En ellos se asentó toda la información obtenida a partir de la observación participante, la cual se llevó a cabo en cada instancia donde los psicólogos intervinieron: talleres, grupos de reflexión, asambleas, y las distintas actividades que forman parte de la cotidianidad en la Comunidad Terapéutica. Para complementar la información obtenida, se realizaron entrevistas a distintos profesionales con el fin de profundizar, mediante sus testimonios, en aspectos significativos de sus roles y en la vivencia subjetiva de los mismos.

7.3 Consideraciones Éticas

Al igual que la formación académica, la ética profesional ocupa un lugar fundamental en el ejercicio del rol del psicólogo clínico. En este sentido, López (2012) destaca la importancia de la transmisión de una perspectiva ética enlazada a la responsabilidad profesional desde la formación universitaria de grado. En tanto futuros profesionales de la salud mental, los estudiantes poseen ciertas obligaciones y compromiso para con los sujetos que asisten (García Barthe, 1997). Asimismo, la autora expresa que las acciones que el psicólogo clínico lleva a cabo poseen un efecto sobre las personas: de allí la importancia de la dimensión ética en la práctica clínica y de conocer tanto los principios como las normas deontológicas que rigen la práctica profesional del psicólogo (García Barthe, 1997). En este sentido, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina toma como base los Principios Generales acordados por los países miembros y asociados del Mercosur en la ciudad de Santiago de Chile el 7 de noviembre de 1997: Respeto por los

derechos y la dignidad de las personas, Competencia, Integridad y Responsabilidad Social (FePRA, 2013). Por otra parte, las normas deontológicas han sido redactadas en términos generales, de manera que puedan ser aplicadas a todos los psicólogos cualquiera sea el área en que desempeñen su labor, y se encuentran ligadas al consentimiento informado, secreto profesional, responsabilidad en las relaciones profesionales, investigación, docencia y declaraciones públicas (FePRA, 2013).

8. Análisis de la Experiencia

8.1 Recuperación del Proceso Vivido

El día 25 de marzo de 2021 se realizó la entrevista de selección para los aspirantes a las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) en el Contexto Clínico: mi interés giraba en torno al contexto clínico en general, y al Sanatorio Morra en particular. La clínica es un área que desde los inicios de la carrera me interesó, y a la cual me gustaría dedicarme. Elegí el Sanatorio principalmente por su orientación en neurociencias, ya que esa perspectiva me resulta de interés y, según lo que había investigado, el Sanatorio se había inmiscuido bastante en ese enfoque desde el año 2017. La cantidad de postulantes para el contexto clínico era muy numerosa, lo cual me hizo pensar que las chances de quedar en esta área eran prácticamente nulas: por este motivo, al recibir la grata noticia de que había quedado seleccionada no sólo en el contexto elegido sino también en la institución de preferencia, me sentí realmente muy afortunada.

El día 8 de abril tuvimos nuestra primer tutoría, en la cual conocí a mis compañeras de grupo y a la docente que nos acompañaría durante todo el año. En este primer encuentro se trataron cuestiones introductorias relativas al encuadre de trabajo, nuestro futuro desempeño como practicantes y nuestras inquietudes al respecto. Si bien la mayoría manifestaba entusiasmo por empezar, a nivel grupal aparecían múltiples inquietudes en relación al contexto de pandemia, lo cual me llevó a plantearme diversos interrogantes: “¿En qué medida influirá el contexto en mi práctica?” “¿Cómo continuará la situación sanitaria a lo largo del año?” “¿Se mantendrá la modalidad virtual?” (Registro de campo, 8 de abril de 2021).

En las siguientes tutorías continuamos trabajando sobre nuestras expectativas respecto a las prácticas, como así también nuestras inquietudes y temores. En una oportunidad, nuestra tutora nos invitó a imaginar cómo serían nuestros espacios de práctica: en mi caso, no me imaginaba realizando actividades presenciales, dado que la modalidad que proponía la institución era virtual. Me imaginaba un primer encuentro con los referentes o profesionales

hablándonos acerca de la historia, estructura y dinámica de la institución, e incluso mostrándonos por videollamada las diferentes instalaciones. Luego, imaginaba que nos derivarían con profesionales de distintas áreas, teniendo la oportunidad de realizar entrevistas con ellos y/o con los pacientes de manera virtual. A su vez, me imaginaba presenciando entrevistas de admisión y participando de talleres con los pacientes y sus familias. Por último, me imaginaba participando de reuniones virtuales con un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos y otros profesionales. Algo que rescato y recuerdo con cariño es que, en una de las tutorías del primer semestre, nuestra tutora nos leyó una conmovedora carta dedicada a los futuros psicólogos clínicos: "Ser paciente en doble sentido", "Ser paciente con uno mismo, no frustrarse y disfrutar el camino", "Sería bueno leerla de acá a un tiempo", son algunas de las frases que más resonaron en la puesta en común (Registro de campo, 13 de mayo de 2021). El contenido metafórico de la carta me conmovió bastante y me llenó de esperanza.

En los siguientes encuentros, uno de los principales temas que comenzamos a trabajar fue el del eje de sistematización. En este sentido, nuestra tutora nos sugirió permanecer en una suerte de "atención flotante" en pos de detectar los temas que más nos sensibilizaban o llamaban la atención, puesto que de allí podría surgir nuestro eje. En este sentido recuerdo que, en una oportunidad, nuestra tutora expresó que "como profesionales, es difícil tomar distancia de lo que está ocurriendo a nivel sanitario cuando nos toca tan de cerca" (Registro de campo, 20 de mayo de 2021). Esta frase me resonó bastante y, en relación a ello, creí que la elección de mi eje giraría en torno al contexto de pandemia, ya que era un factor que nos interpelaba permanentemente y que, además, impactaba sobre las instituciones y el ejercicio de la disciplina.

El 19 de mayo tuvimos la primera entrevista virtual con la referente institucional. En ese encuentro, nos informó brevemente sobre el diagrama de las capacitaciones, las cuales

nos introducirían a la complejidad de cada área del Sanatorio. Por otra parte nos comentó que, una vez insertas en la práctica, a cada una de nosotras se nos asignaría un área: internado, ambulatorio y comunidad terapéutica. Concluyó la reunión con reflexiones relativas al quehacer profesional, expresando que tenemos un gran futuro por adelante y que esta experiencia nos aproximaría a una de las “experiencias más ricas en lo que a instituciones de salud mental se refiere” (Registro de campo, 19 de mayo de 2021). Asimismo, resaltó la importancia de “aprender a vivir en heterogeneidad, a aceptar limitaciones, a entender, a escuchar, para que nuestros vínculos con los demás (ya sean pacientes, colegas, administrativos) sean fructíferos” (Registro de campo, 19 de mayo de 2021). También advirtió que hay algo que no podemos dejar de lado cuando ejercemos: “la coherencia entre lo que decimos, hacemos y pensamos” (Registro de campo, 19/05/21). A su vez, alentó a que cada una de nosotras tome su rumbo, alegando que “no hay un camino igual a otro, y salir del formato a veces nos conduce a cosas ampliamente superadoras” (Registro de campo, 19 de mayo de 2021). Estas palabras me llenaron de entusiasmo en relación a mi futuro desempeño, no sólo como practicante, sino también como profesional.

El día 3 de junio tuvimos nuestra primera capacitación vía zoom: en este primer encuentro, se desarrollaron cuestiones relativas a la historia y dinámica institucional. En el segundo encuentro, llevado a cabo el día 10 de junio, se abordó en profundidad el área de internado, con una vasta descripción de su estructura y funcionamiento. En la tercera capacitación, dictada el 24 de junio, se desarrolló el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, en la cual se brindó una introducción a la estructura y dinámica del dispositivo, como así también a los aspectos inherentes al rol del psicólogo en el mismo. En la cuarta capacitación, dictada el día 1 de julio, se abordó nuevamente la cuestión del consumo de sustancias, pero esta vez en relación al Programa Ambulatorio de Adicciones, incluyendo conceptos básicos relativos a la adicción, líneas teóricas y estrategias de abordaje. En la

quinta capacitación, el día 8 de julio, la temática se centró en el área ambulatoria, tomando como eje disparador el abordaje de un caso. Finalmente, la última capacitación dictada el día 15 de julio giró en torno a ciertas consideraciones éticas que todo Psicólogo Clínico debe tener en cuenta al momento de ejercer su rol. La información brindada en las capacitaciones fue muy valiosa para nuestra posterior inserción en la institución.

La fría mañana del 28 de julio tuve la oportunidad de acercarme por primera vez a la institución. En dicha visita pude realizar, junto con una compañera, un veloz recorrido por todas las instalaciones del sanatorio. Una vez de vuelta en el consultorio en el que cálidamente nos había recibido la referente, nos dedicamos a conversar con ella acerca de cuestiones relativas a la práctica, tales como el área de inserción y el eje de sistematización. Al salir del consultorio, con mi compañera decidimos, tomando en cuenta las líneas teóricas que predominaban en cada espacio, que ella realizaría su práctica en el ambulatorio, y yo en la Comunidad Terapéutica. Me encontré muy a gusto con esta decisión, ya que desde el primer momento me pareció un área interesante: además, sabía que allí se trabaja con un abordaje más bien cognitivo-comportamental, el cual resulta de mi preferencia.

El día 25 de agosto asistí por primera vez a la institución como practicante. Con un poco de ansiedad pero también con mucha ilusión, me dirigí al consultorio donde se encontraba la profesional para presenciar mi primera entrevista de admisión. Una vez allí, me introdujo brevemente al caso que íbamos a presenciar, y me comentó que los objetivos de esta entrevista son conocer el estado de situación de la paciente, como también explicarle las características del dispositivo. Una vez que la paciente ingresa, la Lic. me presenta y le aclara que estoy realizando mis prácticas y que por ese motivo estaré presente en la entrevista, a lo que la paciente responde: “Ah, es residente... me ha pasado antes” (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). La entrevista constaba de tres partes: una primera parte con la paciente, otra con su familiar, y otra con ambos presentes. La entrevista se extendió bastante, por lo cual me

sentí un poco cansada al finalizar: no obstante, la experiencia fue muy enriquecedora no sólo por todo lo que aprendí, sino por ser la primera vez que estaba en contacto directo con un paciente. Asimismo, me hacía ilusión la posibilidad de que esta paciente ingrese a la comunidad, y seguir su evolución a lo largo de mi práctica. Antes de retirarme, coordiné con la Lic. para asistir el viernes siguiente a conocer la comunidad terapéutica y a los residentes que se encontraban allí en ese momento.

Con un monto de ansiedad menor al anterior, llegué a mi segundo día de práctica en terreno. Ni bien ingresé a la Comunidad Terapéutica, recordé las imágenes del lugar que nos habían mostrado en la capacitación: se veía aún mucho más lindo y acogedor que por fotos. Luego, la coordinadora me hace pasar al comedor donde se encontraban los residentes y me presenta. A continuación, dió inicio a un grupo de reflexión denominado “yo siento”, cuyo objetivo es que cada residente pueda expresar cómo se ha sentido durante la jornada, como así también “trabajar en el registro y en la conciencia plena de uno mismo” (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). Estos espacios se realizan después de cada comida: luego del almuerzo se lleva a cabo el grupo "yo siento", y después de la cena el grupo "yo pienso". A medida que estas actividades transcurrían, comenzaron a surgirme múltiples interrogantes en relación al vínculo entre los residentes: “¿Cómo será su convivencia?” “¿Cómo sortearán las dificultades?”. (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). Una vez finalizado el grupo, conversamos con la Lic. sobre algunas cuestiones relativas a la situación de los residentes, como así también a la dinámica y estructura del dispositivo. Un formato similar adquirieron las posteriores visitas a la institución, las cuales se realizaban aproximadamente dos veces por semana, bajo modalidad híbrida y manteniendo como día fijo los viernes.

Paralelamente, en las tutorías continuamos trabajando en la perfilación de un eje de sistematización. En este sentido, a partir de la información que iba recabando y de la aproximación a la institución, aquella idea inicial de centrar el eje en la pandemia fue

perdiendo fuerza y, dada la amplia variedad de temas que me interesaban, comenzaba a inclinarme más por la idea de elegir un eje relacionado con la dinámica y el funcionamiento de la misma. Finalmente, llegué a la conclusión de que enfocar mi eje en el rol del psicólogo era una muy buena opción, dado que me permitiría abordar los múltiples aspectos que me resultaban de interés en relación a las intervenciones psicológicas, a la perspectiva cognitivo-conductual, las particularidades del trabajo en comunidad terapéutica, e incluso la influencia de la pandemia que había considerado en un principio. Por este motivo, elegí “El Rol del Psicólogo Clínico en una Comunidad Terapéutica de Córdoba Capital” como mi eje de sistematización.

Durante los meses de septiembre y octubre fui familiarizándome cada vez más con el funcionamiento del dispositivo, conociendo más a los residentes y a los distintos profesionales, entablando conversaciones con ellos y, una vez definido mi eje, enfocando mi recolección de datos principalmente en el quehacer del psicólogo. La predisposición y la apertura de los profesionales me permitió observar el rol del psicólogo en distintos talleres: familiares, de habilidades, de fase y de estimulación cognitiva, los cuales constituyeron una oportunidad muy valiosa no sólo para observar el rol del psicólogo, sino también como una oportunidad de aprendizaje en lo que respecta a las intervenciones desde las terapias contextuales. Además, pude presenciar el rol del psicólogo en otros espacios tales como reuniones de equipo, asambleas (espacios conjuntos entre residentes y profesionales donde se trabajan cuestiones relativas a la estructura y dinámica del dispositivo) y pases de guardia, en los cuales el profesional saliente le comunica al ingresante las novedades del día y lo ocurrido durante su turno. Asimismo, pude observar el desarrollo de diversas tareas inherentes al rol del psicólogo como coordinador del dispositivo, tales como entrevistas a familiares, confección de informes, organización de horarios y medicación, gestión de altas voluntarias, entre otras cuestiones. Todos estos espacios me permitieron, desde la observación

participante, no sólo presenciar el rol del psicólogo en cada uno de ellos, sino también comprender cómo atraviesan los residentes su proceso de tratamiento. Durante el mes de noviembre, además de asistir presencialmente a la institución, me dediqué a realizar entrevistas a los distintos profesionales con el fin de indagar más en detalle aspectos inherentes a su rol.

Considero que mi experiencia como practicante ha sido muy fructífera en todas y cada una de las asistencias a la institución. Sin embargo, cabe destacar que no todo mi desempeño estuvo marcado por la serenidad, sino que hubo un par de situaciones que resultaron un desafío y me mostraron “la otra cara” de la vida en una Comunidad Terapéutica. En una de las asambleas, me tocó presenciar una situación un poco conflictiva, en la que uno de los residentes elevó la voz al discutir con una de sus compañeras. Otro momento de tensión que me tocó atravesar fue en una de mis últimas asistencias, cuando uno de los residentes sufrió un accidente doméstico en la comunidad. Estos acontecimientos me dejaron varias enseñanzas en la medida en que despertaron en mí nuevos interrogantes y me permitieron vivenciar el rol del psicólogo desde la adversidad.

Lo más gratificante de mi práctica se centró en los últimos tres encuentros presenciales, puesto que tuve la posibilidad de coordinar el taller de estimulación cognitiva. Esta oportunidad constituyó para mí un nuevo desafío, dado que implicó desplazarme de mi posición de observadora participante, ocupando ahora un rol más activo y pudiendo vivenciar en primera persona el rol de psicólogo como tallerista. Paralelamente a la organización de este taller, tuve la oportunidad de coordinar un grupo de reflexión y acompañar a una residente en su caminata diaria, actividades que me regocijaron ampliamente ya que me permitieron establecer un lazo más estrecho con los residentes, e incluso también con una de las profesionales a quien decidí acompañar en uno de sus talleres de codependencia y

confrontación, el cual me pareció sumamente valioso en cuanto al fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

En el último encuentro, el día 3 de diciembre, al finalizar el grupo de reflexión pude llevar a cabo un cierre con las residentes que se encontraban en ese momento, manifestando mi felicidad por haberlas conocido y acompañado en este camino, principalmente a aquella cuya entrevista de admisión presencié en mi primer día de práctica. Incluso pude confesarles que, mientras me trasladaba hacia allí, observando la costanera, sentí nostalgia al pensar que iba a extrañar mucho asistir a la comunidad. Sus lindas palabras, sus buenos deseos, los abrazos y su pedido de que “vuelva a visitarlas” me conmovieron y me generaron sentimientos encontrados: tristeza por la etapa concluida, pero también satisfacción por la experiencia vivida.

8.2 Análisis y Síntesis

En los siguientes apartados,⁵ se llevará a cabo un análisis crítico a partir de la revisión de los registros de campo y la perspectiva teórica, haciendo especial énfasis en los aspectos significativos de la experiencia de práctica. En función del eje de sistematización y los objetivos planteados, se establecieron categorías de análisis en torno a las distintas facetas del rol del psicólogo en la Comunidad Terapéutica Morra: el rol del psicólogo como coordinador del dispositivo, como psicoterapeuta individual, como psicoterapeuta familiar y como tallerista grupal. A modo introductorio, se abordarán nociones generales expuestas en la perspectiva teórica, para luego desarrollar aspectos que hacen a la particularidad de la Comunidad Terapéutica Morra y al rol del psicólogo en el dispositivo, incluyendo sus distintas funciones.

⁵ En los apartados “Análisis y Síntesis” y “Características de la Comunidad Terapéutica Morra”, la mayor parte de la información extraída de los registros de campo ha sido recabada en instancias de capacitación. A partir del subtítulo “El Rol del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica Morra”, la información se deriva principalmente de la observación participante y el intercambio con profesionales.

Dado que la práctica se llevó a cabo en una Comunidad Terapéutica, se dará inicio a este análisis retomando una de las definiciones sobre estos dispositivos. De acuerdo a Llorente et. al., (2011), una Comunidad Terapéutica (CT) es un medio terapéutico residencial basado en la interacción permanente entre los residentes, sus pares y el equipo, donde se realizan intervenciones multidisciplinarias orientadas a la rehabilitación integral. En esta misma línea, Hurtado y Muñoz (2011) plantean que las CT realizan un abordaje intensivo e integral de la patología adictiva en tanto cuentan con intervenciones de índole psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo y médico. La Lic. 1⁶, coordinadora de la CT Morra complementa estos aportes al afirmar, durante una instancia de capacitación, que las CT son una instancia compleja de abordaje específico en adicciones y constituyen uno de los elementos integrantes de la atención integral en adicciones:

Se denomina sistema de atención integral porque si nosotros reducimos nuestra visión a hablar solamente de la adicción a la sustancia o a la conducta adictiva sin mirar a la persona en su contexto, inserta en una comunidad, estamos perdiendo de intervenir sobre numerosos factores que influyen y son condicionantes de que esta situación se pueda sostener o se agrave (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

De esta manera, las intervenciones en una CT se basan en la integralidad y poseen una mirada centrada no sólo en la persona sino también en su contexto familiar y social, ya que el tratamiento involucra también a la red de apoyo del residente (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Retomando los aportes de De León (2004), las comunidades terapéuticas surgen de manera independiente al contexto psiquiátrico a partir de la organización de personas que tomaron la decisión de liderar programas de recuperación en base a su propia experiencia. En consonancia con el autor, la Lic. 1 afirma que las CT no son nuevas sino que tienen muchos

⁶ A lo largo del análisis se identificará con números a los psicólogos de la institución, con el fin de preservar su identidad.

años de existencia, y que “muchas de ellas aparecen por el espíritu y la necesidad de personas que venían atravesando situaciones de consumo y que, una vez que se habían rehabilitado, empezaron a ayudar a otros que estaban viviendo una situación semejante o similar” (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Asimismo, Llorente et al. (2011) y Cervantes Sanjuán y Sales Guardia (2010) plantean que estos grupos carecían de un equipo técnico especializado, basando sus tratamientos en el método de la autoayuda. Si bien las primeras comunidades terapéuticas no nacieron de profesionales, a partir de la década de 1950 comenzaron a surgir las comunidades terapéuticas profesionalizadas (Lic. 1, Registro de campo, 12 de octubre de 2021).

Con el paso del tiempo se dió espacio también desde lo profesional a trabajar y dar un marco de contención, apoyo y trabajos de intervención, apareciendo así las comunidades terapéuticas profesionalizadas, dirigidas por un equipo profesional y técnico que va realizando intervenciones de manera intensiva y empleando técnicas de rehabilitación (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Llorente del Pozo y Fernández (1999) afirman que, aunque en la actualidad la mayoría de los países se inclinan hacia modelos profesionales, continúan existiendo CT no profesionalizadas, siendo algunas de ellas regidas por un espíritu pseudo-científico o religioso. La Lic. 1 reafirma el aporte del autor, sosteniendo que “aún existen comunidades no profesionalizadas, con un espíritu basado en lo religioso, que principalmente brindan sus espacios desde la espiritualidad o la contención simplemente humana” (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Por lo general, estas comunidades se encuentran retiradas de la ciudad y las personas desarrollan allí tareas cotidianas y realizan trabajos de campo o laborterapia, sin un marco de contención profesional (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En cambio, en el ámbito profesionalizado existe un saber técnico científico avalado, motivo por el cual las intervenciones y el marco de contención tienen un sentido, un fundamento y una razón

(Registro de campo, 24 de junio de 2021). No obstante, esto no implica que haya comunidades mejores que otras, sino que “hay personas para todo tipo de dispositivos”, tanto en lo profesionalizado como en lo no profesionalizado (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Quizá hay algunas personas -dependiendo del grado de compromiso y la instancia en que se encuentre-, a las que una comunidad no profesionalizada le puede dar resultado, mientras que en algunos casos dan resultados momentáneamente pero los cambios no son profundos en cuanto a evaluación y aspectos de su vida interna, lo cual puede generar que, luego de un año de estar en tratamiento en una granja o lejos de la familia vuelven y, al no haber un trabajo intermedio antes de la reinserción al medio habitual, puede pasar que la persona vuelva a quedar expuesta -o más expuesta aún- a una recaída o a la reincidencia en algunas conductas poco saludables para su estilo de vida (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

A lo largo del tiempo han existido distintos posicionamientos -tanto profesionales como legales- orientados a perseguir y estigmatizar en lugar de brindar asistencia (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). Así como el paradigma predominante en la concepción psiquiátrica tradicional se caracterizaba por recluir a los sujetos con padecimiento mental, en el ámbito de las adicciones el reconocimiento social del derecho de los pacientes a acceder a la atención sanitaria ha tardado en ser aceptado no sólo por la población en general, sino también por actores del sistema sanitario (Sánchez et. al., 2011). No obstante, en el último tiempo se han producido múltiples avances en este sentido: en la Provincia de Córdoba existe un fuerte trabajo por parte de la Secretaría de Adicciones en cuanto a las políticas de prevención y promoción, con el fin de llegar a todas las personas que padecen este tipo de patologías (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En esta misma línea, tal como se expuso en “Comunidades Terapéuticas: Origen y Definición”, junto con la

desinstitucionalización devino la creación de espacios alejados del contexto psiquiátrico, en donde el proceso de tratamiento comienza a abordarse de manera interdisciplinar e intersectorial: estos espacios conforman los denominados dispositivos intermedios o alternativos (CELS, 2015). Durante la práctica pudo identificarse una nueva conceptualización sobre estos dispositivos, definidos por la Lic. 2 (referente institucional) como “aquellos espacios en los que el paciente transita por un período determinado para luego volver a su contexto habitual con más herramientas y habilidades” (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En este sentido, la sanción de la Ley 26.657 ha fomentado la adecuación de las instituciones del sistema de salud, como así también la construcción de dispositivos intermedios que trabajen con distintas problemáticas: en el ámbito de las adicciones, se destacan principalmente las comunidades terapéuticas (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Tal como se planteó en la perspectiva teórica, tanto el abuso como la dependencia o adicción producen consecuencias negativas recurrentes en la vida de quienes la padecen (DSM, 1995). A lo largo de la práctica se ha podido observar que algunas de estas consecuencias son la pérdida de energía y autoestima, cambios de humor, alteración de valores, entre otras (Registro de campo, 5 de octubre de 2021). Incluso, en el caso de las adicciones a sustancias, a nivel cerebral se producen secuelas como pérdida de memoria y dificultades en el sostenimiento de la atención (Registro de campo, 1 de julio de 2021). En el caso de las adicciones a sustancias, de acuerdo al Lic. 3 y en consonancia con el planteo de Pinel (2007), la persona adicta desarrolla tolerancia a la droga: cada vez requiere más cantidad para obtener el mismo efecto. Si bien la búsqueda incesante de las sustancias para su posterior consumo se convierte en una preocupación absorbente para quien sufre la adicción, es común que la persona emplee la negación para convencerse de que su uso de la droga se encuentra bajo control (Lic. 3, Registro de campo, 2 de noviembre de 2021). Retomando a

Guardia et. al (2011), en ocasiones este impulso es originado a partir del *craving*: dicho fenómeno fue abordado de manera recurrente por los profesionales durante la práctica, ya que a menudo es experimentado por los residentes tanto en el dispositivo como en sus salidas terapéuticas (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021).

Es común que las personas con adicción destinen una gran cantidad de tiempo a la búsqueda de estrategias para la obtención y consumo de la sustancia o la ejecución de la conducta adictiva, dejando de lado sus actividades sociales, laborales o recreativas (DSM IV, 1995). De este modo, la vida de la persona gira en torno a la sustancia o conducta y termina por obsesionarse con ella. Durante la práctica se identificaron 4 indicadores de la adicción, y es precisamente la obsesión el primero de ellos: en el caso de las adicciones a sustancias, la persona no puede dejar de pensar en la “sustancia problema”, de modo que sólo piensa en su próximo consumo y todo aquello que lo dificulte se convierte en un obstáculo (Registro de campo, 1 de julio de 2021). De esta manera, su vida empieza a girar en torno a la dualidad “¿Me ayuda a consumir, o no?”⁷ (Registro de campo, 1 de julio de 2021). En palabras de Becoña (2011), “es como si el resto del mundo no existiese o no le interesa que exista, a excepción de la conducta adictiva en la que está implicado de manera permanente” (p. 493).

En sus inicios, el consumo o la ejecución de la conducta adictiva proporciona cierta gratificación, permitiendo a la persona abstraerse por minutos u horas de las emociones negativas (Registro de campo, 1 de julio de 2021). No obstante, a mediano y largo plazo comienzan a hacerse presentes las consecuencias de la adicción, las cuales constituyen el segundo indicador enunciado por el Lic. 3, psicoterapeuta familiar (Registro de campo, 1 de julio de 2021). Estas consecuencias invaden múltiples ámbitos de la vida del sujeto (familia, relaciones interpersonales, trabajo, economía) y, a menudo, son negadas con el fin de sostener el consumo (Registro de campo, 1 de julio de 2021). Así, aparece el tercer indicador de la

⁷ Muchos de los ejemplos empleados en este apartado hacen alusión a las adicciones a sustancias, mediante el uso de términos como “consumo” o “sustancia”: no obstante, las referencias también aplican para las adicciones comportamentales.

adicción: la negación, la cual se materializa en frases como “yo no tengo un problema”, “no es tan grave”, “estás exagerando” (Registro de campo, 1 de julio de 2021). De esta manera, la principal función de la negación es evitar que algo interfiera en el patrón adictivo (Registro de campo, 1 de julio de 2021).

Becoña (2011) sostiene que, a pesar de que el sujeto es consciente de las consecuencias de su adicción, muchas veces no es capaz de controlarlas: y es aquí donde aparece el último indicador mencionado por el Lic. 3: la falta de control (Registro de campo, 1 de julio de 2021). En este sentido, el profesional explica que, muchas veces, estas personas intentan ejercer el control sobre su conducta adictiva, lo cual se traduce en frases como: “yo lo puedo controlar” o “consumo esto y no aquello” (Registro de campo, 1 de julio de 2021). Sin embargo, al igual que la negación, estos posicionamientos impiden problematizar las conductas disfuncionales y avanzar en el tratamiento (Registro de campo, 1 de julio de 2021).

Según Washton y Boundy (2009) existen rasgos, fenómenos y sistemas de creencias que conforman la personalidad adictiva. Muchas veces, las personas con adicción creen que, si dejan de consumir, todos sus problemas se solucionan: sin embargo, en palabras del Lic. 3, “con la voluntad no alcanza”, no sólo porque esta personalidad adictiva ya se ha arraigado fuertemente sino también porque, al utilizar la adicción como “parche” frente al dolor, durante todo ese tiempo no se desarrollaron habilidades para afrontar el malestar y resolver ciertas situaciones (Registro de campo, 1 de julio de 2021). De allí la importancia de realizar tratamientos dirigidos a encontrar nuevas soluciones ante el malestar y a la incorporación de habilidades, acompañados de un esquema psicofarmacológico (Registro de campo, 1 de julio de 2021).

De acuerdo a Becoña Iglesias et. al (2011), la adicción es “una enfermedad crónica y recidivante” que requiere cuidados a largo plazo o varios episodios de tratamiento para obtener logros terapéuticos (Becoña Iglesias e. al., 2011, p. 166). Sin embargo, su carácter

crónico no condena al sujeto al sufrimiento: con un cambio de estilo de vida la recuperación es posible, permitiendo alcanzar una óptima calidad de vida (Registro de campo, 5 de octubre de 2021).

8.2.1 Características de la Comunidad Terapéutica Morra

En el Sanatorio Morra, el área de los dispositivos intermedios se ubica físicamente fuera del establecimiento y se conforma por Casas de Medio Camino, el Hospital de Día y la Comunidad Terapéutica (Registro de campo, 3 de junio de 2021). El Hospital de Día, tal como se describió en el apartado “Contexto Institucional”, funciona en el Sanatorio desde hace más de 20 años, mientras que en el año 2015 se incorporan las Casas de Medio Camino, y en 2019 la Comunidad Terapéutica (Registro de campo, 3 de junio de 2021). El Sanatorio incorporó la CT por demanda, a raíz de las necesidades que se observaban cotidianamente en el abordaje de las patologías adictivas: “se empezó a trabajar desde la demanda y en consonancia con lo que solicita la ley de salud mental en relación a ofrecer un sistema de atención que cubriera la mayor parte de las necesidades y diversidad de casos” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). El 24 de junio de 2021 adquirió modalidad mixta, lo cual implicó un gran cambio en aspectos administrativos y clínicos: en palabras de la Lic. 1, “nos interpelan otra cantidad de cosas, otras realidades, otros tipos de vivencias, y estamos dispuestos a afrontar ese desafío que nos toca. Hay muchas cosas más que iremos construyendo en nuestro rol con las mujeres en el dispositivo” (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Como se desarrolló en la perspectiva teórica, en la actualidad la mayoría de los países se inclinan hacia modelos profesionales de CT, empleando tratamientos basados en evidencia científica (Llorente del Pozo y Fernández, 1999). La CT Morra es una comunidad técnica y profesionalizada, ya que cuenta con un equipo conformado por psicólogos, psiquiatras, operadores terapéuticos (OT) y talleristas grupales, quienes en su mayoría son OT o

psicólogos: en suma, el plantel se conforma por 10 profesionales (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Comas Arnau (2010) plantea que, en la mayoría de las comunidades terapéuticas profesionalizadas, los residentes permanecen las 24 horas del día conviviendo entre sí y con los profesionales: durante la experiencia de práctica se pudo constatar que la CT Morra adhiere a esta modalidad, de modo que los residentes se ven interpelados no sólo a compartir actividades de la vida diaria, sino también a trabajar aspectos personales de manera comunitaria (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Retomando a Llorente et. al., (2011), el componente principal y distintivo de las CT es la separación geográfica del ambiente asociado a la adicción. No obstante, tal como se planteó anteriormente, estos dispositivos no funcionan como agente de exclusión y aislamiento sino de integración, rompiendo con el paradigma característico de la psiquiatría tradicional (Llorente et al., 2011). Es por ello que la CT Morra cuenta con una infraestructura similar a la de un hogar común y corriente: su capacidad es para 8 personas y cuenta con habitaciones, cocina y patio, en donde los residentes tienen una huerta y realizan un taller relacionado a la misma (Registro de campo, 27 de agosto de 2021; Registro de campo, 24 de junio de 2021). Asimismo, el living cuenta con un pizarrón y una biblioteca, donde los residentes guardan sus libros y materiales de trabajo (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Cabe destacar también que la fachada de la institución no posee ningún tipo de cartel en su exterior, de modo que podría confundirse con una casa: el objetivo de esta medida es lograr que “el paso por el dispositivo intermedio sea lo más homologable a un espacio familiar” (Lic. 2, Registro de campo, 24 de junio de 2021). En términos de la Lic. 1: “la idea es compartir hacia afuera la imagen de un espacio comunitario más, que no estigmatice ni genere una cuestión de señalamiento porque, si bien en los últimos años se ha trabajado en la no estigmatización, lamentablemente continúa ocurriendo” (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En la CT Morra existe una gran concurrencia de pacientes por consumo de sustancias, y habitualmente llegan derivados por el área de internación o algún equipo profesional del Sanatorio (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En consonancia con el planteo de Becoña Iglesias et. al (2011), las personas llegan a la CT Morra luego de atravesar múltiples espacios de tratamiento sin obtener resultados, o por lo disruptivo que se convirtió su contexto social, familiar o laboral debido a los efectos de la adicción (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Cabe aquí recordar que no todos los trastornos adictivos se vinculan a una sustancia, sino que también existen adicciones comportamentales (Casas et al., 2011; Becoña Iglesias et al., 2011). En este sentido, a lo largo de la práctica se observó un solo caso de adicción comportamental, correspondiente a una adicción a las compras: la CT Morra fue elegida como el dispositivo adecuado para este caso debido a la necesidad de trabajar sobre el patrón adictivo en relación al dinero (Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Dado que la adicción es concebida desde las comunidades terapéuticas como una afección global, su tratamiento abarca diversas áreas del funcionamiento psicosocial de la persona (Llorente et al, 2011). Esto se pudo constatar durante la práctica en una instancia de capacitación, donde la coordinadora del dispositivo explica la mirada que adopta la CT Morra frente al fenómeno de la adicción, en este caso a sustancias:

El consumo no es que “aparece de la nada”, no es lo único que debemos atender. El consumo es lo visible, es como la máscara que uno ve de toda la realidad de esa persona . . . realmente está sufriendo ya sea porque no puede algo, porque no sabe algo, porque no encuentra el modo de vincularse con otros, porque no puede expresar muchas cosas de lo que vive o porque incluso lo desbordan las situaciones emocionales, no sólo las diversas situaciones que puede atravesar en la vida sino también lo agradable, que tenga dificultades para encontrar el disfrute en otras cosas más allá del placer inmediato que provee la sustancia. En ese sentido, siempre vamos

a ir buscando algo más que hablar solamente de la adicción (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Por este motivo, las CT tienen como finalidad realizar un abordaje intensivo e integral de la patología adictiva mediante intervenciones interdisciplinarias (Hurtado y Muñoz, 2011). A lo largo de la práctica también fue posible confirmar que la CT Morra adhiere a este tipo de abordaje:

El objetivo de la comunidad es poder abordar de manera integral e intensiva estos trastornos de consumo mediante un programa de rehabilitación que está basado en lo que es la motivación para el cambio, en un contexto de acompañamiento profesional de manera permanente (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Tal como se planteó previamente, en las comunidades terapéuticas los residentes cuentan con sesiones de terapia individual (Llorente et al., 2011). En la CT Morra, éstas se realizan con frecuencia semanal, y también a demanda de los residentes (Registro de campo, 2 de septiembre de 2021). Dado que habitualmente los sujetos presentan patologías que requieren medicación (trastornos afectivos, psicóticos, de personalidad límite, etc) también cuentan con seguimiento psiquiátrico, cuyas sesiones se llevan a cabo con frecuencia quincenal (Registro de campo, 24 de junio de 2021; Registro de campo, 25 de agosto de 2021). En este sentido, resulta fundamental importante una adecuada supervisión por parte del equipo profesional respecto a su evolución y al cumplimiento del esquema farmacológico (Llorente et al, 2011).

Al margen del seguimiento psicológico y psiquiátrico, en la CT Morra se llevan a cabo distintas actividades como caminatas diarias o actividad física en el gimnasio del Sanatorio: asimismo, los residentes cuentan todos los días con un horario libre, denominado “motivación” (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). De lunes a viernes, los residentes participan de diversos talleres terapéuticos psicoeducativos dirigidos a la prevención de

recaídas, manejo del *craving*, entrenamiento en habilidades sociales y regulación de los estados de ánimo. El objetivo de estos talleres es reforzar las habilidades de los residentes para enfrentar exitosamente situaciones de riesgo de recaída (Becoña et. al., 2008). No obstante, cabe aquí destacar que los procesos de recuperación no son lineales, y que las recaídas forman parte del mismo:

Cuando hablamos de una adicción también hablamos de una enfermedad en la cual están contempladas las recaídas, es parte también del proceso . . . Es como si fuera una mente de atleta: la meta está en conseguir la medalla olímpica y conseguir la abstinencia total, pero pueden aparecer factores del contexto que influyan a que haya una recaída (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

De esta manera, es posible afirmar que las recaídas no implican un fracaso en el tratamiento: “a veces, cuando el paciente termina el tratamiento recae al mes, pero aunque haya recaído aprendió un montón de cosas tanto él como la familia” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En palabras del Lic. 3, se trata de “mucho proceso y no tanto resultado” (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Luego de cada comida, los residentes cuentan con un espacio destinado a compartir con sus compañeros y el equipo cómo se han sentido durante la jornada: el espacio del mediodía se denomina “yo siento” y, el de la noche, “yo pienso” (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). El objetivo de estos espacios es, en palabras de la Lic. 1, “aprender a trabajar en la conciencia plena en uno mismo”, como así también realizar una puesta en común sobre sentimientos, emociones, pensamientos y situaciones personales y/o propias de la convivencia (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). En ocasiones, de manera previa al inicio de estos grupos se realizan asambleas, espacios en donde se trabajan asuntos que trascienden a la individualidad: así, en estas reuniones se abordan una gran variedad de temas, que incluyen desde cuestiones infraestructurales hasta de convivencia (Registro de

campo, 24 de septiembre de 2021). Por regla general, se convoca a asamblea cuando ocurre un alta voluntaria por parte de alguno de los residentes, puesto que se trata de un evento que produce un quiebre en la dinámica grupal (Registro de campo, 24 de septiembre de 2021). Cabe destacar que, antes de iniciar los grupos de reflexión o las comidas, la Lic. 1 encabeza una meditación, utilizando un instrumento llamado “cuenco” para marcar el inicio y el fin de la misma (Registro de campo, 24 de septiembre de 2021).

Si bien el tratamiento en CT posee carácter residencial, durante su desarrollo se realizan salidas programadas (Aguilar Gil y Olivar Arroyo, 2012). En la CT Morra estas salidas poseen un fin terapéutico, radicado principalmente en las exposiciones graduales al exterior (Registro de campo, 22 de octubre de 2021). Antes de cada salida, los residentes deben armar su hoja de ruta, es decir, un itinerario en donde detallan cada actividad que realizarán durante su salida, hora por hora hasta el regreso al dispositivo (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). De esta manera, los profesionales les ayudan a identificar situaciones de riesgo de recaída (Registro de campo, 24 de septiembre de 2021). En este sentido, el Lic. 3 recalca que las salidas terapéuticas son precisamente parte de la terapia, y no “una vacación del tratamiento”, por lo cual se requiere de la colaboración de la familia al momento de hacer una revisión del cumplimiento de la hoja de ruta (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021).

La CT Morra es una comunidad de puertas abiertas, en el sentido de que tanto el ingreso como el alta son voluntarios (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Sin embargo, en toda CT existe un tiempo de permanencia que puede establecerse de antemano, o bien flexibilizarse en base al logro de ciertos objetivos (Comas Arnau, 2010; De León, 2004). En la CT Morra, los tratamientos están pensados para desarrollarse a lo largo de 6 meses: sin embargo, tal como plantean los autores, algunos residentes permanecen más o menos tiempo en el dispositivo en torno a su evolución (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Esto se

pudo observar en la práctica cuando, en una reunión de equipo, los profesionales consensuaron reducir el tratamiento de una de las residentes: “Gloria⁸ no es para que esté los seis meses porque ya viene de un proceso largo con adherencia, hay que pensar en objetivos más acotados con ella” (Lic. 3, Registro de campo, 20 de octubre de 2021). Por su parte, el Lic. 6 afirmaba que “sin duda está haciendo un proceso más rápido, trabajos completos y reflexivos” (Lic. 6, Registro de campo, 20 de octubre de 2021). No obstante, independientemente de la duración y la adherencia que haya logrado el residente durante el tratamiento, desde la CT Morra se recomienda continuar con un abordaje ambulatorio luego de abandonar el dispositivo (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En esta misma línea, Roldán Intxusta (2010) plantea que las intervenciones en una CT se realizan con frecuencia bajo un clima de urgencia. En la CT Morra, las urgencias más frecuentes son de índole médica y psiquiátrica. En el caso de las primeras se recurre al servicio de emergencia contratado en la institución y, si el asunto de salud no es apremiante, se programa el turno correspondiente informando a la familia o entorno para que acompañen al residente en su salida (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En el caso de las urgencias psiquiátricas, se procede a realizar una valoración por guardia externa en el Sanatorio para evaluar si la situación amerita o no internación (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En este sentido, cabe recordar que la Ley Nacional de Salud Mental concibe a la internación como un recurso terapéutico restrictivo que debe ser implementado de manera excepcional, en caso de que no sea posible llevar a cabo un tratamiento ambulatorio o bien exista una situación de riesgo para el paciente o terceros (Ley 26.657, 2010, Arts. 14 y 20). Por este motivo, las internaciones psiquiátricas en el Sanatorio Morra duran entre 15 y 20 días, pudiendo extenderse a uno o dos meses en casos complejos (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

⁸ Se ha reemplazado el nombre real de la residente por uno ficticio con el fin de resguardar su identidad.

Tal como plantean Becoña Iglesias et. al. (2011), las CT profesionalizadas poseen reglas que los residentes se comprometen a cumplir antes de su ingreso al dispositivo: la mayoría de ellas prohíben el consumo de sustancias, los actos de violencia y las relaciones sexuales (Becoña Iglesias et. al., 2011; Llorente et. al., 2011). En la CT Morra existe un reglamento donde se establecen las condiciones de tratamiento y las normas a cumplir por parte de los residentes: por ejemplo, no tienen permitido salir solos del dispositivo ni utilizar el teléfono móvil, excepto en las últimas instancias del tratamiento (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). Tampoco se permite el consumo de café o gaseosa, salvo en situaciones excepcionales como los fines de semana, con el fin de reducir el uso de cualquier sustancia activadora del SNC (Registro de campo, 20 de octubre de 2021). Si bien el consumo de tabaco es legal y no se encuentra problematizado socialmente como el de otras sustancias, en la CT Morra tampoco está permitido fumar (Registro de campo, 12 de noviembre de 2021). En consonancia con el planteo de Becoña Iglesias et. al. (2011) y Llorente et. al. (2011) no están contempladas en la CT Morra el ingreso de sustancias, armas ni las relaciones sexuales, pudiendo convertirse incluso un criterio de suspensión (Registro de campo, 30 de agosto de 2021; Registro de campo, 24 de junio de 2021). En cambio, el ejercicio de la violencia física o de conductas autoagresivas en la CT Morra son abordadas mediante intervenciones de índole psiquiátrica (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En la CT Morra, existen normas de convivencia y pautas establecidas que, de aceptarse y cumplirse, implican encontrarse en el máximo nivel de tratamiento del residente, accediendo así a todos los beneficios y posibilidades de dicho nivel. Por el contrario, su incumplimiento está asociado a la asignación de marcas, es decir, observaciones de conducta a trabajar y modificar. La acumulación de estos señalamientos ocasiona un descenso en el nivel de tratamiento y su concomitante pérdida de beneficios. En la CT Morra, los niveles se organizan del 3 al 0 en orden descendente (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Siguiendo el planteo de Ruiz et. al (2012), un descenso de nivel funciona como castigo negativo, dado que implica privar al residente de beneficios que considera valiosos como consecuencia de la transgresión de normas, conductas de manipulación o mentira (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Cabe aquí recordar que Ruiz et al. (2012) sostienen que, en ocasiones, una simple advertencia resulta suficiente para reducir la repetición de una conducta disfuncional, sin necesidad de aplicar un castigo: esto se pudo observar durante la práctica cuando, en una oportunidad, la Lic. 1 advierte asertivamente a una residente sobre el desorden en su habitación y le apercibe explicándole que la próxima vez se le colocará una marca sin excepción, dado que una de las pautas de la comunidad es respetar el orden (Registro de campo, 30 de agosto de 2021).

Los niveles se actualizan semanalmente y la revisión de los mismos se realiza los días jueves, en una instancia grupal previa al grupo de reflexión diario llamada “devolución de nivel”. Allí se brinda una devolución a los residentes respecto a su proceso durante la semana, evaluando el cumplimiento de los objetivos planteados y validando aquellos aspectos positivos de su progreso (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). Junto con este feedback se realizan también devoluciones semanales a las familias respecto a la situación del residente y la evolución del tratamiento (Registro de campo, 25 de agosto de 2021).

Tomando como base los aportes de Becoña et. al. (2008), esta dinámica basada en los niveles de tratamiento y la asignación de marcas puede ser entendida como una técnica de manejo de contingencias, en la medida en que implica trabajar con reforzadores. En consonancia con los planteos de Comas Arnau (2010) y De León (2004) el objetivo de estos niveles es, además del forjamiento de la conducta, el entrenamiento para la vida cotidiana: por ejemplo, el objetivo del cumplimiento de horarios es lograr que la persona pueda adquirir el compromiso de respetarlos, ya que si en su vida fuera del dispositivo no lo hace, puede sufrir consecuencias como un despido laboral (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En

este sentido, cabe destacar que la marca no debe ser concebida como algo punitivo o persecutorio, sino como un elemento cuyo fin es señalar conductas desadaptativas, favorecer el registro de las mismas por parte de los residentes y modificarlas para la posterior inserción en el afuera (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021).

Por otra parte, el abordaje terapéutico en la CT Morra se organiza en fases de tratamiento: cada una de ellas cuenta con ciertos objetivos, y su duración es variable de acuerdo al progreso del residente (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Por lo general, las personas que ingresan a una CT previamente atravesaron tratamientos que no dieron resultado o no lograron sostener: en ocasiones, este fracaso se debe a la ausencia de conciencia de enfermedad, factor que se trabaja en la primera fase de tratamiento en la CT (Registro de campo, 24 de junio de 2021). De esta manera, el objetivo de esta primera fase es que la persona tome dimensión sobre el grado de implicación que tiene el patrón adictivo en su vida, las características que lo sostienen, sus riesgos y qué recursos puede utilizar para salir de él (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En el caso de las adicciones a sustancias, se trabajan también estrategias para afrontar la necesidad irresistible de consumo, definida por el DSM IV como *craving* (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). La segunda fase consiste en un proceso mucho más introspectivo: se abordan cuestiones relativas al autoconocimiento y la historia de vida de la persona, reconociendo sucesos ligados a la génesis y consolidación del patrón adictivo (Registro de campo, 24 de junio de 2021). De esta manera, se trabaja sobre los antecedentes facilitadores de la adicción y en la identificación de los recursos necesarios para alcanzar el estilo de vida deseado (Registro de campo, 24 de junio de 2021; Registro de campo, 25 de agosto de 2021). Finalmente, en la tercera fase de tratamiento se hace énfasis en la reorganización de la vida cotidiana en el afuera (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). En otras palabras, esta fase se dirige a la reinserción sociolaboral del residente mediante la planificación de su vida cotidiana, preparándose así

para abandonar el dispositivo y retomar su vida habitual (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Durante la práctica se pudo observar que, antes de concretar el ingreso al dispositivo, en la CT Morra se realizan entrevistas de admisión en donde la coordinadora del dispositivo convoca al futuro residente y a un familiar. El objetivo de estas instancias es conocer el estado de situación del futuro ingresante y explicarle las características del dispositivo (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). La evaluación llevada a cabo mediante la entrevista de admisión es integral y valora no sólo el contexto actual, sino también la historia y el desarrollo de la persona (Registro de campo, 24 de junio de 2021). A razón de ello, en estas entrevistas se indaga sobre la historia de vida de la persona, antecedentes familiares de consumo, sustancias o medicación de consumo habitual, tratamientos previos y si cuenta con una adecuada red de apoyo (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). Otro factor que se valora en la entrevista de admisión es la motivación, con el fin de comprender los intereses de la persona e impulsarla hacia el proceso de cambio (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Sin embargo, esto no significa que los residentes lleguen felices a una institución que conlleva permanecer fuera de su contexto habitual por un tiempo prolongado: debido a ello, la motivación se comienza a trabajar desde las entrevistas de admisión (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). De esta manera, desde esta instancia se comienza a trabajar sobre un cambio en el estilo de vida de la persona, aunque no sepa cómo hacerlo o no haya podido lograrlo antes (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Por otra parte, la finalidad de estas entrevistas es determinar si la CT constituye el dispositivo adecuado para el sujeto: puede ocurrir que la persona posea un trabajo que no le permita ausentarse durante mucho tiempo, de modo que el ingreso a una CT en esos casos podría ser más disruptivo que favorecedor (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En esta misma línea, resulta fundamental indagar si la persona cumple con los requisitos de inclusión

de la CT Morra (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). Siguiendo a Cervantes Sanjuán y Sales Guardia (2010), las CT cuentan con criterios de admisión, cambios de fase y alta establecidos. Entre los criterios de admisión de la CT Morra, se encuentran: tener entre 18 y 60 años, poder valerse por sí mismo/a, contar con una red de apoyo, voluntariedad de acceder al dispositivo, no tener ningún proceso judicial vigente, entre otros (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En las entrevistas de admisión, la coordinadora informa tanto al residente como al familiar que el acceso al tratamiento es voluntario y requiere del compromiso de alcanzar un modo de vida (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). Es por ello que en la CT Morra no se admiten personas que se encuentren en proceso de judicialización dado que, en esos casos, el sujeto no posee voluntad de realizar el tratamiento y efectuar cambios. Además, sostener un tratamiento en esas condiciones podría ser disruptivo para el resto de los residentes que sí están dispuestos a afrontar un tratamiento (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Por otra parte, existen patologías que requieren un abordaje específico que no es posible brindar desde el dispositivo: de allí el requisito de ser autoválido/a, puesto que la CT Morra no cuenta con personal de enfermería que pueda asistir las 24 hs en cuestiones de esa índole (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En esta misma línea, la modalidad terapéutica en la CT Morra implica un proceso cognitivo elevado, por lo cual pacientes con déficits significativos sufrirían dificultades al momento de comprender el contenido del material de lectura o las consignas de los talleres. En estos casos, resulta conveniente llevar a cabo el tratamiento en un dispositivo que posea un abordaje centrado en tareas manuales, como laborterapia (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Tal como plantea Rodríguez Cueto (2010), en las CT es fundamental el trabajo en equipo debido a la necesidad de combinar aspectos provenientes de distintos campos del saber. Al conformar un equipo interdisciplinario, los profesionales de las CT se enfrentan al desafío de lograr acuerdos que permitan lograr intervenciones eficaces pese a la diversidad de

formaciones académicas: en este sentido, resulta de suma importancia la participación en reuniones de equipo, las cuales tienen por objetivo no sólo el tratamiento de asuntos formales y organizacionales, sino también la resolución de conflictos, el apoyo y el enriquecimiento de las habilidades (De León, 2004; Roldán Intxusta, 2010). Esto se vislumbra en el siguiente fragmento, extraído de una conversación con la Lic. 1:

Por más que tengamos una mirada de trabajo en común, muchos tenemos formaciones distintas o algunas apreciaciones distintas, pero eso lo trabajamos y los dirimimos en las reuniones. Al momento de intervenir con la familia y con la persona somos una unidad en bloque y tenemos un lenguaje en común, un discurso en común, y eso también es parte de trabajar en equipo (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Estas reuniones se realizan con frecuencia quincenal y en ellas no sólo se llevan a cabo análisis situacionales, exhaustivos y críticos sobre la situación particular de cada residente, sino que también se evalúa el ejercicio del rol profesional:

Cada 15 días tenemos este espacio donde no sólo vamos haciendo la evaluación de los objetivos de cada residente, lo que se va trabajando con el residente y su contexto familiar, sino que también vamos trabajando en lo que es la evaluación de nuestra intervención en el dispositivo. Nos atraviesan muchas cosas, como le pueden atravesar a cada uno de los residentes del dispositivo, y es fundamental que seamos conscientes del grado de responsabilidad que nos implica tener ese espacio de autoevaluación antes de y en el desempeño de la tarea (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Durante las reuniones, se observó que los psicólogos comparten con el equipo su visión y la información que obtienen de los casos durante su turno. El siguiente fragmento constituye un ejemplo de ello:

Mirta ha estado más receptiva a todos los señalamientos en función de sus modos de comunicarse de sus pares. Hoy por hoy se vive un mejor clima, no hay tantos roces con Lorena, hay más diálogos, comparten actividades, se ha generado mejor clima desde las partidas de los compañeros. Está empezando a ser más silenciosa cuando hablan los otros y las mismas compañeras le han hecho devoluciones sobre eso, y Lorena dijo que le ponía contenta verla reírse y que su risa contagia . . . Es cierto que le costó la adaptación, pero el estar conviviendo con otros le ha servido y le ha sido de utilidad (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Asimismo, se pudo observar que durante las reuniones de equipo los profesionales intercambian ideas y debaten sobre cuestiones organizacionales del dispositivo, como el cambio de horarios en las caminatas debido a las condiciones estacionales o la administración de los medicamentos, tomando en cuenta la opinión y las necesidades de los residentes:

Las residentes piden tomar medicación un rato antes de dormir porque sino no les hace efecto tan rápido. Con las mujeres podemos probar tomarlas más temprano, en los hombres son más fuertes las medicaciones por eso se tomaban antes de ir a dormir . . . Está bueno que ellas se encuentren con ellas mismas media horita antes de dormir, además en el afuera no van a dormir 10 horas (Lic. 6, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Por otra parte, y siguiendo a Comas Arnau (2010), en las comunidades terapéuticas resulta necesaria la confección de elementos que faciliten el intercambio de información entre los miembros del equipo y la toma de decisiones terapéuticas (Comas Arnau, 2010). Es por ello que en la CT Morra, además de las reuniones, existen múltiples vías de contacto entre profesionales, de modo que el flujo de comunicación es permanente (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Una de ellas es el “libro de actas”, un cuaderno tapa dura donde los profesionales anotan diariamente los sucesos ocurridos durante su guardia, de manera

objetiva y sin interpretaciones (Registro de campo, 2 de septiembre de 2021). Otra instancia de comunicación y sociabilización en equipo son los pases de guardia, en los cuales el profesional saliente le comunica al ingresante lo ocurrido durante su turno, ampliando la información asentada en el libro de guardias (Registro de campo, 22 de octubre de 2021). En ocasiones estas conversaciones no se circunscriben a la jornada transcurrida, sino que también abordan cuestiones generales sobre la situación de los residentes y medidas a tomar en el dispositivo (Registro de campo, 29 de octubre de 2021). Esto se pudo observar en la práctica cuando, en un pase de guardia, la psicoterapeuta individual y la coordinadora conversaban sobre la reanudación de las salidas terapéuticas y las implicancias que podría traer esta medida en cada residente (Registro de campo, 30 de agosto de 2021). Cabe destacar que, por lo general, los pases de guardia se realizan en el exterior de la CT, con el fin de resguardar la confidencialidad de las conversaciones (Registro de campo, 30 de agosto de 2021).

Tal como plantean Soto Pérez et al (2010), las nuevas tecnologías han llegado para quedarse y cada vez son más empleadas por profesionales de todos los rubros, inclusive por los psicólogos. Es por ello que otro medio de contacto entre profesionales es la historia clínica digital, en donde se apunta el proceso diario y/o semanal de cada residente, de acuerdo a la demanda de cada obra social o prepaga; asimismo, se registran allí los aportes de la valoración tanto psiquiátrica como psicológica (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Por último, otro canal de comunicación e intercambio entre profesionales es un grupo de WhatsApp, en donde cada profesional deja asentado un registro informal de lo ocurrido durante su guardia, con el fin de generar una comunicación más ágil sobre lo que ocurre en la CT (Registro de campo, 22 de octubre de 2021). En este grupo también se debaten cuestiones relativas a decisiones que deben tomarse de manera instantánea como, por ejemplo, la colocación de marcas ante una situación determinada (Registro de campo, 22 de octubre de

2021). En ocasiones, los profesionales permanecen hasta altas horas de la noche conversando en ese grupo sobre asuntos de la comunidad, lo cual denota un fuerte sentido de pertenencia e implicación en su trabajo (Lic. 1, Registro de campo, 29 de octubre de 2021).

A modo de síntesis, Roldán Intxusta (2010) destaca la importancia del cuidado de los profesionales, especialmente de su salud mental. En este sentido es posible afirmar, a partir de la experiencia vivida, que el equipo cumple una función fundamental de acompañamiento y de soporte en las cuestiones cotidianas: “es importante saber que el otro está ahí por cualquier cosa, ayuda a no sentirse solos” (Lic. 1, Registro de campo, 22 de octubre de 2021).

Y eso es parte también de nuestro rol, el aprendernos a cuidar en el rol y es algo que hay que tratar de hacer desde el principio: el observarse, el cuidarse, el apoyarse en otros, compartir con el equipo, no trabajar de manera aislada son tareas elementales para que el desarrollo de nuestro trabajo, además porque podemos ampliar muchísimo la mirada con otros profesionales (Registro de campo, 24 de junio de 2021)

Con el fin de contextualizar y otorgar una mejor comprensión al lector, en este apartado se han desarrollado nociones generales sobre el funcionamiento de la CT Morra. A continuación, se describirán aspectos generales sobre el rol del psicólogo en la institución, para luego profundizar en sus distintas funciones.

8.2.2 Funciones del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica Morra

Uno de los objetivos del presente trabajo es “Especificar las funciones que desempeñan los psicólogos en la Comunidad Terapéutica”. A partir de la observación participante, los registros de campo y las conversaciones con los profesionales, se han identificado 4 grandes funciones del psicólogo clínico en la CT Morra: como responsable o coordinador del dispositivo, como psicoterapeuta individual, como psicoterapeuta familiar, y como tallerista grupal.

Un punto en común entre estos roles es la perspectiva teórica que sustenta sus intervenciones: las terapias contextuales o de tercera generación, entre las cuales predominan DBT, ACT y FAP (Registro de campo, 2 de septiembre de 2021). En la CT Morra, las terapias de tercera generación se hacen presentes no sólo en el contexto psicoterapéutico individual, sino también en el diseño y desarrollo de los talleres (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). Asimismo, durante la práctica se observó que en el dispositivo se trabaja de manera transversal con mindfulness y conciencia plena: de manera periódica se realizan ejercicios de meditación en distintos espacios, como por ejemplo al inicio de las comidas y los talleres (Registro de campo, 2 de septiembre de 2021).

El hecho de que la mayoría de los profesionales compartan esta perspectiva teórica de trabajo conforma un paradigma y un marco institucional que caracteriza al dispositivo (Lago, 2013). No obstante, pese a la existencia de una misma base teórica para las intervenciones, las mismas son personalizadas de acuerdo a la situación de cada residente:

Nuestros objetivos se van modificando, muchas veces en el curso de cada paciente nos vamos encontrando con diferentes realidades, entonces no podemos aplicar el mismo mecanismo por igual para todos. Hay pautas generales, sí, hay estructuras o temas generales, pero el abordaje con cada residente es sumamente individual y el trabajo de intervención es uno a uno, es único para cada persona, entonces en eso no hay un molde (Lic. 1., Registro de campo, 24 de junio de 2021)

Desde todas las funciones del psicólogo se trabaja en la generación de conciencia de enfermedad, en la identificación de factores de riesgo de recaída y en la recuperación de los hábitos de la vida cotidiana, ya que muchas veces los residentes no pueden sostener adecuadamente su rutina o su rol a nivel familiar, laboral o social: “generalmente aparecen conductas de descuido en la imagen corporal en el aseo, hábitos del sueño, alteración del ciclo sueño vigilia, hábitos alimentarios . . . Y los vamos trabajando en ese proceso de

recuperación” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). Asimismo, otra herramienta presente en todas las funciones del psicólogo en la CT Morra es la psicoeducación en relación a la patología adictiva. Esta intervención consiste en proveer recursos con el fin de mostrar a los residentes que existe una gran diversidad de formas de afrontamiento y resolución de problemas, además de las ya conocidas:

Y vamos a ir intentando generar recursos, buscar qué recursos tiene la persona y mostrar otras posibilidades de acción, otras habilidades en distintos planos para ver qué es lo que la persona puede tomar de eso que le sirve, cómo puede ir incorporando algunos cambios que generen un estilo de vida distinto (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En los siguientes apartados se describirán las particularidades de cada función del psicólogo en la CT Morra, caracterizando sus intervenciones, competencias, alcances y vicisitudes.

8.2.2.1 El Psicólogo como Coordinador del Dispositivo

Como se mencionó previamente, una de las funciones identificadas entre los profesionales psicólogos de la CT Morra es la de responsable o coordinador, también denominado por De León (2004) como “encargado”. Siguiendo al autor, en su rol de encargados los profesionales revisan regularmente los procesos tanto administrativos como terapéuticos: de esta manera, se ocupan de atender asuntos relativos a las instalaciones, entablar lazos con las familias, diseñar estrategias para facilitar la comunicación dentro del dispositivo y diagramar estrategias dirigidas a fortalecer los tratamientos (De León, 2004).

A partir de la experiencia de práctica, es posible afirmar que este rol consiste en la supervisión del resto de los profesionales y del funcionamiento general del dispositivo, de modo que quien lo ocupa se encarga de funciones globales y no tan específicas: “yo no hago el seguimiento de los tratamientos psicológicos de los pacientes, pero sí estoy al tanto de

todo, tengo una información de todo el funcionamiento del dispositivo” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). En consonancia con el planteo del autor, también pudo observarse que al rol de coordinador en la CT Morra le competen tareas operativas y administrativas, siendo algunas de ellas control de ausentismo, confección de cronogramas de horarios de trabajo y vacaciones de cada profesional, armar esquemas de guardia, establecer conexiones con otros servicios del Sanatorio, revisar pautas de acción, realizar cambios en los horarios de las actividades, controlar que el dispositivo se encuentre en óptimas condiciones legales y de infraestructura, entre otras (Registro de campo, 29 de octubre de 2021).

Tal como plantea De León (2004), otra de las tareas del coordinador es planificar modificaciones en los tratamientos junto con el resto del equipo, con el fin de mejorar la calidad de los mismos. Esto se pudo observar en la práctica cuando la coordinadora y la terapeuta individual acordaron durante un pase de guardia cambiar a un residente de habitación, con el fin de exponerlo a nuevas relaciones interpersonales y situaciones que impulsen su evolución (Registro de campo, 1 de octubre de 2021). En esta misma línea, cabe destacar que la coordinadora es quien se ocupa de coordinar las visitas y salidas terapéuticas conforme al estado de situación, fase y nivel de tratamiento de cada residente, como así también de elaborar informes sobre el proceso de cada uno de ellos, los cuales frecuentemente son solicitados desde el contexto laboral de la persona, obras sociales o incluso desde la justicia (Registro de campo, 29 de octubre de 2021).

Cabe aquí hacer una aclaración: que la coordinadora se ocupe de cuestiones administrativas y organizativas no implica que no entable interacciones con los residentes. Durante la práctica pudo observarse que participa de algunas instancias de intercambio directo con los mismos, tales como las entrevistas de admisión, devolución de nivel y grupos de reflexión: en estos espacios, de acuerdo a la Lic. 1, es donde más cercana se encuentra al rol del psicólogo propiamente dicho (Registro de campo, 29 de octubre de 2021). Pese a la

cercanía que entabla con ellos en estas instancias, la Lic. 1 afirma que los residentes la asocian a un rol un poco más directivo, mientras que hacia los talleristas y la terapeuta individual desarrollan una mirada más uniforme (Registro de campo, 29 de octubre de 2021).

En las entrevistas de admisión, el rol se circunscribe a interrogar con el fin de conocer la historia del residente, su estado de situación actual y determinar si cumple con los requisitos de inclusión del dispositivo, como así también si cuenta con el grado de motivación necesario para comenzar el tratamiento (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). En la devolución de nivel, la coordinadora realiza un feedback semanal a los residentes respecto a su proceso, evaluando el cumplimiento de los objetivos planteados la semana anterior y comunicando al residente si sube, baja o se mantiene en el mismo nivel (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021.) En este sentido, durante la práctica fue posible presenciar una grata situación en donde un residente manifestaba su alegría por avanzar a la última fase del tratamiento, y le agradece a la Lic. 1 por dicho logro. En ese momento, otra de las residentes interviene y le corrige: “ella no lo hizo, vos lo hiciste”. En respuesta a ello, la Lic. expresa: “me sacaste las palabras de la boca”, reconociendo el logro del residente y atribuyéndole el mérito del mismo (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). En este sentido, la Lic. 1 destaca que la idea es favorecer la autonomía y devolver el rol activo a los residentes, quitándoles de ese lugar pasivo, de depositarios o “chivos expiatorios” de lo que ocurre a su alrededor, con el fin de que se planteen objetivos y puedan ser protagonistas de sus decisiones y responsables de sus acciones (Registro de campo, 1 de octubre de 2021).

De acuerdo a la Lic. 1, el rol del psicólogo en los grupos de reflexión es de “moderador y facilitador de la palabra del otro” (Lic. 1, Registro de campo, 22 de octubre de 2021). De esta manera, el rol profesional aquí es de “mediador” y consiste en dar lugar a la palabra, devolviendo la responsabilidad al residente y apartándose del “lugar del saber” (Registro de campo, 24 de septiembre de 2021). En estos espacios, las intervenciones

consisten no sólo en invitar a los residentes a expresarse, sino en promover la reflexión sobre situaciones que se encuentran atravesando, con el fin de lograr cierto grado de *insight*. Por ejemplo, en una oportunidad, una residente manifestó que le gustaría adornar su habitación de la CT -la cual compartía con otras compañeras-. Como consecuencia, la Lic. interpela con los siguientes interrogantes: “¿Qué es lo que cuesta tolerar de allí? ¿El vacío?” (Lic. 1, Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). Dado que se trata de una instancia grupal, a menudo la Lic. invita a cada uno de los residentes a aportar algo respecto al tema que se está tratando (Registro de campo, 24 de septiembre de 2021). En este sentido, en una oportunidad un residente expresó su malestar en relación a la restricción de fumar tabaco en el dispositivo. A raíz de ello, se llevó a cabo una problematización sobre el poder del cigarrillo, en donde la Lic. 1 invitó a los residentes a preguntarse, por ejemplo, en qué contextos fuman y qué sensaciones corporales produce el cigarrillo, con el objetivo de que puedan identificar qué función cumple el tabaco en sus vidas y puedan visualizarlo como una conducta adictiva más (Registro de campo, 29 de octubre de 2021; Registro de campo, 12 de noviembre de 2021). En esta misma línea, la Lic. 1 destaca la importancia de señalar que los grupos de reflexión no se trata de un lugar para la queja, sino para la expresión (Registro de campo, 24 de septiembre de 2021). En la práctica pudo observarse este trabajo reflexivo con los residentes, dirigido a ver “más allá de la queja” mediante intervenciones como, por ejemplo: “¿Qué hacen con el problema?” “¿Se quedan en la queja, o buscan una solución?” “¿Qué les parece que se puede hacer?” (Registro de campo, 29 de octubre de 2021). De esta manera, se pudo observar que el psicólogo en estos espacios interviene ante las dificultades pero sin dar soluciones, fomentando así el desarrollo de la autonomía (Registro de campo, 29 de octubre de 2021).

Tal como se mencionó en apartados anteriores, los residentes de la CT Morra suelen presentar una gran carencia en el registro de sus emociones: por este motivo, resulta

necesario que los profesionales les ayuden a reconocerlas y diferenciarlas. Una intervención útil para este objetivo es la psicoeducación, y un espacio propicio para ello son precisamente los grupos de reflexión. Esto pudo observarse en varias ocasiones: por ejemplo, cuando en uno de los grupos un residente expresó que sentía mucho sueño, desmotivación y ganas de ir a dormir, a lo cual la Lic. le sugiere que intente realizar actividades que le resulten placenteras, ya que éstas generan endorfinas y le pueden ayudar a salir de ese estado; de lo contrario, se producirá un círculo vicioso de malestar (Registro de campo, 12 de octubre de 2021). Asimismo, la Lic. 1 tuvo la oportunidad de psicoeducar a los residentes en estos espacios, marcando la diferencia entre la expresión de las emociones y la gestión de las mismas, como así también advirtiéndole que las emociones positivas y negativas pueden coexistir perfectamente (Registro de campo, 22 de octubre de 2021; Registro de campo, 29 de octubre de 2021). Para concluir este aspecto, la Lic. 1 destaca la importancia de contemplar el impacto de las intervenciones en los grupos de reflexión y prever el alcance de las mismas. En este sentido, señala la importancia de respetar los límites del espacio, dado que hay cuestiones que resulta pertinente trabajar en terapia individual o en los talleres: por este motivo, resulta necesario “aguantar la tentación” de indagar en ciertos temas, con el fin de no movilizar “cuestiones de más” (Registro de campo, 12 de noviembre de 2021).

Otra tarea llevada a cabo por la coordinadora del dispositivo son las entrevistas a los familiares de los residentes, las cuales se realizan de manera previa al ingreso en el dispositivo. Algunos aspectos abordados en estas instancias son: historia de consumo y tratamientos del paciente (cuánto duraron, si hubo abandonos, qué sabe la familia del consumo), el grado de registro y reconocimiento que posee el paciente de su problemática, la frecuencia del consumo (en caso de que exista) y las conductas que aparecieron desde que la familia se percató del mismo (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). Retomando al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (1995), el consumo de

sustancias muchas veces se encuentra acompañado de consecuencias negativas recurrentes, tales como el incumplimiento de obligaciones, consumo en situaciones de riesgo, problemas interpersonales exacerbados por la sustancia, e incluso problemas legales derivados de ella. En este sentido, en las entrevistas familiares se indaga sobre el impacto de la adicción en el ámbito social y académico, presencia de alucinaciones o episodios violentos, problemas en la vía pública, denuncias o venta de objetos con el fin de obtener dinero para sostener la conducta adictiva (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). También se recaban datos de la infancia, especialmente si ha existido hiperactividad o conductas disruptivas con autoridades: la importancia de indagar en este aspecto radica en obtener indicios sobre qué tan receptivo puede llegar a ser el paciente a los señalamientos, y cómo reacciona ante la puesta de límites (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). Asimismo, se interroga sobre aspectos inherentes a la familia, tales como antecedentes familiares de consumo, de enfermedades psicopatológicas y las expectativas familiares del tratamiento en CT: en palabras de la Lic. 1, “qué están dispuestos a acompañar y qué no” (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). Por último, se indaga sobre antecedentes clínicos del paciente: alergias, convulsiones, problemas cardíacos y traumatismos, con el fin de descartar la presencia de daños cognitivos (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021).

Cabe destacar que las entrevistas familiares no son la única instancia de intercambio entre la coordinadora del dispositivo y la red de apoyo del residente: durante la práctica fue posible presenciar conversaciones telefónicas en donde se hace presente la psicoeducación y se acuerdan algunas intervenciones de manera conjunta con el grupo familiar. En una de ellas, la Lic. le comunica a un familiar que una medida que habían elegido para disminuir el consumo del residente (brindar un beneficio material para recompensar el “no consumo”) no era conveniente, dado que podía predisponer al paciente a realizar especulaciones. Asimismo, le advierte la familia la importancia de sostener los límites y mostrar coherencia interna, dado

que una mínima fisura discursiva podría favorecer recaídas en el residente. A propósito de ello, la Lic. le propone al familiar confeccionar un acuerdo por escrito, en donde se explicita aquello a lo que se comprometen tanto el paciente como la familia, e incluso las decisiones que se tomarán en caso de no cumplirse el acuerdo. Asimismo, sugiere que todos firmen el acuerdo -inclusive la Lic.-, aclarando que no se trata de un acta con validez institucional sino simbólica, con el fin de que el residente lo tome con seriedad (Registro de campo, 12 de noviembre de 2021).

Existe otra actividad en la cual el rol de la coordinadora del dispositivo en la CT Morra adquiere gran protagonismo: las reuniones de equipo. Debido al puesto que ocupa dentro del dispositivo, la Lic. 1 es quien encabeza y modera estos espacios (Registro de campo, 20 de octubre de 2021). No obstante, tal como plantea Rodríguez Cueto (2010), en el trabajo en equipo las jerarquías se disuelven pese a la existencia de un líder. Esta horizontalidad de la que habla el autor se encuentra presente entre los profesionales de la CT Morra y puede observarse, por ejemplo, cuando la coordinadora invita al resto de los profesionales a participar, compartir sus experiencias e involucrarse en el diálogo (Registro de campo, 20 de octubre de 2021). A su vez, durante las reuniones fue posible observar que la coordinadora realiza análisis críticos sobre las situaciones de los residentes. A modo de ejemplo, a continuación se cita un fragmento en donde la Lic. 1 realiza un breve análisis sobre el caso particular de una residente:

El no transgredir pautas es un eje de trabajo, porque siempre está intentando ir un paso más allá de lo que puede, siempre está pidiendo algo más. No sólo lo de salir en horarios de visitas, ayer en asamblea pidió si podía tomar cafecito los fines de semana, y eso que ella presenta desde la inocencia es algo que ella utiliza en los vínculos . . . lo hace desde la sutileza y la palabra (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Mediante estas lecturas, la coordinadora contribuye a ampliar la mirada de los demás profesionales, con el fin de enriquecer sus intervenciones. Por ejemplo, en el caso de la residente que presentó una crisis de ansiedad, la Lic. 1 explica al resto del equipo la raíz de estos episodios: en este caso, relacionado con el inicio del proceso terapéutico y con las circunstancias vigentes en su entorno familiar. A su vez, invita al resto del equipo a tener paciencia y advierte que pueden volver a ocurrir episodios similares, hasta tanto la residente logre asimilar los cambios que se encuentra atravesando a nivel personal:

Hay que acompañarla, y como nunca se permitió esas situaciones se asusta. Por ahí lo confunde con sensaciones físicas, como dolor en el pecho. Puede volver a pasar, quizá no con la misma intensidad, pero siempre se ha contenido y ahora está empezando a expresar, entonces nos vamos a encontrar con desborde al principio. Puede ser que tenga más crisis a medida que va reconociendo y la familia la va confrontando (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Retomando el aporte de Roldán Intuxsta (2010), los profesionales de las CT se enfrentan al desafío de lograr intervenciones eficaces pese a la diversidad de formaciones académicas existentes entre ellos. En este sentido, la Lic. 1 explica que resulta preciso aunar criterios y miradas en el abordaje de los residentes, para que haya coherencia en el tratamiento y, de esta manera, todos los miembros del equipo "vayan en la misma dirección" (Registro de campo, 29 de octubre de 2021). Con el fin de lograr este criterio unánime de intervención, pudo observarse que a menudo la coordinadora refuerza protocolos de acción ante determinadas situaciones como, por ejemplo, sospechas de consumo. A continuación, se citan algunos ejemplos de ello:

Lo apropiado es proceder a hacer una revisión. Se colocan los guantes y revisan entre las pertenencias, le avisan que es parte del procedimiento, se pueden quedar ellos en

la puerta . . . Revisar todo, mesita de luz, bolsillos, colchón, armario (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

El encendedor no puede salir de la cocina, no tiene por que salir de ahí; sino, se volverá a tenerlo atado con cinta. O está en la cocina, o con nosotros en el bolsillo.

Revisemos el baño, demos vueltas por las habitaciones (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

En estos fragmentos se puede observar cómo la Lic. 1 instruye al equipo sobre la importancia de actuar con astucia frente a cualquier movimiento extraño o poco habitual por parte de los residentes, ya que, tal como se planteó en “Competencias y Responsabilidades”, pueden constituir intentos de enmascarar alguna conducta no deseada (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021). En esta misma línea, se pudo observar que la Lic. 1 invita al resto del equipo a revisar el material de marcas, remarcando que cuentan con el criterio suficiente para poder decidir y bajar de nivel (Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Si tienen dudas y la transgresión del residente es para una bajada inmediata lo preguntan, pero lo importante es avisar en el momento de cosas graves, no esperen hacia el final de la guardia. Una cosa es olvido de medicación, otra cosa es agresión o consumo, eso es digno de bajada inmediata de nivel o incluso suspensión (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Cabe destacar que estas indicaciones se encuentran acompañadas de una actitud empática para con el resto de los colaboradores, y son impartidas con el fin de mejorar la calidad de sus intervenciones. Esto se puede observar en el siguiente fragmento, enunciado por la coordinadora del dispositivo en una reunión de equipo hacia el resto de los profesionales:

Sé que a muchos les cuesta poner marca más si eso va asociado a bajada de nivel, pero empezamos a tomar esto con más naturalidad, seamos menos reactivos. Sabemos

que es perjudicial para ellos pero también es parte del modo de funcionamiento disfuncional de esa conducta, y hay que acompañarlo. Manejemos el rechazo nuestro antes de hacer la intervención (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

A modo de síntesis, es posible afirmar que el rol de coordinador demanda una labor compleja, puesto que requiere de disponibilidad las 24 horas del día por parte del profesional en función de los distintos sucesos que ocurren diariamente en el dispositivo, inclusive los fines de semana (Registro de campo, 29 de octubre de 2021). Asimismo, es importante destacar que si bien muchos de los aspectos que le competen al coordinador del dispositivo generalmente no son contemplados en el imaginario sobre el rol del psicólogo en una CT, resultan fundamentales para garantizar el correcto funcionamiento del dispositivo, tanto en lo estructural como en lo terapéutico (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

8.2.2.2 El Psicólogo como Psicoterapeuta Individual

Tal como se ha expuesto en “Características de la Comunidad Terapéutica Morra”, cada residente cuenta con su espacio de psicoterapia individual de manera semanal. Sin embargo, retomando el planteo de Roldan Intuxsta (2010), las crisis aparecen regularmente en los residentes, motivo por el cual en ocasiones este espacio es demandado de manera espontánea: “puede ser que se haya entrevistado a la persona ayer u hoy, pero por una situación X la persona está movilizada y en ese momento puede demandar la atención espontánea, entonces intervenimos. También si la persona tiene crisis de abstinencia” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Durante una instancia de entrevista, la Lic. 4 explica que el rol de terapeuta individual está generalmente asociado al de terapeuta de consultorio, quien recibe al paciente una vez por semana (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). No obstante, en las reiteradas asistencias a la CT Morra, pudo observarse que el rol del psicoterapeuta individual no se

reduce a las sesiones particulares, sino que se caracteriza por la convivencia y la interacción con los residentes:

Creo que es un rol muy inusual que yo vivo construyendo también digamos, no sé la verdad como funcionan otras comunidades pero sí que por ahí el terapeuta tiende a ir una vez a la semana, dos veces a la semana, en cambio mi rol es terapeuta individual y convivir al mismo tiempo con los residentes (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

En la CT Morra, el convivir implica no sólo acompañar las actividades cotidianas sino también realizar señalamientos y marcar límites: “el vínculo que construís es muy diferente también, no es lo mismo ver a un paciente una vez a la semana o cada quince días que verlo todos los días” (Lic. 4., Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). En este sentido, la Lic. 4 explica lo siguiente:

Es muy característico de las comunidades el estar a la par e ir marcando conductas en las pequeñas cosas que van haciendo en el día a día, señalando qué pueden hacer en ese momento, si aparece alguna emoción en el día, durante la mañana que es por ejemplo el horario en el que yo estoy . . . Esto es un proceso donde uno va acompañando todos los días, uno va acompañando desde la escucha, desde el hablar, desde el ir entrenando en habilidades o recursos que cada uno de forma individual necesite, y generando aprendizajes (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Siguiendo a De León (2004), a diferencia de una sesión de psicoterapia en donde la exposición del sujeto es acotada, las circunstancias que integran la vida en una CT dejan al descubierto aspectos de su personalidad que quizás, en otro contexto, no se harían visibles (De León, 2004). En relación a ello, la Lic. 4 expresa que la cotidianeidad de la CT conlleva

la aparición de emociones distintas a las que afloran en el consultorio, tales como enojo e irritabilidad:

Mi rol como terapeuta también conlleva que quizá me exponga a que los otros sientan más emociones en cuanto yo les digo algo que no me gusta, si les marco... eso ya genera malestar y enojo que de alguna manera puede repercutir después en que esa persona se abra o no a compartir conmigo (Lic. 4., Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

La psicoterapeuta individual se encarga no sólo de llevar a cabo las entrevistas y realizar el seguimiento de cada residente, sino también de trabajar de manera conjunta con el resto del equipo, informando sobre cambios o situaciones relevantes que acontecen en cada tratamiento, sin dejar de resguardar el secreto profesional. Esto significa que, si bien en las sesiones de psicoterapia se tratan aspectos personales que no se comparten en los talleres, en ocasiones se abordan los mismos temas en ambos espacios, pero de maneras diferentes (Registro de campo, 2 de septiembre de 2021) En palabras de la Lic. 1:

Si se está trabajando un vínculo particular el psicólogo informa un poco esto, no el detalle de las entrevistas pero sí que se está trabajando sobre este tema, para que estemos atentos a ver si aparece ya sea en otros talleres y espacios de grupo, para que de alguna manera nos vayamos comunicando y dando del dato de que esas son las situaciones que van movilizándolo a la persona (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Por su parte, la Lic. 4 se expone más sobre este punto durante una instancia de entrevista:

Mi rol es seguir también el proceso terapéutico de cada uno, es decir, además de las entrevistas en las cuales vamos trabajando aspectos singulares y particulares voy haciendo también un seguimiento sobre qué vienen trabajando en los talleres, qué es

lo que vienen trabajando en los diferentes espacios terapéuticos y lo vamos abordando. Pero principalmente conmigo profundizan más en aquellos aspectos personales, individuales, que no comparten quizá dentro del grupo que a veces es más desde la historia personal, episodios traumáticos, vínculo con la familia, relaciones disfuncionales, estos suelen ser por ahí los temas que más suelo trabajar yo en el proceso individual, o cuando aparece por ejemplo alguna situación puntual más que psicoeducar sobre adicciones, creo que eso ya está y se ve constantemente en los talleres, entonces yo ocupo otro rol que es como más personal (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Las intervenciones dentro de la terapia individual se dirigen, en términos de la Lic. 4, a “permitirse sentir emociones” y a “construir una vida valiosa” (Lic. 4, Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). En primer lugar, se abordan principalmente aspectos de la historia vital del residente, al tiempo que se trabaja la exposición a emociones primarias y situaciones traumáticas (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). Asimismo, se trabaja en la identificación de conductas problema y el abordaje de patrones evitativos característicos de las adicciones mediante distintas tareas y actividades, con el fin de ampliar el repertorio de conductas adaptativas y, paralelamente, reducir el de conductas desadaptativas (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021; Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Siguiendo los aportes de Díaz et. al., (2012) es posible afirmar que estas intervenciones, dirigidas a producir cambios en la conducta, se basan en los principios del condicionamiento clásico y operante, propios de las terapias de primera generación.

Dado que el motor de la conducta adictiva es la evasión del malestar, también se trabaja en el entrenamiento de mecanismos de afrontamiento, es decir, en aprender a transitar el malestar en lugar de suprimirlo con la conducta adictiva (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). El objetivo es, de esta manera, trabajar el mecanismo evitativo de

emociones displacenteras, con el fin de “perderles el miedo” y aprender a convivir con ellas (Lic. 4, Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). Asimismo, dentro del espacio de terapia individual también se trabaja en romper discursos provenientes del imaginario social, el entorno familiar o incluso del paso por otros dispositivos, con el fin de modificar ciertos mecanismos defensivos rígidos (Lic. 1, Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). El objetivo de estas intervenciones es modificar los procesos cognitivos que sustentan los patrones disfuncionales de pensamiento y, por ende, de comportamiento: por este motivo, es posible afirmar que dichas intervenciones se encuadran dentro de las terapias de segunda generación (Díaz et. al., 2012). No obstante, en las sesiones de psicoterapia individual de la CT Morra también se trabaja en el registro de las emociones, focalizando la atención en el presente y empleando herramientas de *mindfulness* y conciencia plena, métodos que, retomando los aportes de Mañas Mañas (2007), son característicos de las terapias de tercera generación (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). De esta manera, es posible afirmar que en las sesiones de terapia individual se trabaja desde las tres generaciones de terapia de la conducta, en la medida en que no sólo se utilizan técnicas conductuales, sino también cognitivas y de la tercera generación.

Cabe destacar también que el enfoque de las intervenciones se encuentra sujeto a la fase de tratamiento que se encuentre atravesando cada residente: por ejemplo, con quienes se encuentran en fase 3, se trabaja fuertemente en la exposición al afuera (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). Respecto a las dos primeras fases, la Lic. 4 explica lo siguiente:

Yo intento ir un poco siguiendo las fases en las que van los residentes. Entonces, cuando apenas ingresan al tratamiento, intento ir y empezar a profundizar o trabajar un poquito más la conciencia de la enfermedad, las consecuencias de la adicción, las consecuencias del tratamiento... profundizamos más que todo en lo que es adherirlo.

Una vez adentrado el tratamiento, ya en fase dos, ahí trabajamos mucho

autoconocimiento. Entonces empezamos a trabajar cada uno con su singularidad y cosas que esté atravesando en ese momento: si está atravesando una separación, situación traumática o lo que tiene que ver con la ansiedad... Pueden ser múltiples las cosas que vamos trabajando (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Retomando los aportes de Becoña Iglesias et al (2011) y Casas et al (2011), las intervenciones llevadas a cabo en las CT están dirigidas a la prevención de recaídas y al logro de una vida libre de adicciones. Cabe aquí destacar que se entiende por recaída no sólo al consumo de sustancia o la ejecución de la conducta adictiva, sino también a todas aquellas que favorezcan o denoten la persistencia de la adicción. En palabras de la Lic. 4:

De alguna manera, el repetir un patrón adictivo es una situación de recaída: mentí, manipulé, hice todo pero no terminé consumiendo. Entonces yo lo trabajo con todos los residentes a esto, qué pasó qué volviste a repetir esa conducta más allá del consumo (Lic. 4., Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Si bien las recaídas ocurren con frecuencia, la psicoterapeuta individual afirma que “el contemplar recaídas no es justificarlas”. Por este motivo, estos episodios son abordados en la CT Morra a través de la cadena de reincidencias, la cual consiste en identificar, a través del análisis funcional de la conducta, aquellas primeras señales que desencadenan la reaparición de la conducta-problema:

Entonces, en la cadena de reincidencias trabajamos desde el análisis funcional la aparición de las primeras señales: cuando aparece la angustia, la tristeza, y yo ya las reconozco como emociones que pueden llevarme... Bueno, a ver: ¿Qué estrategias implementamos en este momento? Estrategias que tengan que ver con una intervención en crisis o un plan de crisis puntual, estrategias para disipar el craving, estrategias para regular la emoción que estoy sintiendo, hacer una acción opuesta,

resolver el problema, comunicarse con otros... Reconocer cuál es el pensamiento que estás teniendo, y que se trata sólomente un pensamiento.

Hacemos análisis funcional y análisis de solución: ¿Qué habilidades podrías haber aplicado en ese momento? ¿Por qué no las aplicaste? ¿Porque no las conocías? ¿Porque te ganó el impulso? Y entrenar esas habilidades (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Por otro lado, se interrogó a la Lic. 4 sobre las competencias necesarias para su desempeño como psicoterapeuta individual, entre las cuales destaca la escucha activa, la validación, la empatía y la asertividad, principalmente a la hora de marcar y señalar ciertas conductas (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). La validación ocupa un lugar fundamental dado que, si se comete el error de minimizar las emociones del otro, esto puede tener una repercusión negativa en el avance del tratamiento (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). De esta manera, la Lic. engloba su rol en tres palabras claves: escucha, contención y límite (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

El recurso que para mí como terapeuta no tiene que faltar es la validación constante, es motivar pero más que todo validar, es bueno a ver, si se siente de esa forma está bien, si te pasó cierta situación... o sea, es validar constantemente la emoción o lo que los otros están atravesando. Y también tiene que ver con esto de poder señalar algo, poder transmitirle algo al otro de una manera gentil, amable, de una manera en la que uno esté escuchando al otro, más que todo siendo genuino. Ser genuino es decir mira, esto te va a llevar al consumo, creo que esto no está bien, sin la necesidad de una comunicación asertiva también poder ser genuino, poder transmitir cuál es la mirada profesional que uno tiene. Está bueno, creo que son las cualidades principales... el estar atento, prestar atención a lo que el otro hace, dice, validar constantemente,

tampoco que sea exagerado pero que el otro se sienta escuchado y se sienta entendido (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Con respecto a la escucha, se trata no sólo de oír -fisiológicamente hablando- lo que el otro está comunicando sino también de mantener la concentración, lo cual en ocasiones se dificulta debido a la dinámica propia de la CT:

Porque a veces en esto de estar y convivir estás hablando con uno, te llama el otro para hablar, para abrir la heladera, entonces tenes que decir “no, no, pará, pedime esto, presto atención en esto”. A veces sucede que en la misma dinámica uno tiende a perder la atención (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

En este sentido, la Lic. 4 explica en base a su experiencia los beneficios de, como terapeuta, emplear las herramientas del mindfulness, con el objetivo de conectar de manera más efectiva con el momento presente:

La vida cotidiana lleva a veces a estar en este piloto automático en el que voy con un paciente, lo escucho y quizá mi mente está pensando en que tengo que ir a comprar, entonces hay que ser consciente y volver a esa escucha atenta. Sin juzgarnos tampoco porque es parte de la vida cuando quizás tenes un paciente atrás del otro, uno tiende a irse por un momento pero bueno, soy consciente y vuelvo.

Yo constantemente cuando siento que “me voy”, vuelvo a mi respiración. Cuando estoy en alguna sesión, vuelvo a mi respiración y me vuelvo a conectar digamos, tomo un vaso de agua... Una técnica que hago entre un paciente y otro es: me tomo un vaso de agua, salgo un poco del consultorio donde estoy antes de volver a hablar con otro paciente... sino es como que mi mente sigue en lo que hablé recién. (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Resulta fundamental también en el desempeño del rol del psicoterapeuta individual en CT la paciencia, la tolerancia a la frustración y el respeto por los tiempos de cada residente.

Así lo expresa la Lic. 4 en una instancia de entrevista:

Creo que a veces el proceso conlleva su tiempo, ¿no?. Pueden pasar muchos factores: puede ser que del otro lado no haya disposición o todos los recursos, es decir, la persona sigue estando ansioso, pero durante toda la semana no practicó nunca los ejercicios que vos le diste para hacer, no está poniendo en práctica las habilidades de los recursos, las cosas que yo estoy recomendando... Es como que, si bien te estas quejando de esto y querés algo distinto, no estés haciendo nada diferente para esto... Después también hay muchas personas que hacen y que se motivan, y ese tiempo lleva un proceso de cambio, aunque a veces vuelven a caer en la misma trampa (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

No obstante destaca la importancia, en tanto terapeuta individual, de no asumir un rol directivo: en primer lugar, porque el mismo resulta inherente a otros profesionales, y en segundo lugar, porque esto también puede afectar la confianza por parte de los residentes al momento de las sesiones individuales (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). En palabras de la Lic. 4:

Hay que estar ahí como buscando el equilibrio, si hay algo que tengo que marcar o señalar lo marco, pero al mismo tiempo intento no tomar un rol muy directivo... Si yo tomo un rol muy directivo, un rol muy autoritario, que quizá es más para el coordinador o algunos operadores terapéuticos, puedo llegar a romper ese límite que no le permita al otro luego profundizar o querer hablar o tocar ciertos temas en los momentos en los cuales disponemos para las entrevistas individuales. Entonces tengo que irlo manejando, ir buscando ese equilibrio (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Retomando los aportes de García Barthe (1997), toda acción ejercida por un psicólogo clínico posee un efecto sobre las personas. Por este motivo, al momento de ejercer el rol, constituye un deber ético y deontológico reconocer los propios límites, no sólo en relación a la historia y las vivencias subjetivas de cada profesional, sino también respecto al conocimiento y la formación teórica de cada cual. Así lo recalca la Lic. 4 durante una instancia de entrevista:

Es parte de ser un buen terapeuta el saber conocer cuál es tu límite personal, hasta dónde podés ayudar al otro, hasta dónde sabés también. A ver, si yo no conozco de trastornos alimentarios, yo no sé si me voy a poner a atender a un paciente que tiene si no estoy acompañada, guiada por alguien o me propongo investigar sobre ese tema y trabajar sobre ese tema (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

8.2.2.3 El Psicólogo como Psicoterapeuta Familiar

Becoña Iglesias et al. (2011) le otorgan un lugar importante dentro de este proceso dado que, en ocasiones, la patología adictiva se encuentra presente en otros miembros, o bien actúa como señal de malestar en el grupo familiar. Estos enunciados se vieron reflejados tanto en la experiencia de práctica como en el testimonio del Lic. 3, psicoterapeuta y tallerista familiar de la Comunidad Terapéutica Morra. El mismo destaca la importancia de trabajar con familia en adicciones no sólo para generar motivación en el residente, sino también para educar: esto es, desnaturalizar la adicción y problematizar patrones de comportamiento que la misma conlleva y que, generalmente, se encuentran también presentes en el núcleo familiar. Muchas veces, la motivación para el tratamiento aparece en el residente luego de la problematización: por ende, si nada cambia en el entorno, difícilmente surja la motivación (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021). Durante los talleres, fue posible observar cómo los familiares expresaban con dolor el padecimiento de su ser querido y manifestaban el anhelo de encontrar en este tratamiento una salida, al tiempo que brindaban

contención a otras familias en momentos de catarsis. En este sentido, es posible afirmar que el intercambio con otras familias que transitan por una situación similar resulta altamente enriquecedor para la red de apoyo, ya que favorece el sentimiento de identificación y transmite esperanza: “la familia necesita conocer la enfermedad, necesita psicoeducación, necesita tener herramientas, y poder ver que no es natural, que no es la cotidianidad, que hay otras familias que están pasando lo mismo, que hay tratamientos, que hay opciones” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Tal como se planteó en “Funciones del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica Morra”, la mayoría de los profesionales del dispositivo trabajan desde las terapias de tercera generación, y el caso del Lic. 3 no es la excepción:

Mi formación particular es en terapias contextuales, una de ellas es DBT, es una de las principales (...) mi formación está más en eso y mucha experiencia de trabajar en dispositivos: en comunidad terapéutica con todo este abordaje en terapias contextuales, y en adicciones durante muchos años (Lic. 4, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Sin embargo, y de acuerdo a Llorente et. al. (2011), en las CT se aplican con frecuencia técnicas conductuales basadas en el condicionamiento operante, y estrategias cognitivo-conductuales enfocadas en ayudar al paciente a identificar y modificar los pensamientos y conductas que favorecen la persistencia de la adicción. Esto puede verse reflejado en el relato del Lic. 3, quien explica que las intervenciones en la CT Morra se enfocan tanto en el reforzamiento de conductas adaptativas como en el registro de emociones:

Nosotros trabajamos desde un estilo muy conductual. Entonces las intervenciones están apuntadas a reforzar cambios en el patrón familiar, cambios en el sistema familiar, reforzar conductas validantes de la familia, colaborar con el registro de emociones que están asociadas a las codependencias como culpa, miedo u

obligaciones que siente el paciente y que terminan siendo un obstáculo para problematizar la enfermedad, porque no permiten que tenga conciencia de hasta dónde ha llegado la adicción en su vida, y como han ido salvándolo y rescatándolo de las propias consecuencias de la adicción (Lic. 4, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Si bien en el dispositivo predomina el abordaje desde las terapias de la conducta, en el abordaje familiar resulta también necesario adoptar una mirada holística, contemplando los distintos factores que se ponen en juego en las dinámicas familiares: “hay que tener una mirada más sistémica, una mirada de cómo funciona la dinámica familiar, cuáles son los reforzadores que la familia ejecuta, y poder estar atentos como terapeutas a cómo funciona ese sistema de reforzadores de conducta” (Lic. 4, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En este sentido es posible afirmar, a partir de lo observado, que el trabajo con la red de apoyo permite al psicoterapeuta conocer en mayor profundidad la dinámica familiar, identificar patrones de comportamiento y reconocer los roles que juega cada uno de los miembros en relación a la problemática, con el fin de aplicar las intervenciones más acertadas. En términos del Lic. 3:

Mientras más dispuesta esté la familia a acompañar, mejor, y mientras más familiares hay en la red de apoyo, mejor todavía, ya que de esta manera se puede observar cuáles son los roles que cumplen cada uno: quién juzga, quién minimiza, quién es codependiente, quien acompaña (Lic. 3, Registro de campo, 10 de septiembre de 2021).

En este sentido, Aguilar Gil y Olivar Arroyo (2010) sostienen que la importancia de trabajar de manera paralela con el entorno próximo al sujeto radica, en gran parte, en la prevención de acontecimientos que entorpezcan la evolución del residente, dado que su proceso y el de la familia son asincrónicos entre sí (Registro de campo, 2 de septiembre de

2021). Si los residentes no disponen de una red de apoyo dispuesta a colaborar con el tratamiento, es posible que el entorno no comprenda ciertos aspectos inherentes a la adicción, o no se encuentre preparado para los cambios derivados del tratamiento (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En el caso de la CT Morra, mientras algunos familiares presentan una actitud colaborativa con el tratamiento, otros buscan deshacerse de las responsabilidades que el mismo conlleva, con intenciones de “depositar” al familiar en el dispositivo (Lic. 3, Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). También se encuentran aquellos que intentan obstaculizar el curso del tratamiento:

Hemos tenido casos en que, por ejemplo, teníamos un residente que estaba sumamente comprometido con el tratamiento, y una esposa que lo volteaba todo el tiempo al tratamiento, queriendo que esté afuera, queriendo que deje el dispositivo, todo el tiempo insinuando este deseo de que salga de ahí y de que pueda estar con ella . . . y se fue trabajando con la familia en simultáneo, evaluando qué es lo que estaba sucediendo que aparecían estas conductas que llevaban a generar algunos mecanismos disfuncionales en el acompañamiento. Entonces es importantísimo trabajar en paralelo con la persona y con la familia (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En la CT Morra, el abordaje familiar se realiza a través de dos modalidades: seguimiento particular con cada familia, y talleres psicoeducativos grupales con frecuencia quincenal, destinados tanto a familiares del área ambulatoria como de la CT (Registro de campo, 24 de junio de 2021). En las entrevistas familiares se trabaja principalmente en el reconocimiento de ciertos patrones conductuales del residente, la puesta de límites y la identificación de pautas disfuncionales de comunicación (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Estas instancias suelen llevarse a cabo luego de las salidas terapéuticas:

Entremedio de los talleres solemos hacer alguna entrevista o contacto mediante llamada telefónica, o a veces mensajes o audio chequeando cómo les fue durante la

salidas terapéuticas, qué habilidades aplicaron, como acompañar, cómo sostener límites, colaborar con que la familia pueda acompañar la motivación del paciente, que a veces es fluctuante en la adicción (Lic. 4, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Los talleres constan de un programa fijo donde se trabajan distintas temáticas: psicoeducación, dialéctica, codependencia, mindfulness, regulación emocional, comunicación asertiva, validación, límites personales, contrato, reforzadores y prevención de recaídas (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Retomando el planteo de Lago (2013), una de las principales funciones del tallerista es aportar a los participantes conceptos específicos de la disciplina en la cual es competente. En base a lo observado, gran parte del rol del psicoterapeuta familiar en estos talleres consiste en psicoeducar a los participantes sobre estas temáticas, con el fin de reestructurar concepciones erróneas en relación a la adicción y lograr la adquisición de herramientas útiles para el tratamiento (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). En palabras del Lic 4, “es un programa de 8-9 talleres enfocados en conciencia de la enfermedad, visualizar cómo funciona el sistema familiar, y en incorporar habilidades de comunicación y regulación emocional” (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Respecto al rol profesional y la dinámica de los encuentros, el Lic. expresa lo siguiente:

Mi rol es verlos cada 15 días en el taller de familia, tener contacto seguido. Varias veces chequeando, sacando dudas, viendo cómo se aplica lo aprendido en los talleres al caso de ellos, cómo se ven reflejados los patrones de codependencia, estilos de comunicación, puesta de límites, prevención de recaídas, cómo se da la adicción en el contexto de ellos, qué particularidades tiene el caso (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

A lo largo de los talleres ha podido observarse que, producto de emociones muy

intensas o en el afán de cuidar al residente, la familia puede presentar conductas que no colaboran con el tratamiento (Registro de campo, 21 de septiembre de 2021). Es por este motivo que muchas de las intervenciones en los talleres familiares se dirigen a la identificación, por parte de los participantes, de las consecuencias de su propia conducta en la persistencia del patrón adictivo, trabajándose así en la codependencia. De acuerdo al Lic. 3, la codependencia funciona como una adicción en sí misma en tanto presenta síntomas similares a los de la patología adictiva (Registro de campo, 2 de noviembre de 2021). Retomando los aportes de Pinel (2007), los sujetos que padecen consumo de sustancias desarrollan un estado de menor sensibilidad a la droga como consecuencia de la exposición repetida a la sustancia: de la misma manera, el codependiente desarrolla gradualmente tolerancia a las conductas de su familiar: “lo que antes le resultaba chocante, ahora le parece normal y tolerable” (Lic. 3, Registro de campo, 2 de noviembre de 2021).

Producto de la codependencia es común que, durante la fase de recuperación, algunos familiares ejerzan conductas sobreprotectoras para con su familiar, brindando en ocasiones sugerencias al equipo profesional: “No le digan esto a porque no le gusta”, “No sé si le va a gustar el grupo, no se concentra” (Registro de campo, 2 de noviembre de 2021). Asimismo es habitual que, con el fin de evadir la colocación de límites o evitar la aparición de crisis o agresividad en el residente, el familiar lo “rescate” de las consecuencias negativas de la adicción: “le avisamos al jefe que está enfermo cuando en realidad está consumiendo, pagamos las deudas cuando saca créditos... Seguimos solucionándole la vida” (Lic. 3, Registro de campo, 5 de octubre de 2021). Como consecuencia, el residente deja de cumplir con sus responsabilidades, es cada vez menos consciente de la gravedad de su adicción y el codependiente asume cada vez más tareas que afectan su funcionamiento en la vida diaria y su salud integral (Registro de campo, 2 de noviembre de 2021). En este sentido, el Lic. 3 transmite a los familiares la importancia de acompañar al residente en la resolución de sus

asuntos de forma independiente: “Nosotros somos sólo un faro en la recuperación: un faro que guía y acompaña, un faro que siempre está, pero no remamos el barco por ellos” (Lic. 3, Registro de campo, 2 de noviembre de 2021).

Para romper con la codependencia, el Lic. 3 explica a los familiares la importancia de problematizar, confrontar y no justificar ni desestimar conductas disfuncionales del residente por mínimas que sean, tales como permanecer en la cama fuera de horario, ausentarse a terapia o incluso obtener un dosaje positivo, ya que estos comportamientos construyen la recaída y, dentro de la comunidad, implicarían una marca o bajada de nivel. Incluso, invita a los familiares a replicar la dinámica empleada en la CT, mediante intervenciones como: “si quieren acceder a X beneficio, actúen de tal manera ya que el contrato funciona así, y si no lo cumplen, bajan de nivel” (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021).

Cabe destacar que el trabajo con reforzadores y contingencias no sólo aplica para los residentes, sino también para los familiares: en este sentido, el Lic. 3 recalca que constituye una obligación para los familiares enviar el informe posterior a las salidas terapéuticas sin calumnias ni omisión de información ya que, de lo contrario, “corresponde una marca para ustedes como familia” (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021). Esto se debe a que la familia, en términos del Lic. 3, “es la parte más saludable de la enfermedad” y precisamente por ello se espera que sea capaz de colocar límites sin que esto signifique recurrir a amenazas o discusiones, sino hacer uso de la comunicación efectiva (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021; Registro de campo, 2 de noviembre de 2021).

Por otra parte, el Lic. 3 explica a los participantes que el residente no es el único que sufre recaídas sino que también existen recaídas a nivel familiar, las cuales muchas veces aparecen como producto del desánimo que ocasionan las recaídas del residente: “otra vez consumió, tengo que avisar a los terapeutas, si les aviso me van a decir que baje el nivel, tengo que poner el límite, me cuesta un montón...” (Lic. 3, Registro de campo, 21 de

septiembre de 2021). A modo de prevención de recaídas, el Lic. 3 remarca la importancia de generar un clima de confianza para que el residente no oculte conductas, no tenga miedo de expresarse y la aparición de deseos de consumo -en el caso de quienes padecen adicciones a sustancias- no se convierta en un “tema tabú” (Lic. 3, Registro de campo, 21 de septiembre de 2021). Asimismo añade que, si el residente se expresa, es porque está intentando hacer algo para no recaer: por este motivo suele suceder que, cuando el paciente manifiesta su deseo de consumo, el mismo desaparece (Registro de campo, 21 de septiembre de 2021). Es por todo ello que el psicoterapeuta invita a los familiares a tener “buenos oídos” y validar el sentir del residente, sin juzgar ni castigar: en su lugar, aconseja realizar intervenciones tales como: “¿Tenés ganas de consumir?” “Qué bueno que me lo digas, gracias por contármelo”, “Gracias por abrirte, sé que debe ser muy difícil” (Lic. 3, Registro de campo, 21 de septiembre de 2021).

Siguiendo a Lago (2013), el tallerista pone a disposición su conocimiento de diversas maneras para la apropiación del mismo por parte de los participantes. En este sentido, a lo largo de los párrafos anteriores puede observarse cómo el psicoterapeuta familiar ilustra lo abordado en los talleres mediante un lenguaje sencillo, con el fin de que los participantes puedan visualizar con claridad el impacto de sus acciones u omisiones en la permanencia de la patología adictiva: “muchos de nosotros tenemos una parte condescendiente que ocasiona que nos dé culpa poner límites” (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021). Asimismo, en reiteradas ocasiones el Lic. 3 brinda ejemplos concretos de intervenciones para que los familiares implementen con los residentes, tales como: “¿Estás triste? Ok, andá a cortar el pasto con tristeza” (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021). A su vez, es posible observar que el psicoterapeuta familiar utiliza la primera persona al dirigirse a los participantes, incluyéndose en su discurso y entablando una mayor horizontalidad: “muchas veces los familiares juzgamos” (Registro de campo, 21 de septiembre de 2021), Mediante

estas expresiones, el psicoterapeuta empatiza con los familiares, valida emociones y favorece un sentimiento de identificación:

Nosotros como familia también tenemos patrones evitativos: muchas veces no queremos consultar para evitar sentir culpa, sentir miedo, evitar sentir dolor. Y esa evitación al sentir dolor, no querer confrontar y no querer decir para no tener esa pelea, no tener ganas de venir al taller porque hay relatos así... Hay cosas son patrones evitativos y por eso es súper importante que nos entrenemos en tolerar el dolor, en perderle el miedo a sentir. ya que el dolor no nos mata, el dolor nos hace más fuertes, nos da herramientas para poder soportar, para poder seguir adelante, para poder poner los límites (Lic. 3, Registro de campo, 21 de septiembre de 2021).

Por último, el Lic. 3 finaliza los talleres agradeciendo a los familiares su participación y, nuevamente, empatizando con ellos y validando sus emociones:

Gracias a todos por animarse a compartir y expresar ese dolor. Entiendo que a veces salimos movilizados de los talleres, pero los invito a que no tendamos a evitar esto... Porque muchas veces nos parece que, a la hora del taller... Se empieza a sentir esa previa de que tal vez me voy a sentir así, y no me dan ganas. Pero parte del sanar es poder experimentarlo (Lic. 3, Registro de campo, 21 de septiembre de 2021).

8.2.2.4 El Psicólogo como Tallerista Grupal

Tal como se describió en “Características de la Comunidad Terapéutica Morra”, de lunes a viernes los residentes participan de talleres terapéuticos con fines educativos: los días lunes de habilidades, los miércoles y jueves de fase, y los viernes de estimulación cognitiva. El objetivo de estos espacios es que los residentes puedan realizar una autoevaluación, trabajar sucesos relacionados a su historia y reflexionar sobre aspectos inherentes a la adicción (Registro de campo, 27 de agosto de 2021).

Retomando el planteo de Lago (2013), el tallerista formula objetivos y diseña actividades relacionadas a su disciplina y al marco teórico al que adhiere (Lago, 2013). En este sentido, la mayoría de estos talleres son abordados desde las terapias de tercera generación, por lo cual en ocasiones se llevan a cabo ejercicios de *mindfulness*. Es el caso del taller de habilidades, donde se da inicio al espacio con una meditación de aproximadamente 15 minutos. Para ello, el Lic. 7 convoca a los participantes a quitarse los zapatos y colocar los pies en una almohada. A lo largo de la meditación, el tallerista invita a escuchar los sonidos, centrar la atención en distintas partes del cuerpo y relajar poco a poco los músculos. Al finalizar, solicita un *feedback* a los participantes acerca de su sentir y el logro de un estado óptimo de relajación y concentración (Registro de campo, 13 de septiembre de 2021).

En la CT Morra, el taller de habilidades es diagramado desde la DBT: en consonancia con los aportes de Díaz et al. (2012) y Villalobos et al. (2012), el Lic. 5 sostiene que esta terapia es empleada generalmente en personas que padecen TLP, bipolaridad y/o adicciones, y su objetivo principal es trabajar en el control de los impulsos (Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Cada taller de habilidades posee temáticas específicas distribuidas en 4 bloques: regulación emocional, conciencia plena, aceptación radical y efectividad interpersonal (Lic. 5, Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). En lo que respecta a efectividad interpersonal, pudo observarse cómo el Lic. 5 psicoeduca a los residentes en relación a dos nociones específicas: validación y dialéctica. Explica que la primera consiste en tolerar diferencias y, al igual que el Lic. 3 en los talleres familiares, ejemplifica de manera clara y sencilla para una clara comprensión por parte de los participantes: “por ejemplo, decir que “acepto tu postura” es algo validante y algo invalidante es decir, por ejemplo, “no vas a cambiar” (Lic. 5, Registro de campo, 13 de septiembre de 2021). A su vez, destaca la importancia de validar a otras personas para “poder validarse a uno mismo” (Lic. 5, Registro de campo, 13 de septiembre de 2021). En esta misma línea, explica que la dialéctica es lo

opuesto a la polarización todo-nada y consiste “en poder ver, desde el medio, dos posiciones” (Lic. 5, Registro de campo, 13 de septiembre de 2021).

Siguiendo a Lago (2013), “resulta determinante la posición ante el saber que el coordinador asume” (p. 26). En este sentido, si bien resulta fundamental que el tallerista brinde a los participantes los conocimientos necesarios sobre los contenidos a trabajar, el Lic. 5 expresa que no pretende “dar clase” enfocándose en la teoría, sino más bien “bajar” este contenido a la práctica para facilitar su interiorización (Lic. 5, Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Por este motivo, es posible afirmar que los talleres de habilidades en la CT Morra no se reducen a la psicoeducación, sino que incorporan actividades que faciliten una mejor comprensión de los contenidos (Lago, 2013). Para ello, el Lic. 5 toma como guía un cuadernillo con actividades con el fin de ejercitar y poner a prueba los contenidos impartidos: una de ellas consiste, por ejemplo, en distinguir expresiones dialécticas de aquellas que no lo son, debiendo justificar las respuestas (Registro de campo, 13 de septiembre de 2021). Asimismo, utiliza ejemplos gráficos para ilustrar las distintas nociones trabajadas: para representar la dialéctica muestra ilusiones ópticas en la computadora que pueden interpretarse de diferentes formas, tales como cara y copa (Registro de campo, 13 de septiembre de 2021). Si bien los talleres son abordados desde la DBT, el tallerista emplea algunas técnicas provenientes de la corriente gestáltica como la dramatización, invitando a los participantes a “ponerse en el lugar del otro” o “contar, con la voz de la otra persona, lo que puede estar sintiendo” cuando se trabajan habilidades de efectividad interpersonal (Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Por último destaca la importancia, en cuanto a su rol como tallerista, de vivenciar las habilidades que enseña para poder transmitir las correctamente: “no sólo hay que estudiar teóricamente el manual, sino que también hay que practicarlo” (Lic. 5, Registro de campo, 11 de noviembre de 2021).

Los talleres de fase, coordinados por el Lic. 6, se organizan en torno a las distintas etapas del tratamiento desarrolladas en “Características de la Comunidad Terapéutica Morra”. Cabe destacar que, si bien cada fase tiene sus propios objetivos, el abordaje de las mismas en los talleres no es estructurado, de manera tal que quienes se encuentran menos avanzados en el tratamiento aprenden cuestiones inherentes a las fases siguientes. A su vez, esto favorece la motivación para continuar avanzando en el tratamiento (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

En primera instancia, al igual que en el resto de los talleres, aquí también se hace presente la psicoeducación. Esto pudo observarse, por ejemplo, cuando el Lic. 6 explica a los residentes que el consumo es la “cara visible” de otros asuntos internos (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). A modo de ilustración, realiza un gráfico en donde en el extremo izquierdo se encuentra “la previa” (etapa de consumo), en el medio el tratamiento y luego “la vida”, con una flecha hacia la derecha (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). En esa misma línea, agrega que el tratamiento no puede dar solución al problema de manera inmediata, ya que cuatro o cinco meses es poco tiempo en relación al tiempo de “previa”, donde poco a poco se fue gestando la adicción (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021).

Al igual que en el taller de habilidades, en el taller de fase las temáticas se trabajan mediante actividades dirigidas a lo vivencial, en su mayoría consistentes en la lectura y análisis del libro “Querer no es poder” de Washton y Boundy (2009). De esta manera, los residentes se encuentran ante el desafío de señalar lo que más les resuena y articular cada uno de los aspectos trabajados con su propia historia de vida (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Con el fin de lograr una elaboración más completa, suelen asignarse tareas con una semana de anticipación, “siempre con la posibilidad de que me escriban o me llamen al teléfono de la comunidad si hay alguna duda o demás” (Lic. 6, Registro de campo,

16 de noviembre de 2021).

En los primeros encuentros del taller de fase se trabaja sobre la estructura de la comunidad y su filosofía, como también en el criterio de las marcas, fases y niveles (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En los siguientes encuentros, se realiza un trabajo más conceptual, en relación a las etapas de la adicción planteadas por Washton y Boundy (2009): enamoramiento, luna de miel, traición, en la ruina y apresados (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En este sentido, pudo observarse que el tallerista ayuda a los residentes a identificar, mediante un mapa de vida en el pizarrón, tanto los episodios que les condujeron a la adicción como aquellos que les llevaron a “tocar fondo” y pedir ayuda (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). De esta manera, se trabaja en la identificación de situaciones perjudiciales para la persona (por ejemplo, discutir con familiares) como también aquellas que propician sus buenas conductas y les alejan de la adicción, tales como hacer terapia, participar en los grupos, expresar emociones, etc (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Paralelamente, en los talleres de fase se trabaja con reservas, definidas por el Lic. 6 como “personas, situaciones, o emociones que desestabilizan, ponen en riesgo la conciencia de enfermedad y pueden propiciar a volver al consumo” (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Se denominan de esa manera porque se encuentran “escondidas” en la persona: por este motivo, en los talleres se desarrollan estrategias para combatir las (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En ocasiones, ocurre que los residentes logran identificar sus reservas pero no las comparten en los talleres, con el fin de no advertir al equipo de su existencia y recurrir a ellas en caso de necesitarlo: “a veces se les pueden pasar por alto, pero también el residente sabe que existe esa reserva y no la quiere decir, y ahí partimos de que es importante la honestidad para poder trabajar” (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En este sentido, es misión del tallerista que el residente descubra

otras vías para canalizar sus emociones, y pueda hallar en otros lugares esa paz que encuentra en la adicción: “nuestro desafío es hacerles entender que la tranquilidad la pueden buscar por otro lado, y que se va a buscar hasta encontrar algo que los ayude” (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Retomando el aporte de Lago (2013), la modalidad de taller posibilita la expresión de cada integrante. En este sentido pudo observarse que, durante un taller de fase, una de las residentes confiesa que no respetó la hoja de ruta, e “hizo lo que quiso con los horarios” durante su salida terapéutica (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). A propósito de ello, el tallerista realiza las observaciones pertinentes: en este caso señala que, si bien la residente se adapta a la estructura de la comunidad, el mayor inconveniente se encuentra en el afuera (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). En otras palabras, pese a que la residente posee un buen desempeño dentro el dispositivo, el mismo no se mantiene fuera de él: “Por eso hay que seguir trabajando el afuera, la exposición” afirma (Lic. 6, Registro de campo, 16 de septiembre de 2021).

Retomando el aporte de Lago (2013), “el tallerista apuesta al surgimiento de una creatividad donde necesariamente algo de lo subjetivo debe darse” (Lago, 2013, p. 24). Es por ello que, luego de recorrer las instancias del taller llega el resumen de fase, en donde el residente realiza una revisión de lo trabajado, organizándolo a su gusto y poniendo en juego la inventiva: “es parar, mirar para atrás y mirar todo lo que trabajó” (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Durante la práctica pudo observarse cómo una residente presentó su resumen de fase, enlazando lo aprehendido con sus vivencias e identificando, con ayuda del tallerista, las incongruencias que pudieran existir entre ambas (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). Dado que esta exposición se realiza frente al tallerista y compañeros, el residente puede llegar a sentirse juzgado, evaluado o frustrado al comparar su proceso con el de sus pares (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Es por ello que el

Lic. 6 contribuye a instalar un clima de confianza que contribuya a disminuir el nivel de ansiedad del residente al momento de contar su historia (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Asimismo, pudo advertirse cómo el Lic. 6 lleva a cabo intervenciones características de la TCC en esta instancia, como la reestructuración cognitiva: “¿Qué es lo peor que podría pasar al presentar el resumen? A lo sumo, tendrían que rehacerlo” (Lic. 6, Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). A su vez, en otras oportunidades fue posible observar que el tallerista invita a los residentes a aplicar más técnicas de la TCC, como la desensibilización sistemática. Esto pudo apreciarse cuando un residente expresó que, durante una salida terapéutica, el permanecer en su cuarto le rememoraba a sus momentos de consumo en este espacio (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). En este sentido, el tallerista señala la importancia de no evitar ciertos lugares (E.C) asociados al consumo (E.I), sino a debilitar cada vez más la asociación entre ambos mediante la desensibilización sistemática: esto es, exposiciones graduales a ambos estímulos de manera conjunta con el fin de eliminar la respuesta condicionada (Registro de campo, 16 de septiembre de 2021).

Retomando el planteo de Lago (2013), el taller debe planificarse en función de cada participante, teniendo en cuenta su recorrido y acercando a cada uno de ellos los recursos más acordes a su singularidad. En este sentido, el Lic. 6 señala la necesidad de aplicar la creatividad y la versatilidad en los talleres de fase: “si quiero que todos los residentes trabajen de la misma manera, estoy totalmente errado” (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En este sentido, marca la importancia de no exigir o “poner presión de más”, para no generar frustración, entendiendo que los tiempos son diferentes para cada paciente. Asimismo, destaca la importancia de transmitir esto a los residentes, de manera que “si un compañero avanza y él no, que comprenda cada paciente que cada uno tiene su tiempo . . . y si quiere hacer todo rápido, frenar y comentarle que la idea no es hacer rápido las cosas, sino que le sirva” (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Respecto a su rol como tallerista, el Lic. 6 destaca la paciencia, la comprensión y la capacidad de “dar alojamiento” como competencias claves en el desempeño de su rol:

Es importante comprender al otro para poder ayudarlo, siendo paciente y ser su sostén, porque muchas veces los residentes pasan una semana muy pesada y es importante comprenderlos, a la vez hay que ser compasivo, sobre todo en los momentos de tocar fondo, que es algo muy fuerte, porque están pasando por lo peor de su vida, son situaciones que nadie quiere volver a pasar, ya sea de violencia, abuso, o lo que fuera. Dentro del taller por lo general los pacientes se abren y cuentan esas cosas, pero hay que estar ahí para contenerlos, frenar, dar un vaso de agua, un abrazo... un: “Bueno, ¿quieres que sigamos con un compañero, y después volvemos?”... que sea un momento de alojamiento (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Asimismo comenta que, antes de iniciar su jornada, se informa acerca de lo ocurrido en momentos que no estuvo presente con el fin de realizar las intervenciones pertinentes: por ejemplo, asignar actividades individuales a quienes hayan tenido conflictos con el fin de prevenir situaciones problemáticas durante el desarrollo de los talleres (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En este sentido, refuerza la importancia del trabajo en equipo, la comunicación entre los talleristas y la actualización de la información semana a semana para estar al tanto de la situación de cada residente (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Por último, durante la práctica pudo observarse que las adicciones a sustancias producen diversas consecuencias a nivel cerebral que afectan las funciones ejecutivas: esto se vio reflejado, por ejemplo, en la lentitud que presentaban algunos residentes al hablar. Es por ello que en la comunidad terapéutica se realizan talleres de estimulación cognitiva, los cuales se encuentran a cargo de la psicoterapeuta individual. La finalidad de estos talleres es

ejercitar funciones cognitivas que en muchos pacientes se ven afectadas a causa del consumo: memoria, atención, lenguaje, cálculo, entre otras (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021).

Algunos ejercicios se realizan en papel y otros en formato audiovisual: la diversidad de modalidades de trabajo contribuye, precisamente, a la puesta en marcha de diversas funciones ejecutivas (Registro de campo, 3 de diciembre de 2021). Fue posible observar que ciertas actividades lograban ser resueltas con mayor dificultad que otras: incluso, algunos residentes se resignaban ante el desafío que implicaba resolver determinados ejercicios (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Esto se debe, entre otros factores, al nivel de afectación neuronal producido por las sustancias: de hecho, existen ejercicios diseñados para adultos mayores que a muchos jóvenes les cuesta resolver debido al nivel de consumo (Lic. 1, Registro de campo, 12 de noviembre de 2021).

Retomando el planteo de Lago (2013), la modalidad grupal promueve la circulación del conocimiento y los recursos que cada participante aporta. A este respecto, fue posible observar que en los talleres de estimulación cognitiva se realiza una puesta en común de los resultados de las actividades, no sólo con el objetivo de conocer los resultados de cada ejercicio, sino también con el fin de contemplar la pluralidad de respuestas, favorecer la interacción y seguir trabajando en el cumplimiento de reglas mediante el respeto de turnos (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

8.2.3 Alcances del Rol del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica

Habiendo desarrollado las funciones del psicólogo en la CT Morra, es posible afirmar que los alcances inherentes al rol del psicólogo en el dispositivo incluyen la planificación de tratamientos a nivel grupal e individual, intervenciones clínicas, la producción de cambios en la conducta y la promoción del trabajo reflexivo en pos de la prevención de recaídas y el desarrollo de habilidades. No obstante, a partir del intercambio con profesionales y la

observación de su quehacer diario también fue posible identificar, dentro de estas competencias, ciertas responsabilidades específicas comunes a las distintas funciones del psicólogo en la CT. De acuerdo a la Lic. 1., el rol del psicólogo en una CT puede sintetizarse en dos palabras: acompañar y limitar (Registro de campo, 27 de agosto de 2021).

En los pacientes que asisten a la CT Morra, es frecuente la ausencia del registro emocional (Lic. 1, Registro de campo, 27 de agosto de 2021). En este sentido, el Lic. 5, responsable del taller de habilidades, resalta la importancia de validar y reforzar a los pacientes con pequeñas palabras positivas, ya que esto favorece ampliamente el registro de sus propias emociones (Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Por su parte, la Lic. 1 afirma que una característica de la personalidad adictiva es que, a menudo, estas personas no se permiten el error: “todo tiene que salirles bien de entrada” y “no toleran que se les realice un señalamiento” ya que el mismo es vivenciado como un castigo, sintiendo a raíz de ello culpa y enojo (Lic. 1, Registro de campo, 27 de agosto de 2021). Esto implica que “siempre quieren ser alumnos perfectos” y parte del rol profesional es, precisamente, mostrarles que “no todo es perfecto” (Lic. 1, Registro de campo, 27 de agosto de 2021). No obstante, resulta necesario por parte de los profesionales revisar los alcances de los tratamientos y adecuar sus niveles de exigencia dado que, si los residentes se sienten coaccionados, es posible que sientan frustración y, eventualmente, caigan en crisis (Registro de campo, 12 de octubre de 2021). En este sentido, la Lic. 1 destaca la importancia de tener en cuenta la individualidad de cada residente, para “no caer en iatrogenia en el proceder” (Lic. 1, Registro de campo, 12 de octubre de 2021).

Por otra parte, en la cotidianeidad característica de la CT, los residentes reproducen modalidades vinculares que emplean en su entorno habitual:

Nosotros en la comunidad convivimos con los residentes . . . y uno en esta convivencia ve ciertos mecanismos y cosas que ellos reproducen y que están

replicando ahí, porque es el ámbito en que se están desarrollando y dónde están poniendo en práctica, en juego y aprendiendo . . . entonces lo van haciendo no solamente entre ellos cómo comunidad, que es el espíritu del dispositivo, sino que también lo van a hacer hacia el equipo (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En relación a ello, resulta necesario que los profesionales presten atención al modo de vinculación establecido con los residentes. En este sentido, una precaución a tener en cuenta es, de acuerdo a la Lic. 4, no “caer en alianzas” dentro de la comunidad: es decir, no colocarse “del lado de uno u otro” sino de moverse como mediador, tal como en los grupos de reflexión (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Otro aspecto que pudo visualizarse durante la práctica es que, así como algunos residentes se encuentran reacios a la permanencia en el dispositivo, otros se sienten cómodos en él:

Mirta está cayendo en la comodidad, y eso busca ella, ser elogiada. Por el valor que le da a la palabra al elogio... “¿Viste que hice tal cosa o pinté tal cosa? “¡Ay, no me felicítaste!”. Y no le doy más entidad que eso, porque si ella recibe todo el tiempo halagos, está en un lugar cómodo y puede pasar que le cueste despegarse del dispositivo (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

En este sentido, resulta necesario que los profesionales no favorezcan esta dependencia, e incluso generen cierta “incomodidad” en el dispositivo, ya que se trata de un lugar temporal (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). En términos de la Lic. 1: “si bien resulta necesario ir conteniendo y acompañando al principio, también es necesario ir progresando y generando movimientos a lo largo del tratamiento, porque sino se repiten situaciones que ya se han vivido” (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021). No obstante, esto no implica dejar de respetar los tiempos personales de cada residente, ya que en su mayoría poseen historias de vida complejas (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). En

este sentido, la Lic. 1 subraya la necesidad de actuar sin prisa, con prudencia y sin perder el eje del tratamiento: “Hay tiempo, no va a terminar el tratamiento mañana. Hay que evaluar si las medidas son oportunas para este momento” (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Por otra parte, durante la práctica pudo observarse que muchas veces los residentes les “corren con ventaja” a los profesionales, debido a que se encuentran altamente entrenados en estrategias características de la personalidad adictiva: es decir, habilidades que han desarrollado para sostener el consumo y que pueden llegar a pasar desapercibidas por los miembros del equipo (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). En este sentido, resulta de vital importancia que los profesionales actúen con perspicacia y estén atentos a cualquier movimiento extraño o poco habitual por parte de los residentes, como por ejemplo, detectar si alguien sale del grupo, si está mucho tiempo en el baño o si se lava los dientes antes de la cena, ya que pueden ser intentos de enmascarar alguna conducta no deseada (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021). Asimismo, es necesario mantener estos cuidados fuera del dispositivo:

Cuando salimos a hacer caminatas y compras estemos atentos, tratemos de ir detrás.

Si se agachan, si se les desata un cordón, estar atentos en qué contexto se agachan, en qué momento, si levantan algo del suelo. Se puede pasar, pero hay que estar atentos, ellos van más adelante que nosotros en eso porque están deseosos de ello (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Ante la sospecha de consumo, los profesionales deben preguntar a los residentes si no tienen algo para compartir, con el fin de averiguar si existe reconocimiento por parte de ellos. De lo contrario, se debe proceder a hacer la requisa, advirtiéndoles que se va a abrir la puerta y solicitando, en caso de ser necesario, que saquen los bolsillos para afuera: “está autorizado que cuando hay sospecha se pueden hacer requisas en cualquier momento. Lo mismo si se

notan movimientos raros, si ven que van mucho al baño y a las habitaciones, eso está en el reglamento de la comunidad” (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021). En caso de que el consumo se haya concretado dentro del dispositivo, es importante identificar los canales por los cuales los residentes accedieron a la sustancia en la comunidad, ya que probablemente no los revelen con el fin de volver a utilizarlos en un futuro (Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Retomando los aportes de Ruiz et al (2012) tanto el castigo positivo como negativo debe aplicarse inmediatamente después de la ocurrencia de la conducta a eliminar para que se produzca una correcta asociación entre ambos (Ruiz et. al., 2012). En consonancia con el autor, la Lic. 1 explica que no colocar un límite a tiempo puede ser contraproducente dado que, para que se origine el aprendizaje, el límite debe llegar en el momento justo: “ni antes ni después” (Lic. 1, Registro de campo, 15 de octubre de 2021).

Las intervenciones tienen que ser en el momento. Tiempo después no tienen sentido, incluso la bajada de nivel, porque si no se pierde, la pérdida de beneficios no queda asociada a la conducta y no se dimensiona la conducta, porque la repercusión o consecuencia llega tarde (Lic. 1, Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Si bien resulta necesario aplicar sanciones frente a conductas disfuncionales, es importante que los profesionales actúen con paciencia, sin juzgar, enojarse o posicionarse en el lugar de la crítica frente a las recaídas y los procesos que atraviesan a los residentes, ya que esto puede perjudicar su evolución: “que recaigan, que no puedan salir de esta situación no significa que no hayan intentado, que no quieran algo distinto . . . ellos también se critican, se culpabilizan” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Aparecen por ahí ciertas conductas disruptivas que son propias de este patrón aditivo y si uno no entiende qué es esto, que es algo que es inherente a esta condición, a esta situación y empieza a responder, a reaccionar ante esto, enojarse o a frustrarse si la

persona no está respondiendo los objetivos como uno quiere, entonces uno está actuando y procediendo mal el ejercicio del rol (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

A nivel social, existen grandes prejuicios hacia las personas que padecen algún tipo de adicción. En términos de la Lic. 4, es algo social que, si bien ha cambiado con el tiempo, aún permanece. Lo principal que se juzga en esto es: “si quisiera debería poder hacerlo solo, si quisiera lo tendría que lograr” (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Es por ello que otra de las misiones del psicólogo es propiciar cambios a nivel social mediante la psicoeducación impartida tanto a los residentes como a sus familias (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). En este sentido, la psicoterapeuta individual destaca la importancia de trabajar la empatía y deconstruir cualquier prejuicio proveniente del imaginario social respecto a la problemática: “la persona que más sufre cuando hablamos de adicción es la persona adicta, y es la que siempre se tiende a juzgar” (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Yo creo que cuando uno trabaja en adicciones lo que primero tiene que entrenar es la empatía, el escuchar, el entender y el saber lo que es la enfermedad también. Muchos profesionales aparecen mimetizados al rol social del juzgar: “el que es así es porque quiere porque si pudiera lo dejaría, porque si tuviera otra motivación interna esto sería distinto”... El rol principal cuando hablamos del trabajo en adicción es realmente conocer de esto y trabajar uno en deconstruir estas cosas y trabajar uno en que si el otro realiza conductas de consumo no tiene que ver con uno mismo, ni es algo que le hacen a uno... porque uno tiende a enojarse, y es algo que está atravesando el otro . . . Eso es algo de lo más significativo que uno rompe al empezar a trabajar, porque quizá uno piensa que es re empático, que re entiende, pero cuando empieza a trabajar con adicción se da cuenta de que hay un montón de juicios y cosas que tenía previamente,

ideas que tenías que tenés que deconstruyendo (Lic. 4., Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Por último, y siguiendo el planteo de Roldán Intxusta (2010), la psicoterapia es altamente recomendable para todo trabajador de salud mental. En este sentido, la Lic. 1 destaca, en una instancia de capacitación, la importancia de contar con un espacio terapéutico propio individual “para ir trabajando y dirimiendo cualquier afecto que pueda entorpecer el desarrollo de nuestra tarea” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Porque si uno no es consciente a dónde estoy parado, cuál es mi mirada sobre las adicciones, qué es lo que estoy mirando la persona con la que estoy trabajando de manera permanente, qué me generan las conductas que son propias del patrón aditivo, puedo cometer muchas equivocaciones a la hora de intervenir y en eso tenemos que ser sumamente responsables de nuestro lugar y de nuestro rol. No es caprichoso esto de que se insiste a los profesionales de que tengan su espacio individual de abordaje y de acompañamiento . . . más que nada en este tipo de dispositivos que uno está muy presente, porque está conviviendo con otros (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Esto no constituye un detalle menor, más aún en dispositivos de estas características en donde, a diferencia de un consultorio u otros espacios, los profesionales se encuentran cohabitando con los residentes. Esta convivencia conlleva un alto grado de exposición, ya que el contacto no se limita al momento preciso de la intervención sino que implica estar y compartir con el otro (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). En las circunstancias descritas, la regulación emocional constituye una herramienta fundamental no sólo para los residentes, sino también para los profesionales: en este sentido, el Lic. 3 destaca la importancia de “poder poner límites, no tener culpa, poder confrontar de una manera

saludable, poder regular nuestras propias emociones” (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Se dará cierre a este apartado con una breve apreciación del Lic. 3 respecto a las habilidades necesarias para el ejercicio del rol del psicólogo en una CT:

No sé si hay “personalidades para”, pero creo que con el estudiar y el estar en la experiencia las mismas capacidades van emergiendo, si uno tiene obviamente la vocación. Pero se entrena, se trabaja, es flexible, nos hace trabajar mucho a nosotros, nos tiene siempre chequeándonos (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

8.2.4 Desafíos del Rol del Psicólogo en la Comunidad Terapéutica

Un elemento presente en el desempeño de los profesionales de una CT son las dificultades que han de atravesarse en el quehacer diario ya que, tal como plantea De León (2004), las particularidades de la vida comunitaria implican una gran demanda de energía para los profesionales. En palabras de la Lic. 1: “no siempre sale todo bien, no siempre las cosas funcionan como uno quisiera y es trabajar en esa construcción, en esa flexibilidad psicológica que tenemos que tener al trabajar en este ámbito” (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Durante la práctica fue posible observar múltiples retos para los profesionales de la CT Morra. Asimismo, a lo largo de la práctica han logrado recopilarse distintas percepciones en cuanto a los desafíos del ejercicio profesional. De acuerdo a la Lic. 1., el trabajo en CT puede llegar a ser altamente frustrante y desafiante, ya que requiere de mucha templanza:

Probablemente seamos los únicos que creamos en el paciente, que apostamos a creer en él y en su recuperación, porque el paciente ya ha agotado todas las instancias de confianza anteriormente, entonces ahí nos convertimos en un eslabón de su tratamiento y de su vida indispensable . . . Requiere mucha disposición, trabajo y

contención, por eso remarqué mucho lo del apoyo en equipo, porque es necesario para poder intervenir de la mejor manera posible (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

De acuerdo al Lic. 5, uno de los desafíos más comunes ocurre cuando algunos residentes, por baja tolerancia al malestar, abandonan un tratamiento exitoso: no obstante, pese a su interrupción, en la mayoría de los casos logran incorporar herramientas útiles para su vida fuera del dispositivo (Lic. 5, Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Asimismo, los residentes que no presentan motivación para el tratamiento constituyen a menudo un desafío para el desempeño profesional, ya que despiertan sentimientos de impotencia y frustración: “lo que más me cuesta es los pacientes que no están motivados, o que tienen un consumo como muy... a ver, cómo decirlo... como que ya lo ves y... está hablando y actuando su mente adicta” (Lic. 5, Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Sin embargo, reconoce que esto no se debe a una falta de capacitación profesional, sino que es una consecuencia propia del patrón adictivo: “es no tomárselo personal, no engancharse tanto con eso, también aprender a regularse . . . saber qué cosas se pueden hacer para cambiar la situación o aceptarla” (Lic. 5, Registro de campo, 11 de noviembre de 2021).

Al igual que el Lic. 5, el Lic. 3 hace referencia a la falta de motivación por parte de algunos residentes: “a veces es frustrante el trabajo, a veces da impotencia, a veces se señala siempre el mismo cambio” (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Frente a este panorama, expresa que en ocasiones el trabajo puede volverse unilateral: “a veces termina siendo el terapeuta el que está más motivado para el tratamiento y no nos damos cuenta” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Si bien la Lic. 4 también reconoce la frustración frente al “no cambio” de los residentes como uno de sus principales desafíos, destaca que muchas veces los procesos de los residentes no son lineales, y los resultados pueden llevar tiempo:

Desde mi caso particular, para mí lo que es más difícil es enfrentarme quizá a la frustración del no cambio de la otra persona, enfrentarse a momentos en los que te quedás sin recursos y que ya probaste con todo, con todos los recursos y conocimientos y ese cambio no se ve. A veces el cambio no sólo depende de nosotros porque prácticamente depende de la otra persona, la disposición, la disponibilidad que tenga esa persona con respecto al cambio. Entonces, que aparezca esta frustración de que el otro sigue haciendo los mismos patrones, sigue realizando las mismas conductas, que todo esto que uno hace o transmite no genera un cambio... Creo que es el exponerse a la frustración, al mismo tiempo aceptando el hecho de que nosotros no podemos cambiar a los otros, sino que podemos apoyarlos, ver los recursos, entrenar habilidades, pero no podemos generar el cambio en el otro si no está dispuesto a hacerlo. Queda como esa sensación de lo no logrado, lo no alcanzado, un poco de impotencia podría ser también (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

El Lic. 6, encargado del taller de fase, destaca como uno de los principales desafíos no sólo la desmotivación que en ocasiones presentan los residentes, sino también las dificultades a nivel cognitivo, ya que cuando existen este tipo de limitantes no es posible expresar todo el potencial del residente, ocasionando sentimientos de frustración (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Todos estos factores pueden derivar en la aparición del sentimiento de desesperanza en los profesionales, el cual los lleva muchas veces a dudar de sus capacidades: “empezamos a preguntarnos si somos buenos”; “a veces uno se pregunta si podría haber hecho algo diferente” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). En este sentido, el Lic. 3 destaca la importancia no sólo de “chequearse y monitorearse uno mismo”, sino también de implementar la creatividad en las intervenciones, con el fin de generar cambios: “ser ingenioso en la forma de intervenir, darle otra vuelta cuando por ahí las

intervenciones no están saliendo de una forma, usar un poco el humor, enfatizar” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Otro gran desafío para el psicólogo en una CT es conocer sus alcances y límites profesionales. En este sentido, una de las mayores limitaciones es la tan deseada posibilidad de “curar” a los residentes que realizan allí su tratamiento. En palabras de la Lic. 1:

Sabemos y tenemos más que claro que desde el dispositivo no vamos a prometer curar a nadie porque no existe eso, en adicciones no existe la cura, existe tratamiento, existe la posibilidad de mejorar la calidad de vida que tiene y reducir los riesgos y no exponerse a situaciones de recaída, pero no vamos a curar a nadie. Entonces es eso también, aceptar cuáles son nuestros alcances y limitaciones profesionales (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Así como resulta importante reconocer los propios límites, también resulta importante el trabajar el “no” y sostener con firmeza los límites para con los residentes, principalmente en lo que respecta al cumplimiento de las normas establecidas. En este sentido, uno de los principales desafíos para los profesionales que allí trabajan es la asignación de marcas y/o bajadas de nivel, debido a que “hieren” el ego del residente e implican romper con cualquier patrón de codependencia (Lic. 1, Registro de campo, 30 de agosto de 2021). No obstante, es parte del rol profesional aprender a manejar el miedo o resistencia al límite, centrándose en el beneficio que éste aportará al residente: disminuir la reincidencia y la frecuencia de sus conductas disfuncionales (Registro de campo, 20 de octubre de 2021).

Por otra parte, y siguiendo a Roldán Intxusta (2010), la angustia, la urgencia y el sufrimiento son habituales en el trabajo con la salud mental. En este sentido, muchas personas llegan a la CT Morra en situaciones críticas, en ocasiones habiendo “tocado fondo” (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Entre las situaciones más difíciles de atravesar en el ejercicio del rol, el Lic. 3 menciona los abusos, los suicidios y las sobredosis: “suele ser difícil cuando

hay abusos, en mujeres es más frecuente aún el abuso. . . Algún suicidio de algún paciente por sobredosis, haberse encariñado con el paciente, con la familia... Creo que esas son las cosas más difíciles (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Roldán Intuxsta (2010) plantea que las crisis aparecen regularmente en los residentes, de modo que las intervenciones se realizan con frecuencia bajo un clima de urgencia. En este sentido, en la CT Morra una residente presentó una crisis que derivó en la solicitud del servicio de emergencia, dado que la paciente confundió sus síntomas de ansiedad con manifestaciones de una patología orgánica, lo cual exacerbó aún más su sintomatología (Registro de campo, 20 de octubre de 2021). Por otra parte, durante el transcurso de la práctica fue posible vivenciar un suceso de urgencia médica, en donde un residente se fracturó un pie al lanzarse a la pileta (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). En esta oportunidad, se pudo observar el accionar de la profesional a cargo en ese momento, quien conservó la calma ante la sorpresiva situación: inmediatamente dió aviso de lo ocurrido a la profesional que acababa de relevarla, mientras atendía paralelamente asuntos referentes al resto de los residentes (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Asimismo, se vio obligada a diagramar la logística a implementar durante el resto de la jornada, puesto que el resto de las residentes debían salir a caminar y hacer las compras en las próximas horas, y el residente accidentado no podía quedar solo en el dispositivo (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Una vez controlada la situación, dió inicio al taller del cual se encontraba a cargo, lo cual denota un alto nivel de resiliencia ante la adversidad (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Roldán Intuxsta (2010) advierte que, además de las crisis, otro elemento que puede hacerse presente en las CT es la violencia: por este motivo, resulta menester identificar a tiempo los signos precursores de la escalada de la misma. Asimismo, resulta fundamental la existencia de una distancia adecuada entre profesionales y pacientes, con el fin de prevenir

daños físicos (Roldán Intuxsta, 2010). En este sentido, la Lic. 1 que afirma que “lo primero es cuidarse uno”, y coincide con el autor respecto a la importancia de establecer distancias físicas en la cotidianidad del trato, a modo de protección preventiva y cuidado del espacio personal (Registro de campo, 1 de octubre de 2021). Además, destaca la importancia de “no guardarse cosas” y conversarlas en equipo apenas son detectadas para poder intervenir a tiempo: “por ejemplo, si yo noto que un residente está teniendo irritabilidad creciente, tengo que conversar en equipo para ver si es necesario recurrir a fármacos que lo estabilicen, o lo que sea necesario” (Lic. 1, Registro de campo, 1 de octubre de 2021). De esta manera, la comunicación constituye una estrategia de cuidado y de trabajo: “no estamos del todo solos” (Lic. 1, Registro de campo, 1 de octubre de 2021).

De León (2004) plantea que las dificultades que los profesionales atraviesan en su quehacer diario se ven compensadas para muchos de ellos en el trabajo mismo, siendo el componente afectivo un motor para el mantenimiento del equilibrio y crecimiento personal. En el caso de la Lic. 1, ser testigo del éxito de los tratamientos es uno de los aspectos más reconfortantes de su trabajo y funciona como motor en su labor. Así lo manifestaba durante la primera capacitación, en donde comentaba que recientemente se había encontrado en un negocio al primer residente que recibió la comunidad:

Fue una alegría inmensa, estaba muy enérgico queriendo contarme todo en un segundo, ya nos había compartido que hace un año atrás estaba muy contento porque venía limpio⁹, y ayer me cuenta que estaba feliz, que su vida había cambiado muchísimo (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

De acuerdo al relato de la Lic. 1, se trata de una persona joven que no tenía dónde vivir porque su madre lo había echado de la casa cuando llegó a la comunidad. Pese a que conformaban un vínculo súmamente disruptivo, era el único sostén con el que contaba el

⁹ El término “limpio” hace referencia coloquialmente al hecho de permanecer sin consumir durante un tiempo determinado.

residente: “Se trabajó muchísimo con esa mamá y con él, y hoy por hoy está viviendo solo, o sea de manera independiente, formó pareja, sostiene su trabajo muy bien, está incluso con otros proyectos laborales en marcha” (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021). Siguiendo el relato de la Lic., el joven se encontraba muy deseoso de poder compartir su progreso y su satisfacción con el equipo, no sólo en relación a la ausencia de consumo sino también por haber logrado muchas cosas que él deseaba y que tiempo atrás no eran una posibilidad (Registro de campo, 24 de junio de 2021).

Así que la verdad me llenó de felicidad porque son los menos los casos, vamos a ser realistas, no pasa siempre, no todo el mundo lo logra, esto es muy difícil y es una lucha diaria para ellos, una batalla cotidiana, pero hay personas que lo pueden hacer. (Lic. 1, Registro de campo, 24 de junio de 2021).

En esta misma línea el Lic. 3 menciona, dentro de los elementos más satisfactorios en el ejercicio de su rol, el poder visualizar los cambios y los efectos de las intervenciones, como así también recibir agradecimientos por parte de los residentes y sus familias: “cuando terminan el tratamiento, cuando hay cambios en el sistema familiar, en el aspecto físico, cuando recuperan la salud, la capacidad cognitiva, recuperan vínculos, la familia nota los cambios, las devoluciones de la familia, el reconocimiento” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

Por su parte la Lic. 4 destaca, como uno de los aspectos distintivos y valiosos de su rol como psicoterapeuta individual, el hecho de que una persona deposite su confianza al momento de compartir sus asuntos personales: “que una persona deposite la confianza en uno también al hablar sobre cosas personales, eso se siente muy gratificante” (Lic. 4, Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Al igual que el Lic. 3, expresa que observar los resultados de sus intervenciones resulta altamente gratificante, tanto desde lo profesional como desde lo personal:

Cuando ves esos avances... cuando ves a un paciente que no podía expresar una emoción y ves que puede expresarla, ponerla en palabras... Cuando recibís ese gracias, ese aliento... Me pasa mucho cuando se va un paciente dado de alta, sentir esa gratificación de que algo que vos hiciste aportó, colaboró en la vida del otro (Lic. 4., Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Finalmente, el Lic. 6 describe como gratificante el hecho de que los residentes logren realizar un trabajo de introspección respecto a su historia de vida y las causas que lo llevaron a la adicción (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Y por último, al igual que sus colegas, menciona el reconocimiento y el agradecimiento como uno de los aspectos más gratos de su rol:

Cuando ves que hay un avance en el autoconocimiento del residente, en donde puede comprender qué es lo que le sucede, qué lo agobia, qué lo lleva a consumir, que no es malo llorar y expresar las emociones y que tengan esperanzas, que sepan que lo pueden lograr a partir de las herramientas que descubrimos juntos. Y del lado más egocéntrico quizás cuando te agradecen, o te comentan qué está bueno, porque son como situaciones en las que comprendés qué estás haciendo bien (Lic. 6, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

8.2.5 Influencia de la Pandemia por COVID-19 en el Desempeño del Rol

Tal como se explicó en la introducción de este trabajo, la práctica se llevó a cabo dentro del contexto de pandemia por COVID-19¹⁰. Como es de público conocimiento, bajo este panorama muchos profesionales debieron modificar sus condiciones de trabajo, viéndose obligados a brindar sus servicios a través de medios virtuales (Traverso y Martínez, 2020). La

¹⁰ Cabe destacar que la práctica se llevó a cabo en una etapa menos crítica de la pandemia, por lo cual la mayoría de las funciones de la CT se habían retomado con normalidad. Es por este motivo que, en gran parte, el relato de los profesionales está dirigido a su experiencia durante el año 2020, aunque se incluyen algunos aspectos vigentes durante el año 2021, tal como la suspensión de las salidas terapéuticas y el desarrollo de talleres virtuales.

llegada de la pandemia trajo consigo múltiples cambios en el funcionamiento de la CT Morra: por ejemplo, se suspendieron las admisiones en el dispositivo, reanudándose dos meses luego de decretado el ASPO (Registro de campo, 15 de octubre de 2021). Otra medida que se tomó para evitar la propagación del virus fue suspender las salidas terapéuticas; sin embargo, se permitían videollamadas y visitas de los familiares durante los fines de semana, con los protocolos correspondientes (Registro de campo, 25 de agosto de 2021). Cabe destacar que en el mes de septiembre de 2021 las salidas terapéuticas se habilitaron nuevamente, con la condición de que los residentes presenten un hisopado negativo antes de regresar al dispositivo. Con la finalidad de comprender la incidencia de este fenómeno en el desempeño del rol del psicólogo en la CT Morra, a continuación se dará a conocer la experiencia de cada uno de los profesionales entrevistados.

La Lic. 1, coordinadora del dispositivo, relata que cuando comenzó la pandemia se encontraba en aislamiento preventivo por haber llegado recientemente del exterior: por este motivo, se vio obligada a reacomodar los asuntos desde su casa, “atendiendo mil llamadas a la vez” (Registro de campo, 15 de octubre de 2021). Asimismo, comenta que la CT comenzó a funcionar de manera virtual, por lo que se encontró ante el desafío de instruir a las familias en cuestiones relativas al funcionamiento del dispositivo con el fin de que pudieran replicarlas en sus hogares, como por ejemplo la colocación de marcas (Registro de campo, 15 de octubre de 2021). Asimismo, algunos residentes no pudieron ser recibidos por sus familias, por lo que tuvieron que ser trasladados al área de internado del Sanatorio durante dos meses aproximadamente hasta que se autorizó su regreso a la comunidad (Registro de campo, 15 de octubre de 2021).

A lo largo de la experiencia de práctica, se observó que los talleres familiares se llevaban a cabo de manera virtual. El psicoterapeuta familiar afirma en una instancia de entrevista que, antes de la pandemia, los talleres se realizaban de manera presencial, en el

área de la Fundación Morra (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Por otra parte comenta que, durante el ASPO, aumentó el consumo y con él las consultas, principalmente en relación al alcohol: no obstante, afirma que al permanecer más tiempo en casa, la familias se encontraban más presentes, lo cual favoreció la problematización del consumo (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Por otra parte, el profesional destaca que los residentes “estuvieron año y medio” sin salir de la CT, por lo cual tuvieron que abordarse con posterioridad cuestiones que no pudieron trabajarse en su debido momento (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021).

Por su parte la Lic. 4, psicoterapeuta individual, comenta que las entrevistas con los residentes se llevaban a cabo de manera online: “pacientes que veíamos todos los días, constantemente, pasamos a verlos media hora por semana” (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Asimismo, expresa que haberse ausentado físicamente en la comunidad impactó en aspectos que tienen que ver con el “no-contacto” con el otro:

Creo que un poco lo que hizo fue un alejamiento afectivo con la otra persona, a mí en lo que refiere a mi rol lo que me costó fue esto, el no contacto con el otro, el no poder verle la cara entera . . . poder ver si el otro se está riendo, si está triste más allá de esa máscara digamos, o de poder darle la mano, poder darle un abrazo. (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Afirma que tuvo que reinventarse, puesto que muchos de los recursos que normalmente utilizaban con los residentes no eran viables en este contexto:

Tenías que reinventarte porque no podías decirle a tu paciente que si siente mucha ansiedad salga a hacer una caminata, las posibilidades conductuales de esa persona estaban entre cuatro paredes. Entonces todo era muy reducido, no podías trabajar activación conductual pidiendo que salga, organice cosas con sus amigos, tenga una vida social, vaya al gimnasio . . . entonces era reinventarse desde los recursos que

había, que haga videollamada con su familia, que realice ciertas actividades dentro de su casa. Fue mucho validar y acompañar, el mensaje en la pandemia fue estar ahí al lado acompañando, escuchando el malestar (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021).

Por otra parte, comenta que este fenómeno fue un gran impedimento en lo que respecta a la exposición al afuera y al entrenamiento de los recursos: “la pandemia sigue trayendo una repercusión en esta dificultad de exponerse más, o sea esto de no poder salir los fines de semana” (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Destaca la importancia de las salidas, ya que son oportunidades que posibilitan el aprendizaje y el progreso: “si pasó algo ahí bueno, volvemos y lo trabajamos, pero por lo menos pasa algo, acá nada” (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). Aunque la calma en el dispositivo puede considerarse como algo positivo, en realidad es un indicio de estancamiento en la evolución de los residentes: la aparición de malestar, por el contrario, indica movimientos en el proceso de recuperación (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). Por este motivo, los períodos de quietud constituyen una señal de alerta para reevaluar el rol profesional: ante este panorama, cabe preguntarse: “¿Qué está sucediendo? ¿En qué estamos fallando?” (Lic. 1, Registro de campo, 27 de agosto de 2021).

Al igual que otros profesionales el Lic. 5, encargado del taller de habilidades, comenta que en fases críticas de la pandemia la CT se cerró por completo y funcionaba de manera virtual. Luego de atravesar la parte “más dura” de aislamiento, la CT volvió a abrir sus puertas, pero era un requisito indispensable para los profesionales contar con un certificado de circulación para poder asistir (Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Expresa que la pandemia incidió en su rol, puesto que “la clave de habilidades es el pragmatismo” y, en ese contexto, se limita la posibilidad de poner en práctica habilidades; no obstante, aclara que algunas de ellas que pudieron entrenarse de manera virtual (Registro de campo, 11 de

noviembre de 2021). En cuanto al desarrollo de los talleres, comenta que no resultó muy complejo ya que la mayoría de los participantes se encontraban familiarizados con la tecnología: los mayores inconvenientes se encontraban relacionados a la conectividad, pero “dentro de la comunidad, al no ser tantas personas, era mucho más accesible” (Registro de campo, 11 de noviembre de 2021).

Por último el Lic. 6, responsable del taller de fase, explica que sus talleres no se realizaron de manera virtual: “fue un espacio que se salvó de eso” (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Sin embargo, pese al beneficio de la presencialidad, menciona que el uso de barbijo y los límites en el contacto físico fueron pequeños obstáculos para el desarrollo de los talleres, puesto que restringían la empatía y la contención; no obstante, no interfirieron en la esencia al taller (Registro de campo, 16 de noviembre de 2021).

9. Conclusiones

La aproximación al ejercicio profesional en el marco de la psicología clínica condujo a orientar el eje de sistematización y los objetivos del presente trabajo en el rol del psicólogo clínico. Esto permitió realizar un análisis integral de distintos aspectos de interés personal: particularidades del trabajo en comunidad terapéutica, intervenciones psicológicas de los profesionales, perspectiva cognitiva e incluso el factor pandemia, considerado inicialmente como posible eje de sistematización. A lo largo de este apartado se dará cuenta no sólo de las nociones arribadas en función del eje y objetivos planteados, sino también de aquellos aspectos que hacen a la experiencia vivencial de la práctica.

En primer lugar, la experiencia ha permitido ampliar la mirada sobre el rol del psicólogo clínico, siendo posible aseverar que el mismo es dinámico y versátil. En la CT Morra, el mismo no se reduce a la práctica convencional de consultorio, sino que incluye otros espacios tales como los talleres terapéuticos, grupos de reflexión, e incluso la cotidianidad compartida entre profesionales y residentes. El principal diferencial entre ambas facetas del psicólogo clínico es el encuadre de trabajo, no sólo en lo que refiere al espacio físico sino también al tiempo compartido entre profesional y residente. Mientras que el terapeuta de consultorio comparte apenas una hora semanal con el paciente, en la CT el psicólogo convive con el residente en otros momentos diferentes al de la entrevista, lo cual conlleva ciertos desafíos y una exposición a emociones diferentes (Registro de campo, 19 de noviembre de 2021). No obstante esto no impide que, al igual que en el consultorio, en la CT pueda instaurarse una alianza terapéutica (Registro de campo, 2 de septiembre de 2021).

Otra característica distintiva del trabajo en CT es que el tratamiento del residente no es encabezado por un solo profesional como en el consultorio, sino por un equipo técnico especializado: de allí el carácter profesionalizado de la CT Morra. Por este motivo, el primer objetivo específico de este trabajo ha sido conocer las distintas funciones que desempeñan los psicólogos clínicos en la institución. En este sentido, fue posible observar que el rol del

psicólogo en el dispositivo se diversifica en distintas facetas: coordinador, psicoterapeuta individual, psicoterapeuta familiar y tallerista grupal.

A partir de lo observado, se han podido identificar las tareas inherentes a cada uno de estos roles, siendo la coordinadora quien se ocupa de supervisar las funciones de los demás profesionales y del dispositivo en general, como así también de gestionar conflictos y realizar intervenciones en caso de ser necesario. Asimismo, es quien se encarga de llevar a cabo entrevistas de admisión, reuniones de equipo, coordinar grupos de reflexión, asambleas y procesos administrativos, tales como confección de informes. La psicoterapeuta individual se ocupa del tratamiento psicológico de cada residente, siendo su responsabilidad informar al resto del equipo sobre cualquier cambio o situación relevante en el proceso del paciente. El objetivo del psicoterapeuta familiar es impulsar el acompañamiento por parte de la red de apoyo del residente, con el fin de promover un sostén adecuado durante el tratamiento. Para ello, entre sus responsabilidades no sólo se encuentran la confección y dirección de talleres multifamiliares psicoeducativos, sino también la organización de encuentros periódicos con el grupo familiar de cada residente, donde se trabaja sobre aspectos particulares de cada uno de ellos. Por último, la principal responsabilidad de los talleristas grupales es elaborar y dictar talleres terapéuticos sobre las temáticas de su competencia, atendiendo a sus efectos en cada residente y promoviendo habilidades que favorezcan su posterior reinserción social.

Una tarea común a todos los profesionales es la participación en reuniones de equipo, con el fin de hacer puestas en común y evaluar el proceso de los residentes, socializando cualquier aspecto observado que pudiera ser relevante en su evolución o interferir en la dinámica de la comunidad. Esto evidencia la importancia del trabajo en equipo al momento de planificar los tratamientos y las intervenciones (Rodríguez Cueto, 2010). La diversidad, el intercambio y la mirada del otro presentes en estas instancias posibilitan el complemento

mutuo, la ampliación de miradas y, por consiguiente, un trabajo más enriquecedor (Lic. 1, Registro de campo, 22 de octubre de 2021).

Otro de los objetivos específicos planteados en el trabajo es caracterizar las intervenciones que realizan los psicólogos en el dispositivo. En este sentido, se ha observado que las mismas se realizan tanto de manera individual como grupal, y en líneas generales apuntan a la generación de conciencia de enfermedad, identificación de factores de riesgo de recaída, adquisición de habilidades y una correcta gestión de las emociones, al tiempo que promueven la adquisición de hábitos cotidianos y la responsabilización sobre las propias acciones y decisiones. De esta manera, las intervenciones se dirigen al fortalecimiento de la autonomía de los residentes, devolviéndoles un rol activo y protagónico sobre su vida (Registro de campo, 1 de octubre de 2021).

Si bien los profesionales comparten una misma mirada y objetivos, fue posible hallar distinciones en las intervenciones de acuerdo a función del psicólogo en la institución. En lo que respecta al rol de coordinador, pudo observarse que la mayoría de sus intervenciones son de corte psicoeducativo y se realizan en el marco de los grupos de reflexión y asambleas, en donde la Lic. ejerce el rol de moderadora y facilitadora de la palabra (Lic. 1, Registro de campo, 22 de octubre de 2021). Por este motivo, las intervenciones en estos espacios consisten no sólo en promover la expresión de los residentes, sino también en fomentar la reflexión sobre los sucesos cotidianos derivados de la convivencia y la resolución de problemas. No obstante, cabe destacar que en estos espacios el psicólogo no brinda soluciones concretas sino que interviene desde un lugar de mediador, promoviendo así el desarrollo de la autonomía de los residentes (Registro de campo, 29 de octubre de 2021).

Respecto a la terapia individual, cabe destacar que el proceso terapéutico en la CT Morra es diferente al de otros contextos, puesto que se enmarca en un programa específico de tratamiento en adicciones. Por este motivo, en estos espacios se hace hincapié en aspectos

inherentes a la segunda fase de tratamiento: historia vital del residente, registro de eventos traumáticos, autoconocimiento y exposición a emociones primarias (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). El abordaje de estos aspectos tiene por objetivo que el residente comprenda que dichos sucesos constituyen factores precipitantes o predisponentes para la adicción, contribuyendo en la génesis y sostenimiento del mismo. Las intervenciones dentro de la terapia individual abarcan tanto el plano conductual como cognitivo, en tanto se trabaja en el abordaje de patrones evitativos y la modificación de procesos cognitivos que sustentan mecanismos disfuncionales de pensamiento provenientes, en ocasiones, de discursos propios del entorno social o familiar del residente (Lic. 1, Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). Paralelamente se trabaja en el registro de las emociones, empleando herramientas de *mindfulness* y conciencia plena (Registro de campo, 9 de septiembre de 2021). De esta manera, es posible afirmar que en la terapia individual se combinan intervenciones correspondientes a las tres generaciones de terapia de la conducta.

Algo similar ocurre en el abordaje familiar, donde las intervenciones apuntan al reconocimiento de patrones conductuales disfuncionales, al registro de emociones, la colocación de límites y la identificación de pautas de acción producto de la codependencia, evidenciando una fuerte impronta conductual (Registro de campo, 24 de junio de 2021). A su vez, en estos espacios se realiza un gran trabajo mediante reforzadores, con el fin de promover la colaboración de los familiares en el tratamiento (Lic. 3, Registro de campo, 14 de septiembre de 2021). En los talleres familiares, las intervenciones se basan en psicoeducar a las familias sobre temáticas específicas de los trastornos adictivos útiles para el éxito del tratamiento, siendo algunas de ellas dialéctica, codependencia, regulación emocional, validación y *mindfulness*, características de la DBT (Registro de campo, 10 de septiembre de 2021). Al igual que en la terapia individual, es posible afirmar que las intervenciones del abordaje familiar integran las tres generaciones de la terapia de la conducta.

En los talleres terapéuticos grupales la mayoría de las intervenciones se basan también en la psicoeducación sobre aspectos inherentes a los trastornos adictivos y temáticas comprendidas dentro de la DBT como regulación emocional, conciencia plena, aceptación radical y efectividad interpersonal (Registro de campo, 11 de noviembre de 2021). Al igual que en los talleres familiares, las intervenciones en los talleres grupales son de corte psicoeducativo en relación a temáticas específicas: no obstante, la diferencia es que aquí las mismas no se reducen a la psicoeducación, sino que incorporan actividades que faciliten una mejor comprensión de los contenidos (Lago, 2013). Asimismo, pudo observarse que en estos talleres se utilizan también técnicas propias de la TCC, como la reestructuración cognitiva: “¿Qué es lo peor que podría pasar? (Lic. 6, Registro de campo, 16 de septiembre de 2021). De este modo, es posible afirmar que las intervenciones en estos espacios abarcan principalmente la segunda y tercera generación de terapias de la conducta.

Como denominador común, pudo observarse que todos los psicólogos de la institución trabajan desde la perspectiva de las terapias de la conducta y su formación se centra principalmente en terapias de tercera generación. Tanto la psicoterapeuta individual como los talleristas poseen formación en DBT, por lo cual las intervenciones se dirigen, en líneas generales, a la tolerancia al malestar, la regulación emocional, el manejo de contingencias y la efectividad interpersonal (Villalobos et. al., 2012; Boggiano y Gagliessi, 2018). No obstante, esto no implica que no se utilicen intervenciones provenientes de la primera y segunda generación de terapias: en todas las funciones del psicólogo se han observado intervenciones provenientes de la primera generación de terapias de la conducta, principalmente mediante el uso de reforzadores. Esto pudo verse reflejado en intervenciones inherentes a todos los roles tales como la colocación de marcas, el descenso en los niveles y en pequeñas intervenciones cotidianas en relación a la modificación de hábitos. Asimismo, en todas las funciones del psicólogo pudieron observarse técnicas de las segunda generación de

terapias dirigidas al manejo de cogniciones, emociones y al entrenamiento en habilidades de distinta índole tales como la psicoeducación y reestructuración cognitiva. En cuanto a la tercera generación, se ha observado que la validación es una intervención presente en todos los roles del psicólogo en la CT Morra. Otro dato muy llamativo es la presencia transversal del *mindfulness* en distintos espacios: antes de iniciar cada comida, en los grupos de reflexión, los talleres terapéuticos y en las sesiones de terapia individual. De este modo, es posible concluir que en la CT Morra las intervenciones tienen una fuerte impronta conductual que incluye las tres generaciones de terapias de la conducta, respondiendo así al tercer objetivo específico del trabajo: identificar las líneas teóricas a las que adhieren los psicólogos en la institución.

El análisis interpretativo de la práctica ha permitido identificar no sólo los alcances sino también los desafíos del rol del psicólogo en la CT Morra, cumpliendo de esta manera con el penúltimo objetivo planteado para el presente trabajo. A grandes rasgos, dentro de los alcances inherentes al rol del psicólogo en la CT Morra se encuentran la realización de intervenciones clínicas a nivel grupal e individual, el desarrollo de hábitos y habilidades necesarias para la reinserción social, la promoción del trabajo reflexivo, la prevención de recaídas y el fortalecimiento del acompañamiento familiar. No obstante, para una correcta ejecución de estas macro responsabilidades resulta primordial que los profesionales adopten sub-responsabilidades y desarrollen ciertas competencias. En primer lugar, es necesario que el psicólogo tenga la capacidad de dar alojamiento al malestar del residente actuando con paciencia y prudencia, evaluando de manera conjunta su progreso y redefiniendo objetivos en caso de ser necesario. Asimismo, es fundamental que el psicólogo adopte una actitud empática frente a los procesos de los residentes, validando sus emociones y reforzando conductas adaptativas, con la precaución de no crear dependencia con el dispositivo (Registro de campo, 27 de agosto de 2021). No obstante, resulta menester que frente a cualquier transgresión o indicio

de la misma por parte de los residentes los profesionales establezcan límites en el momento indicado, con el fin de producir un correcto aprendizaje (Registro de campo, 15 de octubre de 2021). Si bien la puesta de límites es una de las principales responsabilidades del rol del psicólogo en CT, también constituye uno de los principales desafíos a los que se enfrentan los psicólogos clínicos de la CT Morra, en la medida en que implica romper con la codependencia (Registro de campo, 30 de agosto de 2021). Asimismo, la falta de motivación para el cambio y la deserción del tratamiento son otros de los aspectos mencionados por los psicólogos como los más desafiantes de su profesión, ya que en numerosas ocasiones conducen a la desesperanza o frustración.

No obstante, y tal como se planteó en el análisis, muchas de las vicisitudes que los profesionales atraviesan en su quehacer diario son compensadas por aquellos aspectos gratificantes de su trabajo (De León, 2004). Dentro de ellos, la mayoría de los profesionales destacan el poder ser testigos de los resultados de sus intervenciones y el éxito de los tratamientos, como así también la recepción de agradecimientos por parte de los residentes y sus familias. Esto se vió reflejado el último día de la práctica, cuando un ex residente visitó la CT de manera espontánea con el fin de saludar a los profesionales y agradecerles por todo el acompañamiento recibido (Registro de campo, 3 de diciembre de 2021). En este sentido, la Lic. 1 expresó que “algo queda” en ellos por lo que vuelven, y que “la figura de esa persona que decidió volver es una especie de culminación de ese proceso arduo por el que la CT trabaja: es la materialización del trabajo y del acompañamiento realizado” (Lic. 1, Registro de campo, 3 de diciembre de 2021). Este episodio permitió observar la satisfacción que produce en los profesionales ver los frutos de semejante proceso, al tiempo que constituye un claro ejemplo de la huella que deja en los residentes el trabajo en la comunidad.

El último objetivo planteado en este trabajo es determinar la incidencia del contexto de pandemia en el desempeño del rol. A partir del relato de los profesionales y lo

experienciado en la práctica, es posible afirmar que este fenómeno repentino e inesperado produjo cambios organizacionales imprevistos dentro del dispositivo. El equipo se enfrentó al desafío de reinventarse y modificar su modalidad de trabajo habitual, implicando esto el traslado de algunas actividades a los medios virtuales y la suspensión de otras, como las salidas terapéuticas. Las mayores dificultades derivadas de este contexto se centraron en las limitaciones a la hora de poner en práctica ciertas habilidades y la exposición al afuera, por lo cual fue necesario trabajar con retraso ciertos aspectos que no pudieron abordarse en el momento adecuado (Registro de campo, 14 de septiembre de 2021). Con la vuelta a la presencialidad, el uso de barbijo y el distanciamiento social fue concebida por algunos profesionales como una barrera respecto a la conexión y el trato interpersonal.

El análisis de las distintas aristas del rol del psicólogo clínico en la CT Morra ha permitido responder al objetivo general del trabajo: caracterizar el rol del psicólogo clínico en una comunidad terapéutica profesionalizada de Córdoba Capital. No obstante, uno de los aspectos más valiosos rescatados en relación al rol del psicólogo clínico es la posibilidad de apreciar la faceta humana en el ejercicio de la profesión. Esto pudo percibirse no sólo en el vínculo establecido con los residentes, sino también en las declaraciones inherentes a las dificultades que atraviesan diariamente en su rol, tales como emociones displacenteras y pensamientos automáticos negativos que, en ocasiones, los llevan a dudar de sus propias capacidades: “empezamos a preguntarnos si somos buenos” (Lic. 3, Registro de campo, 16 de noviembre de 2021). Esto pone de manifiesto que, independientemente de las herramientas que posean debido a su formación, los psicólogos también experimentan emociones y padecimientos como cualquier otro ser humano.

En esta misma línea, a lo largo del trabajo no sólo se han descrito las características propias de cada función del psicólogo, sino que también se han plasmado fielmente las expresiones de los profesionales, con el fin de reproducir de la manera más realista posible

las características del diálogo. En este sentido, pudo observarse que el vínculo entre profesionales y residentes se caracteriza por una gran horizontalidad y el empleo de un lenguaje sencillo, promoviendo así la confianza y una correcta aprehensión de las ideas por parte de los residentes. Si bien el psicólogo ocupa un lugar de saber en la medida en que domina ciertas herramientas y técnicas, desde la CT Morra se apuesta a mantener cierta cercanía entre profesional y residente a través del lenguaje, sin que esto implique la ausencia de asertividad en la comunicación. Además, es importante considerar que en la CT Morra se trabaja con una población que presenta diversas afecciones a nivel cognitivo como consecuencia del consumo: de esta manera, el uso de términos complejos podría constituir un obstáculo en la psicoeducación.

Por otra parte, la posibilidad de conocer el funcionamiento de un dispositivo intermedio me ha llevado a reflexionar en torno a la implicancia de la profesión en la implementación de las leyes en materia de salud mental. En este sentido, pudo observarse que además de cumplir con lo establecido por la Ley de Salud Mental 26.657, la impronta de la CT Morra favorece la expresión de la voluntad de los sujetos y propicia el desarrollo de su autonomía en pos de la generación de un proyecto de vida mediante un sistema de asistencia integral basado en la comunidad (CELS, 2015; De Lellis, 2015). Asimismo, considero que la CT Morra promueve una concepción de la salud mental inclusiva y orientada a la perspectiva de derechos al implementar políticas como, por ejemplo, no colocar ningún letrero que pueda estigmatizar a quienes realizan allí su tratamiento (Registro de campo, 24 de junio de 2021). Otro aspecto que refuerza este supuesto es la concepción pluralista de las patologías adictivas que adoptan los profesionales, refiriéndose a ellas con el término “adicciones” y entendiendo que no se circunscriben al consumo de sustancias. Estas medidas denotan una clara tendencia del dispositivo a romper con los prejuicios existentes en el imaginario social en torno a los trastornos adictivos.

Para finalizar, la experiencia de práctica y su posterior sistematización han sido sumamente fructíferas en relación al desarrollo académico y profesional, en tanto me han permitido no sólo aprender sobre el rol del psicólogo sino que me ha posibilitado una aproximación al mismo, tanto desde la observación como desde la práctica. Como observadora participante, me permitió conocer a fondo sus tareas, avatares e incluso imaginar qué intervenciones podría realizar en determinadas situaciones o contextos. La posibilidad de vivenciar situaciones de tensión o urgencias me ha permitido un acercamiento real al ejercicio del rol en una CT y las responsabilidades que ello implica. A su vez, la posibilidad de seguir el proceso de una residente desde su entrevista admisión hasta prácticamente el final de su tratamiento resultó altamente gratificante a nivel personal. Hacia el final de la práctica, la posibilidad de ejercer el rol de tallerista me permitió no solo poner en práctica ciertas habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, sino también confirmar mi interés por el campo de la neuropsicología, impulsándome a especializarme en dicha área. En síntesis, la experiencia no sólo me ha permitido reforzar conocimientos y adquirir otros nuevos: también ha sembrado nuevos intereses e interrogantes en relación a mi futuro desempeño profesional.

10. Referencias

- Aguilar Gil, I y Olivar Arroyo, A (2010). La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales. En D. Comas Arnau (Ed.), *La metodología de la Comunidad Terapéutica* (pp 64-85). Fundación Atenea Grupo Grid.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Barnechea García y Morgan (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tend. Retos*, (15), 97-107.
<https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-15-07.pdf>
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (edición revisada, vol. 1, pp. 375-402). McGraw-Hill.
- Becoña, E (2011). Internet. En J. Bobes., M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual De Trastornos Adictivos* (2º edición, pp. 490-498). Enfoque Editorial, S.C.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coord.). (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Socidrogalcohol.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coord.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Boggiano, J. P. y Gagliosi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional*. Tres Olas Ediciones
- Buela Casal, G., Sierra, J. y Carrobles, J. (1995). Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1), 25-40.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80527102.pdf>
- Caballero Cruz, J. y Pino Perdomo, F (2021). Prácticas profesionales en psicología en tiempos de pandemia: adaptaciones en el desarrollo de la modalidad presencial a la

modalidad virtual en la educación superior. En Colectivo de Autores 2021 (Eds.), *Retos de la educación en tiempos de pandemia* (pp. 60-77). REDEM (Red Educativa Mundial).

https://www.researchgate.net/publication/351367006_Practicas_profesionales_en_psicologia_en_tiempos_de_pandemia_adaptaciones_en_el_desarrollo_de_la_modalidad_presencial_a_la_modalidad_virtual_en_la_educacion_superior

Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En J. Bobes., M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual De Trastornos Adictivos* (2º edición, pp. 17-24). Enfoque Editorial, S.C.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio.* CELS
http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf

Cervantes Sanjuán, M y Sales Guardia, J (2010). La metodología de la comunidad terapéutica en centros residenciales de salud mental. En D. Comas Arnau (Ed.), *La metodología de la Comunidad Terapéutica* (pp 324-348). Fundación Atenea Grupo Grid.

Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). Declaración de principios. 30 de noviembre de 2013 (Argentina).
<https://fepra.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>

Comas Arnau, D. (2010). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D. Comas Arnau (Ed.), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp. 13-42). Fundación Atenea Grupo Grid.

- De Lellis, M (2015). Un nuevo paradigma en Salud Mental: ejes de la transformación. En M. De Lellis (Comp.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp 85-115). Ediciones Nuevos Tiempos.
- De León, G (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones*. Desclée de Brouwer.
- Díaz, M.I., Ruiz, M.A y Villalobos, A (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. En M.A Ruiz, M.I Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (pp. 29-86). Desclée de Brouwer.
- Díaz, M.I., Ruiz, M.A y Villalobos, A (2012). El proceso en Terapia de la Conducta: la evaluación conductual. En M.A Ruiz, M.I Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (pp. 99-146). Desclée de Brouwer.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-10. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- Galende E. y Kraut A. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial
- Gallego Luis, R y Castaño Catalá, R. (2021). Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en los psicoterapeutas españoles. Nuevos desafíos en psicoterapia psicoanalítica. *Clínica e investigación relacional*, 15, (1), 206-213. https://aepdsh.es/wp-content/uploads/2021/04/10_Gallego-Casta%C2%A4o_Impacto_Covid-19_Psicoterapeutas_CeIR_V15N1.pdf
- García Barthe, M. (1997). La ética en la formación del profesional de Salud Mental. *Revista Psicoanálisis y Hospital*, 6 (12), 86-89.
- Guardia, J., Surkov, S.I. y Cardús, M. (2011). Bases neurobiológicas de la adicción. En J. Bobes, J. Casas, y M. Guitiérrez (Eds.), *Manual De Trastornos Adictivos* (2º edición, pp. 27-35). Enfoque Editorial, S.C.

- Hurtado Franco, J. y Muñoz Ortega, L (2011). *Evaluación de las comunidades terapéuticas: una revisión documental* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana].
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12517/HurtadoFrancoJuanSebastian2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jara, O (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. Entrevistado por periodista. *Decisio* 28. Enero-Abril 2011: 67-74.
https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf
- Jara, O (2011). Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias.
https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- Lagache, D. (1982). Ficha de cátedra en base al texto de “Psicología clínica y método clínico” de Lagache D., *Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y métodos clínicos. Otros estudios* (141-156). Paidós.
- Lago, L. (comp) (2013). *El taller como dispositivo en salud. Guía teórica-práctica para talleristas*. Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones.
- Ley 7.106 de 1984. Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 27 de septiembre de 1984. Recuperado de <https://cppc.org.ar/disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-psicologia/>
- Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. No 32041.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.934 de 2014. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 30 de abril de 2014.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>

- Llorente, J. M., Mezo, M. y Barrutia, I. (2011). Comunidades Terapéuticas. En J. Bobes., M. Casas. y M. Guitiérrez (Eds.), *Manual De Trastornos Adictivos* (2º edición, pp. 293-300). Enfoque Editorial, S.C.
- Llorente del Pozo, J. M. y Fernández Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, *11* (4), 329-336.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/612/601>
- López, G.A. (2012). Ética e Historia clínica. *Ética y Cine Journal*, *2* (3), 21-26.
- Mañas Mañas, I (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología* (40), 26-34.
<https://pavlov.psyciencia.com/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
- Perez Álvarez, M (2006). La terapia de conducta de tercera generación, *Edupsykhé*, *5* (2), 159-172. <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3781>
- Pinel, J (2007). *Biopsicología*. Pearson
- Rodríguez Cueto, I. (2010). Aprendiendo a trabajar en equipo: Competencias básicas para ser eficaces. En D. Comas Arnau (Ed.), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp. 84-137). Fundación Atenea.
- Rodríguez Marín, J (1998). Psicología de la Salud y Psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo*, *69*. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=772>
- Roldán Intxusta, G. (2010). El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. En D. Comas Arnau (Ed.), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp. 138-167). Fundación Atenea Grupo Grid.
- Ruiz Sánchez de León, J.M. y Pedrero Pérez, E.J. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Panamericana

- Ruiz, M.A., Díaz, M.I y Villalobos, A (2012). Técnicas operantes. En M.A Ruiz Fernández, M.I Díaz García y A. Villalobos Crespo (Eds.), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (pp. 156-187). Desclée de Brouwer.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I y Villalobos, A (2012). Terapia Cognitiva. En M.A Ruiz Fernández, M.I Díaz García y A. Villalobos Crespo (Eds.), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (pp. 364-404). Desclée de Brouwer.
- Sanatorio Morra (s.f.). Historia. Recuperado el 25 de abril de 2022 de <https://www.morrasanatorio.com/copia-de-obras-sociales>
- Sánchez, A; Alonso, J; Oñorbe, J (2011). Legislación en trastornos adictivos. En J. Bobes., M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual De Trastornos Adictivos* (2º edición, pp. 347-354). Enfoque Editorial, S.C.
- Soto Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. y Jiménez, F (2010). Internet y Psicología Clínica: Revisión de las Ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), 19-37. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4082/3936>
- Traverso, G. y Salem Martínez, T. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*. 36 (1) 37- 46. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/91-Texto%20del%20art%C3%ADculo-228-1-10-20201130.pdf>
- Villalobos, A., Díaz, M.I y Ruiz, M.A (2012). Mindfulness. En M.A Ruiz Fernández, M.I Díaz García y A. Villalobos Crespo (Eds.), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (pp. 470-508). Desclée de Brouwer.
- Villalobos, A., Díaz, M.I., Ruiz, M.A y González, M.P (2012). Terapias de tercera generación. En M.A Ruiz Fernández, M.I Díaz García y A. Villalobos Crespo (Eds.), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (pp. 516-549). Desclée de Brouwer.

Washton, A. y Boundy, D. (2009). *Querer no es poder: Cómo superar y comprender las adicciones*. Paidós.