

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

***El rol de la comunidad terapéutica como parte
del proceso de formación del psicólogo.***

Autora: Priotti, Silvia del Valle

Legajo N°: P-2292/6

Docente responsable: Psic. Adad, Guillermo

Rosario, 2020

2

AGRADECIMIENTOS

Me llena de emoción hoy estar aquí en este momento tan anhelado y apreciado y obviamente no es solo un logro personal, sino compartido con mucha gente querida.

Agradezco a la Universidad Nacional de Rosario y a la Facultad de Psicología, por brindarme la posibilidad de cursar la carrera en sus espacios, como así a sus profesores y mis compañeros, gente hermosa que conocí, que me enriquecieron con sus conocimientos y saberes con momentos maravillosos horas compartidas, charlas, trabajos grupales, exámenes rendidos, ¡inolvidables!

A las Comunidades Terapéuticas que me han abierto sus puertas generosamente para adquirir experiencia en el trabajo psicoterapéutico.

A todos y cada uno de los docentes del espacio TIF ,a mi director Ps Guillermo Adad que siempre estuvo dispuesto a guiarme en este recorrido con mucha paciencia y dedicación y al resto de los profesores que aceptaron ser parte de esta importante instancia que me permite recibirme de psicóloga.

Quiero agradecer a mi familia Paz, Juan y Marito por haberme acompañado, contenido y alentado todos estos años impulsándome enfáticamente en este último tramo; definitivamente sin ese valioso apoyo no podría haber llegado hasta acá.

El amor que sentí de parte de la familia, no solo mi núcleo familiar, sino toda la familia, mis padres, hermana, cuñados, sobrinos, hijas del corazón y la llegada de nuestro nieto Lorenzo que me impulso aún más a querer recibirme.

A mis amigas incondicionales que han seguido tan de cerca, con tanto amor y sostén, todos estos años, con tantas anécdotas increíbles.

Por último, y no menos importante, valoro mi empeño, tenacidad, gran esfuerzo y pasión que me permitieron hacer este recorrido y lograr mi gran deseo, que se generó cuando

tenía

quince años y decidí que quería estudiar psicología, evidentemente la vida tiene muchos caminos inusitados y me llevo mucho tiempo poder concretarlo, pero esto demuestra que cuando hay un gran anhelo, siempre hay tiempo para concretarlo.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
DESARROLLO.....	8
CONCLUSIÓN.....	2
2	
BIBLIOGRAFÍA.....	24

RESUMEN

El tema de este ensayo se recorta de un relato de mi experiencia como pasante y residente en dos comunidades terapéuticas en adicciones de la ciudad de Rosario, y el rol que tiene la comunidad terapéutica como parte del proceso de formación del psicólogo.

Parto de la pregunta, ¿Qué es la comunidad terapéutica?, ya que no hay una única forma de definirla, pues cada comunidad tiene su impronta de trabajo. Seguidamente realizo una breve reseña histórica del surgimiento de las Comunidades Terapéuticas a nivel mundial hasta llegar a nuestro país.

Posteriormente planteo la dinámica de trabajo en ambas comunidades terapéuticas, focalizando en el trabajo terapéutico grupal familiar, referenciando ejemplos y exponiendo el

rol del psicólogo en el mismo.

Y finalmente se enfatiza la importancia del trabajo con las familias de las personas con consumos problemáticos para la posible recuperación del mismo, trabajando sobre los límites que se deben marcar y enmarcar dentro de los grupos familiares, como así también desde las instituciones.

6

INTRODUCCION

La elección del tema para este trabajo integrador final (TIF) de la carrera de Psicología me resultó una tarea sencilla; siempre fue una inquietud formarme como terapeuta en terapia grupal. Es un enfoque que se diferencia de la atención clínica individual, temática en la cual estoy formada académicamente, aún así reflexiono que la terapia grupal a través de su grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias de afrontamiento y de recursos cognitivos, emocionales, adaptativos para afrontar el cambio.

Elegí realizar el TIF sobre *“el rol de la comunidad terapéutica como parte del proceso de formación del psicólogo”*. Dicha elección obedece a mi experiencia personal por haber asistido en condición de pasante y residente, en dos comunidades terapéuticas en adicciones, de la ciudad de Rosario”.

Cursando hacia la mitad de la carrera de grado, en el año 2013, un profesor de la cátedra Biológica II de la facultad de Psicología, me convoca para realizar una pasantía de tres meses en una comunidad terapéutica de la ciudad de Rosario, donde él era y es actualmente el director. Esa experiencia fue muy formadora y enriquecedora, en la misma permanecí durante dos años, lo que permitió incursionar en todos los ámbitos y espacios de la comunidad terapéutica como así también en el centro de día.

Al llegar el momento de realizar la residencia clínica mi elección fue, sin dudas, en relación a la temática sobre adicciones y el efector elegido fue la Comunidad terapéutica “Esperanza de vida”. En ella permanecí, en total, durante siete meses, de los cuales cinco meses, conformaron mi trabajo final de la residencia clínica de pre grado, Prácticas Profesionales Supervisadas específicamente sobre el dispositivo del grupo familiar.

7

A partir del mes de enero del año 2018, fui nuevamente convocada por la comunidad terapéutica antes mencionada, para asistir, por mi experiencia adquirida en la residencia clínica, a la institución para continuar con mi formación en adicciones. Mi rol era de observadora no participativa en los dos grupos de familia con los que trabajaba la institución en ese momento, uno pertenece al centro de día y el otro a la instancia de internación. Luego de un tiempo integre el espacio de “prevención de recaídas”.

Este trabajo está basado, como expuse anteriormente, en mi experiencia en las comunidades terapéuticas en las que me formé y continúo haciéndolo; por ende, voy a hacer un recorrido sobre lo que son las Comunidades Terapéuticas, su organización, trabajo y metas, sobre todo, revalorizando el trabajo con los pacientes, sus familias y el trabajo del psicólogo; recurriendo a ejemplos de situaciones que se suscitaron en ambas comunidades.

8

DESARROLLO

Para comenzar y situar el presente trabajo, considero importante partir de la pregunta qué es la Comunidad Terapéutica.

No hay una única forma de definir a la comunidad terapéutica, cada comunidad tiene su

propia impronta de trabajo, además teniendo en cuenta que es un proceso de construcción y respetando las particularidades de cada lugar en la que está inserta.

Haciendo una breve reseña histórica del surgimiento de las comunidades terapéuticas podríamos decir que las mismas surgieron hace aproximadamente 70 años. Empiezan en Estados Unidos y en Italia con diferentes proyectos que parten de lo que serían los hospitales psiquiátricos. Maxwell John, en Estados Unidos, Daniel Casriel y muchos otros fueron viendo la posibilidad de abrir los muros de los hospitales psiquiátricos y promovieron a los pacientes, a los internos, a los “locos”, la posibilidad de la rehabilitación en sus propios tratamientos; es decir que fueron ocupando diferentes roles y lugares que ayudaron a apropiarse de su recuperación. A la par se fue gestando otra perspectiva; un grupo de personas aprovechó esta experiencia de apertura de muros y fueron creando diferentes comunidades para la asistencia de adictos. En Italia, el proyecto “UOMO”, y a su vez en los Estados Unidos, hacia los años 50, Charles E. Dederich, luego de recuperarse en alcohólicos anónimos, armo un grupo en su casa de Los Ángeles donde pretendía un abordaje más desafiante y más interactivo para lograr la abstinencia, es por esto que empezó a acoger en su casa grupos de A.A. (Alcohólicos Anónimos) a los que pronto se sumaron heroinómanos, estos encuentros estimulaban las discusiones. Enseguida los heroinómanos en recuperación, por razones económicas, empezaron a vivir juntos: así se formó la primera comunidad terapéutica. Con este modo “diferente” de organización social, que se empezó a llamar a sí misma “Synanon” programa para la recuperación de adictos a las drogas, se concluyó que se podía obtener

9

abstinencia de la heroína sin intervención médica, respuesta que la sociedad “exterior” no tenía hasta el momento y era muy buscada. A principios de la década del ‘60, en Nueva York, se pone en marcha “Daytop Village”, un centro de día con un modelo de recuperación donde se vuelve más elástica la jerarquía y se propone como objetivo la completa reinserción social del adicto.

En nuestro país a mediados de la década del '70 el Pastor Carlos Novelli, con el Programa Andrés, daba los primeros pasos en una problemática aún desconocida para esa época. Durante este primer intento argentino se vivía en el campo, en una granja, y se sostenía en la religión. A partir de esto se empiezan a formar los primeros programas en Argentina y después se va extendiendo por todo Latinoamérica. Novelli viajó a los Estados Unidos, Inglaterra e Italia y trajo los primeros modelos conceptualizados de comunidad terapéutica.

Las comunidades terapéuticas tradicionales (*rurales*) trabajaban con la modalidad de granjas, de aislamiento. La dificultad de las mismas se encontró en que en el período de reinserción social (entendido como la vuelta a casa) se producían muchísimos abandonos, muchísimas deserciones y un porcentaje muy alto de recaídas. Esto se daba porque en el trabajo en granja se idealizaba mucho lo que es volver a la sociedad, cuando las personas llegan a la etapa de reinserción se encuentran con muchas frustraciones, muchas necesidades y angustias que no se pueden resolver. Con el paso del tiempo se empezaron a desarrollar las comunidades terapéuticas *urbanas*, que utilizan el mismo modelo de comunidad terapéutica, el mismo objetivo de trabajo, pero con la diferencia que no se trabaja con el sistema de aislamiento. La persona en tratamiento no está aislada en ningún momento de su entorno ni de ningún vínculo positivo. Se trata sí de un alejamiento paulatino de cualquier vínculo que se pueda considerar negativo. Y se da un cambio fundamental que es la consideración de lo que sería la reinserción social. De este modo, la reinserción social ya no se toma como la última parte del tratamiento, como la etapa de volver a casa, sino que está contemplada desde un primer momento.

10

En la actualidad, estoy integrando el grupo de *reinserción social* que, en esta institución, a diferencia de la otra, no se lo trabaja como la instancia de culminación del tratamiento, sino que se adapta a las exigencias de la época, por ejemplo. Integran este espacio pacientes a partir de los 20 años de edad en adelante (en estos momentos); ellos son estudiantes,

trabajadores, que por cuestiones que incumben a sus actividades no pueden asistir al centro de día, espacio en el que se realizan talleres y grupos terapéuticos, de lunes a viernes durante cuatro horas, ya sea de mañana o de tarde. Estas personas que son adictos en recuperación, utilizan este espacio grupal como apoyo, aprendizaje, contención y rehabilitación. Muchos de ellos son acompañados y asistidos por sus familias, que a su vez integran su propio espacio terapéutico.

Continuando con la conceptualización de las comunidades terapéuticas se las pueden definir, según la Fundación Manantiales: como “ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces”.

Por otra parte, además de la importancia de la comunidad como el agente primario del cambio, un segundo principio fundamental de las comunidades terapéuticas es la “auto ayuda”. La auto-ayuda implica que las personas en tratamiento son los principales contribuyentes al proceso de cambio. La “auto-ayuda mutua” significa que las personas también asuman una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros, un aspecto importante del propio tratamiento de la persona.

Entre los principales ejes a trabajar y metas a lograr en el tratamiento en dichas instituciones, uno de los más importantes es la reinserción de las personas con consumo problemático, lo que implica promover un cambio global en su estilo de vida, la abstinencia en el uso de drogas, la eliminación de su conducta antisocial, el desarrollo de las capacidades

laborales, de sus actitudes y valores que promuevan su bienestar. Esta aproximación rehabilitadora se hará mediante la participación en la comunidad terapéutica, entendiéndola

como un contexto en donde los pacientes y el staff facilitan el cambio evolutivo, social y psicológico. Si bien desde un comienzo en las Fundaciones plantean como fin necesario el abstencionismo, éste por sí solo no sería suficiente, sólo sería para no consumir por un tiempo y luego probablemente recaer. De este modo, concebimos que el trabajo en las instituciones apunte a lograr la *sobriedad* de los pacientes, es decir, a que los mismos se cuestionen el propio estilo de vida que llevan y no la sustancia en sí misma. Si bien en estas comunidades terapéuticas se trabaja en base a la idea de sobriedad, el enfoque abstencionista también es un pilar importante. En la institución se plantea que dejar de consumir es relativamente lo más fácil, en cuanto ingresan a la rehabilitación, ya no consumen más, lo difícil es trabajar para modificar sus vínculos, esa rotura con los lazos sociales que los llevo al consumo. Generalmente esos lazos rotos conflictivos, algunos son por vínculos demasiados absorbentes, apegados, otros por no ser visibilizados, o por taponar el deseo con el dinero. Padres, padres sustitutos, abuelos, tíos, que no pudieron o no supieron imponer límites y marcar la ley. El trabajo terapéutico es intenso, requiere de mucho compromiso para con ellos mismos, con sus compañeros, con sus familias y con la institución, que cuenta con muchos dispositivos terapéuticos para promover la rehabilitación.

A mi entender, se podría decir que dichas comunidades se perfilan con un modelo de prevención entendiendo a la misma como una manera de enfrentar las causas sociales de los padecimientos como así también la búsqueda de soluciones. Este modelo tiene la intención de recuperar la capacidad productiva de los sujetos, de restaurar los lazos sociales deteriorados, y favorecer la reinserción. Creando para tal fin espacios de contención, considerando la situación histórica que llevo al paciente a esa situación problemática de consumo como así también el trabajo conjunto con la familia manteniendo una comunicación fluida entre la comunidad y los familiares para favorecer la rehabilitación del residente.

Ambas comunidades asumen el compromiso de trabajar, mutuamente, todo el equipo de profesionales y sus residentes. Son una microsociedad en la cual sus formas, sus fondos están contruidos sobre cimientos sólidos que aseguran la subsistencia y la eficacia de las mismas. La meta de trabajo es acompañar amorosamente con límites el trabajo de rehabilitación de sus residentes.

Es pertinente mencionar que según la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657 y su DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013 vigente, en el CAPÍTULO V – MODALIDAD DE ABORDAJE, ARTÍCULO 8° impone:

“Debe promoverse que la atención en salud mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes del equipo interdisciplinario”.

Estas comunidades terapéuticas realizan un abordaje interdisciplinario de trabajo e intersectorial, que se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, realizando reuniones de equipo semanalmente para pensar estrategias de intervención y realizar el seguimiento de los casos.

Hago la salvedad que ambas instituciones si bien, como dije anteriormente, trabajan desde sus cimientos de manera similar son diferentes, porque en la CT (Comunidad Terapéutica) donde realicé la residencia no se aceptan pacientes con patologías de base, sumado a que el caudal de pacientes es acotado por decisión del perfil de trabajo, por lo tanto, los logros que se realizan es en menor tiempo y más satisfactorios. A diferencia de la CT en la que estoy actualmente, además de haber mayor cantidad de pacientes, muchos de ellos padecen patologías duales o son borderline.

En ambas Comunidades a las que asistí pude observar un amplio compromiso con los pacientes y se evidencia en el “*trabajo artesanal*” como ellos dicen que realizan.

La Comunidad Terapéutica, pensándola como propuesta para un cambio del drogadependiente asume que la familia es un factor clave en el tratamiento, por ende, es necesario un espacio de trabajo y contención a la institución familiar donde se interroga a los roles familiares, la afectividad, y poder trabajar los vínculos.

Es observable que la droga no es la causa del malestar, y del consumo, sino la consecuencia del mismo. Estos pacientes asistentes a dichas Comunidades Terapéuticas dejan evidenciar en sus discursos una problemática familiar muy marcada.

Cada persona que ingresa a realizar el tratamiento de recuperación tiene un nombre, una historia, un pasado, un presente y un futuro, tiene una familia, a la cual se encarga, desde la institución, que los acompañen y trabajen a la par, brindándoles un espacio para ellos. Todos ellos están contenidos desde el afecto, los límites, las obligaciones y las responsabilidades.

La modalidad de trabajo en la comunidad es grupal, esto no es azaroso. Si pensamos qué es un grupo nos remitimos a la etimología del origen de la palabra *grupo* que proviene del italiano “*gropo* o *gruppo*” que en un primer momento su sentido fue de “nudo”, luego va a hacer alusión a conjunto o reunión. Una de las funciones básicas del grupo es la de sostén, es decir que el grupo es resignificado como un refugio en el cual se vive como un lugar de libertad, contención, encuentro, respeto, de creatividad. La experiencia grupal es una experiencia reparadora de la propia experiencia grupal familiar y de la experiencia social. Otra acepción proveniente del germano occidental es *kruppo* que significaba masa redondeada, lo cual llevo a la idea de “circulo”. A mediados del siglo XVIII se designó grupo a una reunión de personas.

Haciendo referencia al trabajo, al cual asistía como pasante, basado en los grupos terapéuticos con los pacientes y sus familias, estos permanecen en espacios físicos

14

separados, aunque la modalidad de estructura es la misma; se sientan en círculo, permitiendo que todos puedan mirarse entre sí. Hay discrepancias en la ubicación de las coordinadoras de ambas comunidades, en una la psicóloga social trabaja sola y se ubica siempre en la cabecera de la mesa, marcando su posición, considerando de mi parte, que esta posición es pertinente porque de alguna manera ella organiza y ordena al grupo. Yo, en mi rol de co

coordinadora me ubicaba a la par de ella; esto permitía que pudiéramos trabajar en conjunto. Lo destaco porque la coordinadora ponía *límites* muy marcados, que me hicieron evaluar y tenerlo en cuenta para mi propia formación. En la otra institución, los coordinadores trabajan de a dos, no se sientan a la par, se ubican en cualquier lugar. Esta disposición en el espacio terapéutico se puede pensar como una estrategia de trabajo porque cada equipo tiene una visión diferente en cuanto a la posición espacial; aunque también es pertinente considerar que la ubicación podría dificultar el trabajo si quieren consultarse.

Introduciéndome en la temática familiar, me apropio de las palabras de S. Minuchin quien sostiene que: *"La familia constituye un factor sumamente significativo en este proceso. Es un grupo social, natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. En muchos casos se la puede considerar como la parte extra cerebral de la mente"*. (Minuchin, 1999)

Salvador Minuchin, fue médico psiquiatra y pediatra argentino, destacado terapeuta familiar y creador de la terapia familiar estructural. Su manera de evidenciar y trabajar con las

familias me ha llevado a introducir sus aportes teóricos para mi trabajo los cuales considero pertinentes para pensar cómo influyen las familias en el individuo y viceversa.

En el trabajo con familias se intenta ayudar a modificar el contexto inmediato de las personas. Al modificar la relación existente entre una persona y su contexto familiar consecuentemente modifica su experiencia subjetiva.

15

Ahondando más en el tema de los grupos familiares , citando nuevamente a Minuchin, quien plantea a la estructura familiar como un sistema que funciona con pautas transaccionales y límites. Estas pautas transaccionales establecen un cómo, cuándo y de qué forma se relacionan los integrantes de una familia y es así entre otras funciones cómo se organiza y se sostiene el sistema. Las operaciones repetidas en un contexto y en un momento dado van a ir constituyendo una pauta transaccional. Por ejemplo, una madre que le dice a su hijo que coma con la boca cerrada y éste le hace caso, no sólo va a definir la relación, sino que va a ir marcando una pauta transaccional.

“Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos posean niveles de autoridad diferentes. El segundo sistema de coacción es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia”. (Op cit)

“Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad”.(Op cit)

Las quejas que mayormente se escuchan tanto por parte de la familia como de los pacientes, tienen relación directa con la no aceptación o rompimiento de las pautas transaccionales, el trabajo que se realiza desde la institución es poder rearmar pautas que

sean alternativas apelando a la flexibilidad del sistema familiar, sin perder la estructura del mismo. Es un espacio de aprendizaje constante, de reflexión y diálogo, que no sólo se limita a cuando están en tratamiento. Mediante la institución se trabaja conjuntamente entre el grupo y los coordinadores para aprender a flexibilizar y darse las oportunidades de cambios.

La posibilidad de cambios es de fundamental importancia, para que la familia pueda continuar como sistema es vital la adaptación a las nuevas circunstancias.

16

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas, es decir que los mismos pueden estar formados por sexo, generación, función, etc. Claramente cada individuo va a pertenecer a diferentes subsistemas dentro del ámbito familiar, se es hijo, padre, tío, hermano, sobrino, etc. Estos subsistemas van a conformar relaciones simétricas y complementarias. Por ejemplo, el subsistema conyugal tendrá una relación simétrica entre ellos y a su vez tendrá una relación complementaria respecto al subsistema parental.

La organización de los subsistemas es clave para el buen funcionamiento familiar y esto se realiza a través de los *límites*, quienes van a determinar quienes participan del subsistema y de qué manera lo hacen. Los límites van a tener como función proteger la diferenciación del sistema. Es fundamental que los límites sean claros para que el funcionamiento familiar sea adecuado.

En los espacios grupales familiares, se evidencia, a partir de la escucha del trabajo con los padres, la dificultad que suscitan los límites en el interior de una familia.

En uno de los encuentros del grupo de familia, se sitúa en eje para trabajar la temática sobre los límites, problemática en la que se perciben constantemente falencias entre las familias. Es de fundamental importancia realizar un trabajo marcado, exhaustivo, que atraviese transversalmente los encuentros terapéuticos.

No obstante, revisando mi paso por ambas instituciones evidencio que los límites tienen que ser considerados como base fundacional de las instituciones terapéuticas para luego trasladar esos aprendizajes a sus familias.

Durante varios encuentros se realizó un trabajo sobre los límites. La temática estaba direccionada sobre la pregunta ¿qué pensaban que eran los límites? ¿qué se podría decir sobre ellos? Los padres pudieron definir que los límites son bordes o fronteras, como es una división que marca separación. Además, los definieron como un corte, una restricción, una limitación y una delimitación.

17

Expongo aquí algunos ejemplos: Una madre dijo “hasta acá llego yo, este es mi límite”. Otra sostuvo “lo pienso como una pileta llena de agua, que a veces se desborda”. Otra madre sostuvo: “yo le pongo límites, cuando digo no es no, ahora si tengo que masticarle la manzana, se la mastico”. Cada una de estas madres que presenté como ejemplos en sus dichos dejó evidenciar su relación con respecto a sus hijos y al tratamiento.

En el caso de la primera mamá hace dos años que están en tratamiento, fue y sigue siendo un proceso arduo pero eficaz, de mucho aprendizaje individual y familiar, el hijo en este tiempo nunca recayó. En el segundo caso la familia hace poco tiempo que está en tratamiento y los límites y las relaciones familiares se desbordan a menudo, cuesta mucho poner límites y reestructurar la familia. En el último ejemplo la madre le da la medicación en tiempo y forma, no le permite las salidas solo, pero sí lo lleva todos los fines de semana al club adonde están los amigos de consumo y cuando el hijo ha mejorado ella no supo qué hacer con él, porque él ya no la necesitaba.

Los límites no sólo se evidencian respecto a la familia, sino también a las instituciones. En relación a los grupos de familia, muchos llegan tarde interrumpiendo o cortando la reunión, incluso utilizan el celular mientras están en el grupo y nadie interviene al respecto. Un día una mamá llegó comiendo un helado y si bien todos hicieron comentarios al respecto éstos

fueron en forma de chistes, incluso desde las terapeutas. Estos son algunos de los ejemplos, que como expuse anteriormente, me lleva a pensar que los límites también deben partir desde la comunidad, para luego transpolar a sus familias. Entiendo que, si bien el grupo es un lugar de libertad, comunicación, encuentro, también lo es de respeto, y debe ser pensado como una experiencia que repara al individuo, a su grupo familiar, y a los integrantes del espacio compartido.

En “Esperanza de vida”, tiene como modalidad que al ingresar un nuevo integrante al grupo terapéutico se le da de regalo un prendedor como parte de la pertenencia al grupo y el mismo es indispensable llevarlo puesto en cada encuentro. Un día, una mamá que viaja desde 200

18

kilómetros para asistir al grupo, lo marco porque es significativo viajar para asistir al grupo de familia, se olvidó el prendedor. Ante esta situación la coordinadora le dijo que tenía que quedarse parada las dos horas durante la duración del grupo, según la misma esto funciona como aprendizaje para no olvidárselo más. La mamá le pidió, a la coordinadora, si se podía quedar una hora parada porque había caminado desde la terminal de ómnibus hasta la institución, quedando a unas 45 cuadras de distancia. Es significativo que todo el grupo se quedara en silencio.

Seguidamente la mamá pregunta si puede comenzar a hablar en el grupo y cuenta una situación familiar que la angustia mucho, llora, se sienta y al darse cuenta, que estaba haciendo algo prohibido, se vuelve a parar. El grupo interviene en base a lo que ella plantea de la situación que la angustia, pero ningún integrante del grupo hace referencia a que estaba de pie, lo que evidencia que se encuentra en desventaja por estar parada.

Este hecho hace visible que el límite que marcó la coordinadora es parte del encuadre grupal, conocido y aceptado por todos los integrantes.

En otra oportunidad, un papá empieza a comentar que estaba contento con la buena

relación que estaba construyendo con su hijo. Cuenta que un domingo a la mañana el hijo le pide que lo lleve al barrio donde se crió para ayudarlo a hacer la mudanza a un amigo. A medida que iba relatando con mayor precisión la situación, el resto de los padres comienzan a hacer preguntas y comentarios, como por ejemplo, "por qué lo había llevado con los amigos anteriores?", "eso no estaba permitido", "dejarlo todo el día ahí, estaba mal" "Si el domingo era el día que habían estipulado para estar juntos porque no lo hizo respetar?", etc. Yo evidenciaba como a medida que el relato avanzaba lo habían ido colocando en "un encierro sin salida", roles de sabotadores, donde ya casi llegando al final del relato, el papá expresa que cuando él vuelve a la tarde a la casa de otro de los amigos de su hijo para llevarles las llaves del departamento baja uno de los amigos con un cigarrillo "medio raro para mí" en palabras del padre, por lo que la coordinadora le pregunta si es un porro, el padre asienta y

19

a partir de ahí comienza como una persecución al papá por parte de los otros integrantes del grupo, mediante acusaciones y afirmaciones pocos productivas para ayudarlo en esa situación, que lo hace sentirse confundido.

Mi rol de observadora no participante, en este caso, no me permite intervenir, pero como lugar de aprendizaje me llevó a pensar mi posible intervención la que hubiera sido no consentir esa actitud persecutoria, ni los tonos de la conversación. Como estrategia de intervención, considero que era necesario tratar de correr a esos padres del rol de sabotadores, para centrarnos en la tarea y que trabajaran sobre los avances del papá en su relación filial. Supongo que la falta de un señalamiento en el momento indicado por parte de la coordinación o de algún integrante del grupo puede llevar a situaciones confusas que no son productivas para la tarea grupal. Podemos pensar, además, que la situación que se vivió hace evidente que la forma de manejarse en el espacio grupal demuestra, ya que el grupo funciona como espejo, que de la misma manera lo hacen en sus hogares y con sus familias y si por parte de la coordinación terapéutica, no hay intervenciones pertinentes,

puede llevar a situaciones confusas y que no son productivas para el tratamiento.

El grupo operativo va a obrar sobre el aprendizaje y la terapia. Todo grupo de aprendizaje es terapéutico y todo grupo terapéutico es también de aprendizaje. Estos grupos van a trabajar sobre las estructuras familiares y la comunicación, intentando reflexionar sobre los obstáculos y resistencias que se suscitan en estas relaciones familiares. Estas resistencias suelen devenir de un miedo a abandonar los hábitos conocidos y a la posibilidad de cambio que suscitaría una nueva forma de relacionarse entre los miembros de la familia y con los demás, lo que genera mucha inseguridad y temor.

En relación al trabajo del psicólogo en el ámbito grupal, considero que el foco se incrementa y da más posibilidades de intervención terapéutica en este tipo de problemática ya que permite una amplitud en la mirada si se trabaja en el ámbito familiar. Abarcar mayor

20

información posibilita, mediante el trabajo interdisciplinario, cooperar en la recuperación del paciente con problemática adictiva, y también sumado a las demás voces del grupo.

Siguiendo la línea de pensamiento de M. Mahoney, considerado como terapeuta de terapeutas, y transpolando sus ideas desde mi perspectiva, al trabajo del psicólogo en lo grupal, puedo sostener que la importancia de este proceso de compartir con los otros es fundamental, el abrirse hacia los demás, pedir ayuda, compartir el dolor, sufrimientos, historias inimaginables, sobretodo para el terapeuta, ya que muchas familias comparten ese sufrimiento y sus propias vivencias son las mismas, en muchas ocasiones que la de los demás. Aun así, estas personas, esperan del terapeuta siempre una luz de esperanza, para su padecimiento subjetivo.

Desde mi mirada, como futura psicóloga, considero de suma importancia que el terapeuta no aparezca como dotado de un saber absoluto, sino que empatices con los integrantes del grupo, facilitando la retroalimentación que genera el mismo, difundiendo respeto,

cooperación, brindándole las herramientas necesarias para este proceso de reestructuración, permitiendo el feedback y aceptando las enseñanzas de los demás como un camino mutuo de crecimiento.

Lo expresado anteriormente puede llevar a pensar que el terapeuta es un integrante más del grupo, J. Zinker sostiene que esto no es así si el terapeuta conoce su rol y su posición, evidencia, por ejemplo, que si el terapeuta por alguna razón, saliera de la sesión tendría un impacto mucho mayor en el grupo, que la de cualquier otro integrante del mismo.

Volvemos a observar, de esta manera, como se posicionan los integrantes del grupo, el rol que se les adjudica a cada uno y que cada integrante va asumiendo, pudiendo pensar que así lo hacen en sus propias familias. El terapeuta no tiene que perder de vista este “juego”, porque es en base a esto con lo que va a trabajar.

El psicólogo que trabaja desde la terapia grupal tiene una tarea difícil, la de ayudar a generar la cohesión del grupo, esto va a abrir el camino hacia el respeto entre los integrantes

21

y para con él, permitiendo la circulación de la palabra y que todos sean escuchados, dándole lugar a los silencios y a los tiempos de cada uno, permitiendo que las emociones fluyan y tengan un papel importante en las sesiones; esto que tal vez se lee como sencillo es una ardua tarea, teniendo en cuenta que son familias disfuncionales, que si bien acompañan al paciente con problemas en adicciones, quieren que su familiar se recupere pero les cuesta mucho trabajo asimilar que también tienen que modificar la funcionalidad de la familia. Otro de los factores que dificulta la tarea grupal es que los grupos de familia en recuperación de adicciones son muy fluctuantes en cuanto a sus integrantes, es factible que todas las semanas haya nuevas personas que se suman a los mismos por ende el trabajo es más irregular y hay que ir conociendo a esas nuevas integrantes, que, si bien seguramente van a enriquecer al grupo, las circunstancias llevan a que sea una

readaptación permanente al mismo.

22

CONCLUSION

A modo de conclusión y desde mi experiencia como pasante y residente de comunidades terapéuticas de psicología, apoyándome en los planteos de la terapia estructural de Minuchin, y posicionándome en este rol de pre profesional y futura psicóloga, mi aporte es pensar un posible proyecto de trabajo donde los dispositivos grupales se piensen integrados por el grupo familiar completo, es decir, los pacientes y su grupo familiar.

En la actualidad, en las comunidades terapéuticas, de las que he participado se trabaja en dos dispositivos grupales diferentes, uno compuesto por las familias y el otro por los pacientes.

Considero que sería sumamente productivo sumar otro espacio a los ya estipulados donde se trabajará conjuntamente con la familia y los pacientes, aunque no desconozco que por cuestiones de tiempo y dificultades económicas se obstaculiza reunir al grupo familiar para trabajar terapéuticamente.

Como es sabido no todos los padres de los pacientes asisten a los grupos de familia y los que lo hacen, no asisten regularmente todas las semanas (exceptuando algunos casos).

Esto deja vislumbrar cómo la familia deposita, lo que ellos denominan, “la enfermedad del adicto” en manos de los profesionales y de la institución y no pueden pensar que el síntoma es una construcción que se fue gestando en sus hogares y que algo “está diciendo”.

Aún así remarco que el trabajo de estas instituciones se evidencia en la construcción de nuevos pensamientos creadores de quienes no se daba ya esperanza de una nueva vida. Es realmente alentador para todos lo que conforman la institución, tanto el staff como, para mí, poder ir descubriendo la posibilidad de que el cambio existe. El trabajo es arduo, complejo, muy fatigoso y constante, pero con el tiempo y la decisión de querer un cambio, éste llega.

Finalizando el camino sinuoso de la escritura del presente trabajo, que se resume en tres letras, TIF, pero que abarca años de recorridos por la facultad, muchísimas horas de cursado,

23

y de textos leídos y estudiados; exámenes rendidos y materias aprobadas; personas que llevaré por siempre en mi corazón, profesores, alumnos y a modo de corolario de mi carrera, de mi proyecto de vida en cuanto a la realización laboral y personal destaco las posibilidades que me han brindado ambas instituciones, haciendo más preeminencia en la comunidad donde realice mi residencia clínica que me cobijó en sus grupos y me dio espléndidamente el lugar de co-coordinadora dándome en algunos encuentros el espacio para intervenir y respetando mis intervenciones, haciéndome sentir a gusto, brindándome la posibilidad de aprender el rol de coordinador de grupo, como así también a los familiares que me permitieron aprender a través de sus vivencias y habilitarme en el rol de psicóloga.

Estos espacios me otorgaron la posibilidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera y los de mi recorrido por la vida. Reafirmé mi deseo y convicción de ser psicóloga y acompañar al otro, en este proceso de autoconocimiento, brindándole mi ayuda para pensar juntos, mi escucha y construir las herramientas para

conocerse a sí mismo, sabiendo que no es tarea sencilla encontrarse consigo mismo, incursionar en el interior de cada pensamiento y cada emoción y trabajar sobre eso para revertirlo. Permitirse la mirada interior conlleva a la posibilidad de lograr un pensamiento reflexivo y la construcción de un discurso vital; trabajando sobre el poder del pensamiento, emancipando y revalorizando las propias ideas.

24

BIBLIOGRAFIA

- Fernandez. A. M- Del Cueto A. M (1986): "Lo Grupal N°2" "El dispositivo grupal". Bs As, Argentina. Ed. Búsqueda.
- Fundación Manantiales, <http://manantiales.org/Comunidad-terapeutica.php>
- Kornblit, A L y colaboradores (1989) "Estudios sobre la drogadiccion en la Argentina". Bs. As., Argentina. Ed. Nueva Vision
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657, (2010) Argentina.
- Mahoney, M. (2005). " Psicoterapia constructiva. Una guía práctica (cap.11)". Barcelona, España. Ed. Paidos.
- Minuchin, S. (1999). " Familia y terapia familiar". Barcelona, España. Ed. Gedisa.

- Pichon Riviere, E: (2013). "El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social". Bs As, Argentina. Ed. Nueva Visión.

- Revista de interés general de la Fundación Esperanza de Vida. (2016) "El nómada en la ciudad". Numero aniversario. Rosario, Argentina.

- "Seminario Internacional sobre alcoholismo y drogadiccion en el trabajo"(1989). Rosario, Sta FE, Argentina.

- Zinker, J. (1980)." El proceso creativo en la terapia gestáltica". Bs. As., Argentina. Ed.Paidos.