

- II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología- XVII Jornadas de Investigación- Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR- "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales. Homenaj, 2010.

La reinserción social en las comunidades terapéuticas.

Galante, Araceli, Pawlowicz, María Pía y Goltzman, Paula.

Cita:

Galante, Araceli, Pawlowicz, María Pía y Goltzman, Paula (2010). *La reinserción social en las comunidades terapéuticas. - II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología- XVII Jornadas de Investigación- Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR- "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales. Homenaj,*.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/89>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/yAn>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

II Congreso Nacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

XVII Jornadas de Investigación en Psicología

VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

22, 23 y 24 de Noviembre de 2010

TITULO: LA REINSERCIÓN SOCIAL EN LAS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS

Autoras: Galante, Araceli; Pawlowicz, María Pía; Goltzman, Paula.

Planteo del problema

En Argentina, existe una gran variabilidad entre las propuestas asistenciales por uso de drogas que llevan el nombre de **comunidad terapéutica** (CT). A pesar de su heterogeneidad es posible encontrar algunas características comunes entre ellas. En general tienen una concepción holística del problema de las drogas e incorporan en sus equipos de atención a especialistas con distinta formación académica y a operadores socioterapéuticos, que en su mayoría, son personas que han sido atendidos por uso de drogas en las CT.

En este trabajo, que se enmarca en una investigación cuyo objetivo es describir las características de los dispositivos que atienden la salud/enfermedad de los usuarios de drogas en el Gran Buenos Aires, nos proponemos analizar el modo en que los especialistas problematizan la fase de Reinserción Social en las CT. Los propios integrantes de los equipos de las CT, y también de otros centros de tratamiento que involucran instancias de internación, expresan que la Reinserción Social es uno de los momentos más difíciles de abordar en el tratamiento por uso de drogas. A partir de esta inquietud nos preguntamos: ¿Cuáles son los ejes centrales de la atención de las CT en esta etapa? ¿Cuáles son los principales problemas que se presentan en la práctica? ¿Qué interrogantes y reflexiones se pueden desplegar para deslindar las tensiones subyacentes en la reinserción social?

Acerca de las CT y sus fases

En el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, surgieron las CT como alternativa a la atención de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos. Las primeras experiencias -especialmente la de Maxwell Jones, en Inglaterra- proponían la construcción de una comunidad democrática, lo que significaba que pacientes, médicos y el personal auxiliar participaban en pie de igualdad en la toma de decisiones. De esta manera se ofrecía una nueva forma de subjetivar a las personas con padecimiento mental. Más tarde, el dispositivo se utilizó específicamente para el tratamiento de los usuarios de drogas. En nuestro país, los modelos que tuvieron mayor influencia fueron DAYTOP, desarrollado en Estados Unidos y el Proyecto Hombre originario de Italia.

A pesar de su heterogeneidad, en general las comunidades terapéuticas organizan el tratamiento en tres fases: Admisión, Comunidad Terapéutica y Reinserción Social. Esquemáticamente, puede decirse que la Admisión es el momento de inicio del tratamiento, que precede a la siguiente fase: la Comunidad Terapéutica. En la mayoría de las CT, en esta fase el sujeto aprende a sostener la abstinencia a partir de compartir sus experiencias con otros y de la internalización de las normas de la comunidad. La última fase, en la que el residente pasa a otra fase llamada de "Reinserción Social".

Metodología

El estudio fue de tipo descriptivo y cualitativo. Se involucró a 50 *especialistas*ⁱ (Menéndez, 1990) con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria a usuarios de drogas. Se administraron entrevistas abiertas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo, entre los meses de septiembre de 2006 y enero de 2007.

La muestra fue no probabilística e intencional. Estuvo conformada por 18 mujeres y 32 varones, con una edad promedio de 44 años. En este caso, incluimos a 17 especialistas que trabajaban en 13 comunidades terapéuticas de diverso tipo.

Se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las características de los dispositivos (páginas Web institucionales, artículos y presentaciones en Jornadas). En todos los casos se aplicó un consentimiento informado,

asegurando el anonimato y la confidencialidad. A partir de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos

Resultados

La CT se ofrece como un espacio para la resocialización de los usuarios de drogas, en el que el sujeto transita una fuerte experiencia afectiva e internaliza las normas de la comunidad. Se busca que el usuario modifique sus hábitos, lo que le permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno, y por ende, sostener la abstinencia. Para egresar de la CT, el sujeto debería haber adquirido **autonomía** en lo personal, familiar y social, lo que le permitiría construir una vida “*sin drogas*” en el afuera institucional.

En general, la Reinserción Social fue descrita como la fase “*más difícil*” del tratamiento ya que, en el discurso de los entrevistados, el sujeto pasaba de un ambiente “*saludable*” (la CT) a uno que favorecería el consumo de drogas.

- El pibe sale de acá con todo un concepto de enfermedad, ponele que sea el tipo más obediente del mundo, sale a la calle, se deja de encontrar con los compañeros de consumo, encuentra nuevas amistades, se pone a estudiar, sale una noche a bailar y lo primero que va a encontrar en una noche de baile o de joda, va a ser whisky, va a ser alcohol, va a ser gente que se droga en los baños.. ¿Cómo lo sacás a un pibe de ese contexto si en este momento todo ese contexto está enfermo? (operador socioterapéutico, CT, 49 años).

- Ahora, cuando vos volvés de vuelta, con tu ex mujer, a tu casa, con tu familia, a tu barrio, y cuando volvés de vuelta a encontrarte con todas las cosas que te gustan y tenés que renunciar a todo eso, te agarra una angustia. Y esa angustia es quizás la que te lleva a consumir (operador socioterapéutico, CT, 40 años).

De esta manera, los entrevistados percibían al dispositivo como un lugar de “orden” y de “disciplina” y al “afuera” como un lugar que favorecería el consumo. La re-inserción conlleva la idea de una “vuelta” a los territorios, los vínculos, las instituciones, donde el uso de drogas se volvió problemático para los sujetos. El egreso de la comunidad fue percibido como momento de

“ruptura” y de “prueba” tanto de la eficacia del tratamiento como de la capacidad de los usuarios para mantener la abstinencia.

- Porque la comunidad terapéutica tiene esa cosa de la burbuja. Por ejemplo: dicen de esta persona “vive en la villa de emergencia”. “No, ¿cómo va a vivir ahí si se quiere rehabilitar?”. Entonces: un año, dos años lo que sea de internación en comunidad terapéutica ¿después que hacemos? (psicólogo, admisión y clínica individual en obra social, 41 años).

La reinserción, entonces, suponía el acompañamiento de la “vuelta” del sujeto a través de distintas estrategias específicas de cada CT. Podía, por ejemplo, indicarse la asistencia al hospital de día o de noche, y/o el tratamiento ambulatorio. Pero también se podía combinar la salida de la internación con el ingreso a grupos de autoayuda.

Los entrevistados señalaron que un problema importante en este proceso era la inserción **laboral** de los residentes:

-Porque de estos... 500 chicos... Se recuperan el 35% (Pausa) Cuando, capacitándolo, poniéndolo en la calle, a Josecito el electricista, el carpintero, el plomero, el mecánico dental... Yo voy a poner un tipoⁱⁱ que va a saber defenderse. Y no un pibe que va a estar de vuelta, al año, parado, diciendo: “y ahora ¿qué carajoⁱⁱⁱ hago? ¡Ay! No me dan trabajo. Tengo que laburar 14 horas por \$300. Me voy a la esquina”. Y volvemos de vuelta al círculo. Entonces, creo que lo que está mal es eso (operador socioterapéutico, CT, 47 años)

Para los entrevistados, la inserción laboral parecía central para que los residentes asumieran responsabilidades y logaran su “independencia”.

Otro problema mencionado con frecuencia era la relación **familiar** de los residentes.

- En la reinserción aparecen los tres o cuatro problemas centrales (de la familia): la familia es un artefacto bastante, bastante jodido^{iv}, no hay una palabra técnica (risas). Bueno, esto dicen los sistémicos: cuando los chicos vuelven (a su casa) en buenas condiciones, alguien se enferma, alguien se droga, alguien hace alguna porquería... que desestabiliza... Entonces (cuando vuelve) la comunidad tiene que sostenerlo y además sin internarlo de nuevo, sino sostenerlo para que batalle y encuentre un modo de estar en esta familia. Y ahí te digo que... (respira hondo)... hay

que ser muy valiente... es un cambio para los chicos (operador socioterapéutico, 40 años, CT).

Se explicaba que la mayoría de las familias de los usuarios de drogas eran “*disfuncionales*” y que tenían dificultades para poner límites contribuyendo a que los hijos no “*podieran controlar su conducta*” en su vida adulta. También se señaló que algunos comportamientos de estas familias podrían obstaculizar los tratamientos. Este obstáculo se vincula con la representación presente en los discursos del “*contexto enfermo*” que incluía en muchos casos a las familias de los usuarios de drogas, así como a la idea de que la adicción era un resultado de ciertas “fallas” en el proceso de socialización primaria.

Reflexiones finales

La Reinserción Social es una etapa característica de la atención en las comunidades terapéuticas y supone un momento en que se evalúa si el tratamiento ha logrado pasar de la “*dependencia*” de las drogas a la autonomía personal. De esta manera, “*dejar las drogas*” no sólo consiste en sostener la abstinencia sino también en modificar las formas en que se enfrentan los problemas y se construyen las relaciones sociales. La Reinserción Social plantea una complejidad inherente al carácter social de la subjetividad que además de los vínculos familiares, involucra los grupos de amigos, los vecinos, las instituciones y cultura barrial en territorios particulares y complejos.

Bibliografía

- De Dominicis, A. *La comunitá terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà di Roma. 1997.
- De Dominicis, A., Touzé, G. (comp.): *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525*. Buenos Aires, mimeo, 1990.
- Menéndez, E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana. 1990.
- Galante, A; Pawlowicz, M. P.; Moreno, D.; Rossi D.; Touzé, G.; “Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires” En. Revista *Norte de Salud Mental*, Vol. VIII N° 36, Febrero de 2010. Disponible en: www.ome-aen.org/norte.htm.

ⁱ Para Menéndez (1990) los especialistas son sujetos particulares que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Comprenden a aquellos que tienen formación académica como a curanderos o familiares que brindan cuidados sanitarios básicos.

ⁱⁱ En lunfardo: hombre, varón.

ⁱⁱⁱ La palabra carajo puede tomar diversos sentidos, según el contexto de uso. En este caso refiere a la incertidumbre del presente y el futuro.

^{iv} Joder: molestar, también significa perjudicar.