



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

ESTUDIO CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA DE INTERNAMIENTO POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
establecidos para optar por el título de
Psicóloga mención clínica

Profesor Guía
Ms. Ligia Yolanda Vega Castellanos

Autora
Claudia Gabriela Terán Ledesma

Año
2015

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Ligia Yolanda Vega Castellanos

Ms. Psic. Clínica

C.C.: 1708679343

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Claudia Gabriela Terán Ledesma

C.C.: 171428549-9

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios que vive en mí y es la luz que guía mi camino.

A mis abuelos, que han permanecido a mi lado, incondicionales, ante todo y gracias a su esfuerzo y apoyo he llegado hasta donde estoy.

A mis padres, porque con su amor y ejemplo me han enseñado a ser perseverante.

A Yolanda por su valiosa guía y amplio conocimiento.

A Todas las personas que me ayudaron a realizar mi tesis, especialmente a aquellos quienes compartieron conmigo sus historias.

DEDICATORIA

A mi Opa, porque me enseñaste a tener pasión por el aprendizaje y la sabiduría.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de corte transversal, de tipo exploratorio descriptivo y realizado desde un enfoque cualitativo, con los parámetros de la teoría fundamentada. Todos los conceptos e información obtenida fue enfocada desde la teoría del psicoanálisis. El objetivo principal fue saber cómo es la experiencia de internamiento por consumo de sustancias de las personas que han formado parte de una comunidad terapéutica en el País. La muestra estuvo constituida por 7 personas hombres y mujeres, con parámetros de inclusión específicos. Se dividió la muestra en dos partes, con cuatro de ellos se realizó un grupo focal, y a los tres restantes se les realizó entrevistas semi estructuradas. Para ambos grupos se utilizó una guía de preguntas base, enfocada en la descripción a detalle y a relatos personales sobre distintos aspectos de su experiencia. Con esta información se pretende saber cómo percibe la muestra su experiencia en la comunidad terapéutica. Para analizar los datos se utilizó el método de microanálisis, mediante el cual se codifican los datos hasta la creación de categorías, esto es la codificación abierta.

En términos bastante generales se encontró que en promedio, la experiencia de pertenecer a un programa de internamiento no es una experiencia grata, sino más bien algo que reside en la ambivalencia entre la confusión y el abuso. En las comunidades terapéuticas del país se utilizan técnicas perversas que demuestran crueldad y castigo hacia los internos, además de funcionarios poco profesionales e instalaciones que no cumplen los requerimientos para éste tipo de establecimientos. Los resultados indican que el trabajo mayoritariamente grupal que se utiliza dentro de las comunidades terapéuticas presenta más desventajas que ventajas a su favor, ya que se descuida la historia personal de cada interno, y se trabaja únicamente con el yo grupal presionando a la identificación en el grupo. Esto da lugar a numerosos cambios en los actos y procesos de pensamiento de las personas.

Palabras claves: experiencia, comunidad terapéutica, consumo de sustancias, psicoanálisis.

ABSTRACT

The present study is a cross-sectional, exploratory descriptive investigation, using a qualitative approach, sticking to the base lines of grounded theory. Psicoanalysis theory was used as a base to analyze all data and information. The main purpose of this investigation is to know what the experience of belonging to a therapeutic community for substance abuse in the country is like. The sample consisted of 7 people, both male and female, with specific inclusion parameters. This sample was divided in two parts, four of them participated in a focus group, and semi structured interviews were applied to the remaining three. There where guide line questions that were used for both groups, that focused mainly on getting a detailed description, and on the telling of personal stories about different aspects of their experience. This obtained informational data is used to know how the sample perceived their experience during their time in the therapeutic community. In order to analyze the data, a micro analysis method was used, in which the data is codified up to the creation of categories.

In general terms, it was found that on average the experience of belonging to a therapeutic community is not a heartwarming experience, but rather something that dwells ambivalently between confusion and abuse. The therapeutic communities of the country make use of perverse techniques that exhibit punishment and cruelty to the interns, plus less than professional staff members and poor facilities that do not meet the requirements needed for this type of establishment. Results indicate that the interns are handled in a group manner most of the time, and this being so results negatively and in more disadvantages for the interns because it ignores completely their individual histories, and focuses only on the group self. As a result of such pressured group identification, there are numerous internal changes that take place and later reflect on acts, as on their thought process.

Key words: experience, therapeutic community, substance abuse, psicoanalysis.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico y Discusión Temática.....	5
2.1 ¿Cómo se entiende una adicción?	5
2.1.1 La función del nombre del padre.....	6
2.1.2 Deseo y Goce	10
2.1.3 La repetición	11
2.1.4 Narcisismo	13
2.1.5 La represión	16
2.2 La comunidad terapéutica.....	17
2.2.1 Alcohólicos Anónimos.....	17
2.2.2 Grupos de autoayuda.....	18
2.2.3 La comunidad terapéutica.....	19
2.2.4 La CT en el Ecuador	20
2.2.5 Terapias breves	22
2.2.6 Conductismo	23
2.2.7 Otros enfoques	25
2.3 La experiencia	26
3. Objetivos	30
3.1 Objetivo General	30
3.2 Objetivos específicos	30
4. Pregunta.....	31
4.1 Preguntas directrices	31
5. Método.....	31
5.1 Tipo de Diseño y Enfoque.....	32
5.1.1 Diseño.....	32
5.1.1.1 Según el periodo y secuencia del estudio	32
5.1.1.2 Según el análisis y el alcance de los resultados.....	32
5.1.1.3 Enfoque	32
5.2 Muestra/Participantes	33

5.3 Recolección de datos.....	33
5.4 Procedimiento.....	34
5.5 Análisis de datos.....	34
6. Resultados.....	39
7. Discusión y Conclusiones.....	54
Referencias.....	65
Anexos.....	71

1. Introducción

Los problemas relacionados al consumo de sustancias, como drogas o alcohol han existido y están documentados desde las épocas más antiguas de la humanidad. Se ha intentado combatir los problemas de adicciones desde distintas corrientes psicológicas. A pesar de que cada uno de los enfoques tiene aportes significativos que han probado ser útiles en algunos pacientes, resulta que ninguno ofrece una solución única, efectiva en todos los casos. Es así como se resuelve crear un modelo integrador de varios elementos psicoterapéuticos y de varias escuelas. (Becoña et al., 2010, p. 15-146).

En la época de los 50 surge la idea de las comunidades terapéuticas [CT] como un abordaje alternativo de los trastornos adictivos, surgen como modelo nuevo e innovador que integra varias escuelas. (Rodríguez, 2009, párr.1).

El National Institute on Drug Abuse [NIDA] en el 2003 (párr.1) explica que las CT son ambientes residenciales libres de consumo de sustancias, donde el tiempo de estadía varía, pero en promedio es de 3 a 18 meses. El proceso consta en el ingreso de las personas a la CT, en el cual se hace una recolección de datos clínicos además de una evaluación y el ingresado tiene una entrevista con el o los dirigentes de la comunidad, con el fin de explicarle el modo de funcionamiento. Una vez el sujeto ha ingresado pertenece a la comunidad y residirá en ella por el tiempo determinado por el equipo terapéutico, formando parte de las varias actividades y terapias diarias que brinda la comunidad a sus miembros. La estancia está conformada por días estructurados que inician temprano en la mañana, y concluyen en la noche. Las actividades diurnas constan de reuniones grupales, actividades ocupacionales, grupos de encuentro, grupos terapéuticos entre otros. Una de las principales técnicas de las CT es utilizar la influencia de otros compañeros para la mejoría de los pacientes, también conocido como la “auto ayuda”. (Llorente & Fernández, 1999, p. 331)

Se han realizado muchas investigaciones de tipo cuantitativo sobre la problemática de las adicciones, sin embargo no se debe dejar de lado los aspectos particulares e individuales de cada caso. Es por esto que también vale preguntar ¿cuál ha sido la experiencia de las personas que han formado parte del programa de internamiento en las CT? Es posible que estas experiencias también aporten al desarrollo posterior del individuo en la sociedad.

La investigación de Watson y Parke (2009) es de tipo cualitativa con una muestra aleatoria de 5 mujeres de la ciudad de Lincolnshire, en proceso de rehabilitación de heroína, entre las edades de 25 y 47 años. Se aplicaron entrevistas semi estructuradas y la información fue analizada a través de análisis fenomenológico estandarizado. El propósito de éste trabajo fue saber en detalle cuales fueron las experiencias de vida de estas 5 mujeres.

El resultado describe que las mujeres tuvieron en común carencias y experiencias similares en la infancia. Como conclusión Watson y Parke (2009, p. 116) explican que las experiencias y las relaciones en las etapas previas a la adicción son de mucha importancia para la prevención y el tratamiento, dado que lo que han vivido “ha influenciado y dado forma a su vida”.

Shinebourne y Smith realizaron una investigación en el (2010 pp. 150-190) explorando la identidad después del proceso de internamiento. Se utilizó una muestra de tres mujeres con estudios universitarios, entre las edades de 30 y 50 años. Tenían como característica común: haber pertenecido a un programa de internamiento de Alcohólicos Anónimos, no haber consumido por los últimos 15 años o más, estar en un matrimonio estable y una seguridad económica media alta, e identificarse a sí mismas como “en recuperación”.

Se pudo notar que las tres participantes tenían en común la forma de explicar su proceso de recuperación como parte de su vida. Incluso 15 o 20 años después, las participantes describían su recuperación como “en proceso” más no completada. Los discursos generados tienen en común describir que la vida

en AA no difiere mucho de su vida ahora, incluso dijeron sentir que es la misma cosa. Las tres participantes describieron que el factor vital en el proceso de recuperación es la conexión con otros miembros. (Shinebourne & Smith, 2010, p. 290)

La investigación de Erdos, Gabor y Brettner, (2009, pp. 200-250) está dirigida hacia la importancia de la experiencia en las CT en Hungría, y sobre cómo se manifiesta la recuperación a través del discurso de los pacientes. Se enfocaron en dos momentos específicos del tiempo de recuperación: la entrada a la CT, y en la graduación. La información fue recolectada mediante la grabación del discurso. “Mediante la exploración de experiencias de los adictos en recuperación en varias fases del tratamiento se puede medir el proyecto de la reconstrucción de la identidad, y así puede ser mejorado el proceso”. Los autores ponen énfasis en el hecho de que el discurso sobre el cambio de identidad únicamente está presente en aquellos que se han graduado de la comunidad. (Erdos, Gabor & Brettner, 2009, p. 217).

La experiencia que cada persona vive como parte de la comunidad, tiene un rol básico en el comportamiento a futuro de las personas. Si se aplica éste concepto a la problemática de las adicciones, pues entonces es sumamente importante saber sobre cómo es la experiencia en las CT.

Actualmente en el Ecuador hay deficiencias en cuanto a investigaciones dirigidas hacia los procesos de recuperación en los centros de rehabilitación para adicciones. El acceso a investigaciones o artículos relacionados al tema es muy limitado, o no han sido publicados.

En el 2013 el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP, 2013, pp. 80-110) realiza una serie de investigaciones y encuestas en todas las regiones del país dirigidas hacia el consumo de sustancias psicotrópicas. Los resultados indican que más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol. De ésta cantidad masiva, el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres.

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el 2013 (párr. 1.) explica que la edad promedio de inicio de consumo de sustancias oscila entre los 13 y los 14 años de edad.

A través de los medios masivos de comunicación se ofertan cientos de centros que ofrecen ayuda para todo tipo de adicciones. En el 2013 se publicó en el diario informativo El Telégrafo una entrevista a la Ministra de Salud Pública Carina Vance, en la cual ella se refiere a la problemática de los centros y explica que existen alrededor de 150 centros de rehabilitación gran parte de ellos clandestinos. La Ministra explica que los centros clandestinos incurren en un maltrato físico y psicológico hacia la integridad de la persona.

Dentro del internet y los artículos encontrados, abundan aquellos que tratan sobre el abuso, la muerte y el maltrato dentro de las CT. Pues a pesar de que en el 2012 el Ministerio de Salud Pública creó un instructivo para otorgar el permiso anual de funcionamiento a los centros de recuperación de adicciones, dicho instructivo no incluye como requisito la certificación internacional de ningún programa estandarizado para adicciones, como son Alcohólicos Anónimos, o Narcóticos Anónimos. Se debe recalcar, que muy aparte de que existe un reglamento para las CT, la mayoría de ellas no tienen dicho permiso.

Es importante la investigación cualitativa desde una óptica psicológica sobre la experiencia vivida en las CT, dado que tener información más detallada y personalizada de calidad, servirá de aporte en un futuro cercano para mejorar y reformar los procesos de rehabilitación relacionados con las CT, y por ende de reinserción en la sociedad. También servirá para tener un conocimiento más cercano sobre cuáles son las dificultades en la reinserción social una vez que han concluido con el programa. Comprender más a profundidad, abre la posibilidad de crear programas sociales adaptados a las necesidades.

2. Marco Teórico y Discusión Temática

2.1 ¿Cómo se entiende una adicción?

En el presente estudio se trabajará con una perspectiva psicoanalítica, la cual matizará los conceptos y definiciones que identifiquen a la investigación. Citando a Gonzales (2008, p. 9.) en el psicoanálisis la adicción ya sea a una conducta o a una sustancia, es vista desde el tipo de relación que se establece entre el sujeto y la sustancia de elección a consumo.

Desde la concepción del niño, hasta la función del Nombre-del-padre, el niño se vive a sí mismo como un solo ser en simbiosis con la madre. No es sino hasta que se realiza el corte entre la madre y el niño, que éste comprende a nivel inconsciente que es un ser separado a la madre. Sin embargo, siempre quedan retoños del deseo de unión a la madre, que a posterior se manifestarán como formaciones del inconsciente. (Gonzales, 2008, p. 9)

Una vez dicho esto, en psicoanálisis una adicción es comprendida como “un anhelo narcisista de unión primordial, de retorno al seno materno que influye, matiza las pulsiones básicas, sobre todo la libidinal”. La añoranza de recuperar la experiencia de completud y omnipotencia originales”. Gonzales (2008, p. 9) Éste deseo de sentirse completo que el sujeto anhela es realizado a través de la elección de otro objeto que reemplace al materno, y así lo represente. En el caso de las adicciones, la sustancia de elección es aquel objeto que cumple el deseo de fusión primordial con la madre.

“Los individuos adictos no son capaces de satisfacer sus necesidades de dependencia de forma adecuada en una relación humana y no son capaces de tolerar el estar solos; su necesidad de permanencia del objeto se provee mediante cualquiera de las actividades compulsivas elegidas. Se elige una adicción en particular en función del entorno y del género y puede cambiarse cuando las condiciones ambientales varían”. (Gonzales, 2008, p. 9).

Como se ha mencionado anteriormente, esta teoría entiende que se establece una relación de cierto tipo entre el sujeto y sustancia de elección. Para mejor comprender esto, a continuación se subtitularán los elementos básicos que construyen individualmente a las personas, con el fin de comprender los varios caminos que pueden resultar en un problema de consumo de sustancias y así en la forma en que se desarrolla esta relación no fácil de comprender.

2.1.1 La función del nombre del padre

Freud funda su teoría del psicoanálisis en los años 1900 con la idea base de la existencia del inconsciente. Para introducir los conceptos sobre la sexualidad infantil Freud apela a la tragedia griega del mito de Edipo para explicar lo que denominó como el complejo de Edipo.

El mito cuenta que cuando el rey Layo de Tebas acudió al oráculo, se le dijo que si alguna vez tuviese un hijo, éste lo asesinaría a él y se casaría con su madre. Sin embargo sucedió por accidente que el rey tuvo un hijo con su esposa la reina Yocasta. Con miedo de que se cumpla la profecía, Layo hizo agujeros en los pies de su hijo esperando que así nadie lo deseé, y lo abandonó. El niño fue recogido por unos pastores, estos lo llevaron a donde el rey y la reina de Corinto en donde el niño fue criado y lo llamaron de nombre Edipo. Más adelante en su adolescencia Edipo inseguro de sus orígenes acude al Oráculo de Delfos. El oráculo le dicta la profecía de él, informándole que asesinará a su padre y se casará con su madre. Edipo aterrado de que se cumpla la profecía, huye de casa lejos de quienes pensaba eran sus padres.

Emprende un viaje camino a Tebas, pero en el trayecto se encuentra con Layo y su empleado, entran en discusión y Edipo mata a ambos sin saber que uno de ellos es el rey de Tebas. Más adelante en su viaje Edipo se deshace de la esfinge, un monstruo que amenazaba a la ciudad de Tebas. Como premio de este gran acto, se le nombra a Edipo como rey de Tebas, y así también se casa con la viuda de Layo, su madre Yocasta con la cual tuvo cuatro hijos. Más adelante el mismo Edipo realiza una investigación para descubrir quién ha sido

el asesino del rey Layo, pues toda la ciudad estaba aterrorizada. Al descubrir Yocasta que Edipo es su hijo, se mata a sí misma ahorcándose de una viga del palacio. Los hijos de Yocasta y Edipo se matan uno al otro peleando por el trono, y de forma no menos trágica, Edipo se arranca los ojos con los broches del vestido de Yocasta, y huye de Tebas acompañado únicamente por su hija Antígona como guía. (Téllez, 2002, pp. 29-30.)

Freud desprende ésta teoría en “Tótem y Tabú” en 1912 y desde ahí es que en el desarrollo del ser humano interviene siempre una instancia prohibitiva, que reprime aquellas pulsiones primitivas incestuosas. Se puede entender el complejo de Edipo como “un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma positiva el complejo consistiría en el deseo de la muerte al rival-padre, personaje del mismo sexo, y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. (García & Zemboain, 1979, pp. 4-11)

La etapa del Edipo entonces, es aquella en la infancia entre las edades de 4 a 6 años en la cual el niño deberá separarse de su madre psicológicamente al reprimir, desalojar de la consciencia, superar el deseo incestuoso, e identificarse con su padre del sexo opuesto, pasando por el temor de castración. Para lograr esto de forma funcional, se deberá resolver el complejo. (García & Zemboain, 1979, pp. 4-11)

El cambio estructural inherente a la disolución del complejo de Edipo comprende, entre otros aspectos, represión del proceso primario y desarrollo del proceso secundario, pasaje de un funcionamiento en términos de ecuación simbólica al desarrollo de una capacidad de simbolización verdadera, cambio de relaciones narcisísticas y simbióticas de objeto con indiferenciación entre el yo y el no yo hacia formas de relaciones objetales en donde se produce una mayor individuación y donde comienza el desarrollo de una identidad Propia. (García & Zemborain, 1979, p. 4)

Lacan aplica el concepto de “Nombre-del-padre” para explicar la resolución del Edipo. Desarrolla tres tiempos para la resolución; el primero de ellos surge posterior a la etapa del estadio del espejo, en el cual el niño logra identificar su imagen corporal y podrá distinguirla de las imágenes de otros, así el niño logrará su identidad primordial; el yo corporal. El primer momento del Edipo está marcado por una relación con la madre, que está caracterizada por el deseo del niño de querer identificarse con el objeto de deseo de su madre, el falo. El niño siente a su madre como parte de él. Durante la primera fase está en el aire la cuestión de ser o no ser el falo materno. (Sánchez, Sánchez & Sánchez, 2006, p. 119)

El segundo momento del Edipo “implica el registro de la falta del objeto por la intrusión de la metáfora paterna, ausencia o falta que el niño vive como una frustración, una privación o una castración”. Dependiendo de cómo el padre se ubique frente a su función simbólica, el complejo de Edipo tendrá varios destinos. Ésta segunda fase es la llave de acceso hacia la simbolización de la ley que definirá el resultado del complejo. En éste segundo momento muy crítico es la mediación del padre hacia el deseo de la madre. (Sánchez, Sánchez & Sánchez, 2006, p. 119). Hasta este momento el niño vive a su padre como tiránico y absoluto. En otras palabras aún no hay comprensión respecto a la figura de autoridad del padre, pues hasta aquí el niño entiende que el padre es la ley, en lugar de representarla.

Finalmente en el tercer y último tiempo, el niño renuncia la problemática de ser o no ser el falo, y pasa a la cuestión de tener o no tener falo. El niño pasa de considerar que el padre es la ley a, entender que el padre la representa, debido a que el padre es regido también por la ley. Es aquí que se da la identificación con el padre del mismo género. En el caso de los niños hombres, ellos renuncian a ser el falo (objeto de deseo) de la madre, y ahora buscarán identificarse con su padre, siendo éste el poseedor del falo (pene). La niña mujer similarmente deja atrás su deseo de ser el falo de la madre, y pasa al modo de no tenerlo. Esto hace posible que se identifique con su madre, y se

establezca en la búsqueda del falo, inicialmente en su padre y a futuro en otros hombres que no sean el padre. (Sánchez, Sánchez & Sánchez, 2006, p. 119)

Lacan retoma los trabajos de Freud a partir de los 1950 siguiendo la misma línea y ampliando la teoría y práctica del psicoanálisis aún más. Freud propuso el conflicto de Edipo y la necesidad de su resolución con el fin de instaurar al sujeto en la ley de la prohibición. Lacan aporta una tesis muy original basada en la diferencia de la paternidad por función biológica, y la paternidad como una función de orden simbólico. Esto es lo que denomina metáfora paterna o función de Nombre-del-padre, “función que es legisladora, prohibidora, castradora, dadora del progenitor hacia el deseo del niño”. Lacan consideró ésta función imprescindible en paso por el Edipo, dado que es el primer significante, el núcleo desde el cual se organiza el comportamiento y la estructura del niño. (Sánchez, Sánchez & Sánchez, 2006, pp. 108-110)

“...es donde el falo, el incesto y la castración cumplen un papel esencial, dado que el niño está completamente vinculado a su madre y al deseo primordial de ésta, el *falo*. Por ello, el niño tratará de ser tal objeto del deseo materno, momento en el que aún es *asujeto*, pues no es el que desea sino el objeto del deseo de la madre.” (Sánchez, Sánchez & Sánchez-, 2006, p. 117)

La metáfora paterna no es una función que únicamente puede realizar el padre genético (he ahí su orden simbólico), sino más bien toda expresión simbólica que sea expresada por otro que represente la instancia paterna o la ley de la prohibición. Una decisión, una acción, un gesto, una palabra, incluso un síntoma pueden ser ejemplos de significantes del nombre del padre. (Sánchez, Sánchez & Sánchez, 2006, p. 117)

La gran importancia de la castración en el Edipo es que esta permite al sujeto estructurarse en el deseo.

“Por ella se instala la separación entre el goce y el deseo. Lo prohibido se hace fundamento del deseo y este de apalabrarse. Según veníamos recordando en Freud y desde Freud toda renuncia al goce, todo pago, hechos en la cuenta del Otro, todo este vaciamiento del goce que es la educación de las pulsiones culmina en el complejo de castración que significa todas las pérdidas anteriores en relación con el falo, significante de la falta universal...” (Braunstein, 2005, p. 68)

Entonces, la función paterna entendida como el significante Nombre-del-padre, será internalizada y asumida por el niño en el orden simbólico, prohibiéndole a éste el deseo de su madre, de ésta forma instalándolo dentro de una ley y fundando la represión primordial, de ésta manera instalándolo en un deseo propio.

2.1.2 Deseo y Goce

“El goce es la muerte del deseo” o “el deseo se opone al goce” son frases que explican la relación y por tanto la diferencia entre deseo y goce. El goce es aquello que está detrás de una pulsión, en el sentido de que las pulsiones siempre tienen como objetivo una implicación sexual. “La actividad sexual de las pulsiones, que es una actividad fantasmática y auto erótica consistente en reproducir huellas de la memoria, que generan excitación sexual en las distintas zonas, tiene como producto un goce”. Se podría explicar de tal forma que el deseo florece de la inscripción de sexualidad en un cierto ordenamiento, pero en el proceso hay una pérdida de goce, así tal vez se lo puede definir como un deseo de goce. (Carmona, 2002, p. 109)

El deseo en psicoanálisis implica que la pulsión debe pasar por el otro, siendo el otro un similar al sujeto, así se lo entiende como “deseo del Otro”. Esto es un proceso básico que debe suceder, pues solo así es que la sexualidad ya no es reducida a un goce de órgano con su correspondiente actividad fantasmática, sino que una vez que hay deseo del otro entonces la sexualidad tendrá como objeto a otro ser humano. Éste proceso en el cual hay un cambió

en el objeto de deseo, involucra cierta humanización de la sexualidad. “Eso hace que acceder al deseo signifique para los seres humanos una pérdida fundamental de goce. No produce el mismo goce una pulsión libre que una sujeta a regulaciones”. (Carmona, 2002, p. 109)

“El goce está del lado de la Cosa, como decía Lacan con precisión, pero la Cosa no se alcanza si no es apartándose de la cadena significativa y, por lo tanto, reconociendo una cierta relación con ella. Nadie ilustra mejor que el suicida pero también se comprueba esto en los adictos, en los psicóticos, en los escritores para quienes la pluma representa un modo de escapar a los vínculos del discurso”. (Braunstein, 2005, p. 41)

A pesar de que por la metáfora paterna hay una regulación del goce mediante la prohibición, siempre quedarán retoños del goce primordial, de aquel primer tiempo del Edipo en el cual el niño es puro objeto de deseo de la madre. Estos retoños surgirán desde entonces como formaciones del inconsciente, buscando a través de la repetición el goce. “A través del amor el sujeto intenta recuperar el estado de absoluta felicidad de que supuestamente disponía cuando era His Majesty, The Baby y era comisionado para suplir lo que faltaba en el Otro”. (Braunstein, 2006, p. 35)

2.1.3 La repetición

En 1920 Freud publica su texto Más allá del principio del placer, en el cual expone como uno de los principios del funcionamiento del aparato psíquico la compulsión de repetición. Para contextualizar, el primer principio explicado por Freud es el principio de placer. Éste dice que el sujeto siempre buscará evitar el displacer y estará en la búsqueda de placer, éste principio va de la mano con el principio de realidad. Éste se encarga de que la búsqueda de placer no sea a través de los caminos más cortos y directos, sino mediante rodeos y siempre tomando en cuenta los factores del exterior. La compulsión de repetición se encuentra en la base de las conductas adictivas. “Lo que se repite suele ser displacentero, doloroso: el fundamento de la repetición no es la obtención de

un placer. La persona que padece éste funcionamiento puede creer erróneamente que está buscando placer”. Sucede así debido a que la persona percibe una sensación placentera breve y transitoria, generalmente acompañada de un sentimiento de decepción. (Rivelis, 2009, p. 79)

“Una diferencia fundamental consiste en que las acciones emprendidas con predominio del principio de placer logran la satisfacción y la calma (transitoria). Las acciones emprendidas con predominio del principio de compulsión de repetición no logran la satisfacción ni calma; se dirigen a la obtención de un objeto pero, en tanto predomina la compulsión de repetición, el objeto pide cada vez más objeto...Por lo tanto, si una acción está regida por el principio de placer puede dejar de realizarse si el principio de realidad informa que es inconveniente y que en caso de efectuarse se sufrirá un displacer superior al placer buscado. Cuando la acción está signada por el principio de compulsión de repetición, la realidad queda momentáneamente desconsiderada o descalificada”. (Rivelis, 2009, p. 79)

La compulsión de repetición actúa como un motor que impulsa a enfrentar repetidamente el obstáculo, la insatisfacción de la realidad con el fin de encontrar la forma de superarlo. Es una estructura de funcionamiento que va más hacia la dificultad, que hacia la evitación de ésta. Es una repetición que busca una experiencia de satisfacción, “la búsqueda de ese algo que coincida con un rastro inscrito previamente y que corresponda a un hoyo abierto en el real va produciendo resultados esperados e inesperados que difieren siempre de lo que podría colmar tal abertura”. En los actos repetitivos el sujeto se encuentra con resultados que son opuestos a lo que buscaba en un inicio, de ésta forma se destruyen los mecanismos preestablecidos que tienen como propósito una armonía entre el sujeto y los objetos, así el sujeto siempre tiene dificultad adecuándose al mundo. (Braunstein, et. al, 2006, p. 74)

La repetición en la adicción a una sustancia está articulada a una economía particular de goce. El sujeto habiendo perdido a su objeto de necesidad desde

temprano, solo queda con el intento de volver a recuperarlo mediante la elección de un objeto de anhelo. “En el principio era el Goce pero de ese goce no se sabe sino a partir de que se le ha perdido. Porque está perdido es. Y porque el goce es, lo real, lo imposible, es lo que se persigue.” (Braunstein, 2006, p. 33) Al sujeto no le queda más que valerse de la palabra de otro, pero esto siempre será insuficiente ya que jamás le brindará lo que busca. De esta forma se llega a la elección de un falso objeto (sustancia) que tiene como propósito recuperar el goce. Es falso porque nunca logra el propósito original de la repetición y falla siempre en el intento. “Falso fetiche que implica coagulación y renuncia del goce. Goce que, en la compulsión, no deja de insistir”. Es así como la sustancia viene a ser una vía inadecuada para intentar satisfacer dicha pulsión, de una forma inadecuada que falla en la estructuración entre deseo y necesidad. (Fleischer, Allegro, Benjamin, Rivas & Surmani, (2009, p. 79).

2.1.4 Narcisismo

“El término *narcisismo* proviene de la descripción clínica y fue escogido por P. Nacke en 1899 para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mimó, hasta gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena”. (Freud, 1914, p. 71)

En el desarrollo de la teoría del psicoanálisis realizada por Freud se encuentra uno de los conceptos que es pilar en el desenlace de las etapas de un sujeto, término que Freud acoge para su teoría y lo explica en 1914 en Introducción al narcisismo. Éste consta de 3 partes; se desprende así el narcisismo original o primitivo, el narcisismo primario, y el secundario. El narcisismo original es previo a la diferenciación entre el bebé y el objeto. En éste punto el bebé siente tener un cuerpo fragmentado no unificado, pues únicamente lo siente completo cuando está con el seno de la madre, sin embargo esto sucede sin que el niño se dé cuenta. Es una etapa en la cual en niño se ve responsable por generarse

a sí mismo satisfacción o calma, supone que esto viene de sí mismo sin tomar en cuenta la existencia de la madre. Esto significaría que en éste punto el bebé no ha construido un “yo” y un “objeto” que sean diferenciados. “Desde éste punto de vista objetivo, o desde el punto de vista del observador, hay objeto: de hecho, la madre interactúa con el bebé y éste con ella. Pero ocurre que esto no es reconocido por el bebé”. Es por esto que en ésta etapa está presente el autoerotismo, en tanto que la calma o satisfacción proviene de él mismo (o así lo piensa). Importante recalcar que el autoerotismo es un factor previo a la diferenciación yo-objeto. (Rivelis, 2009, p. 70)

El narcisismo primario es el momento en el cual el bebé es capaz de diferenciarse entre él y su madre, de éste punto en adelante los límites del yo estarán claros y el niño identificará su cuerpo como propio. El narcisismo primario se articula íntimamente con el Estadio del espejo de Lacan. Éste retoma la teoría del narcisismo de Freud y la complementa con lo que él determina como el Estadio del espejo. El niño pequeño “no posee una imagen integrada de su cuerpo sino, al revés, fragmentada. Es decir, no relaciona sus diferentes partes como formando parte de un todo. Para conseguirlo, deberá pasar por una fase especial de desarrollo psíquico, denominada la fase del espejo”. (Rivelis, 2009, p. 70) El Estadio del espejo es el proceso mediante el cual el niño logra una unificación e identificación de la imagen de su propio cuerpo. Durante este proceso el niño deja de sentirse como un cuerpo fragmentado (que se completa con el de su madre). En otras palabras, el niño se afirma su unidad corporal mediante la internalización de su imagen en el espejo. Ésta unificación imaginaria del cuerpo facilita la formación al apareamiento del yo. (Vega, De Vedia y Roitman, 2012, p. 7)

Finalmente está el narcisismo secundario, momento en el cual ya se ha realizado la diferenciación entre yo-objeto, esto permite que haya un retiro de la investidura libidinal de un objeto, y retorne al yo. Éste proceso puede resultar en dificultades con las relaciones exteriores del sujeto, dado que toda su energía libidinal está investida en sí mismo, y mucho dependerá de cómo el sujeto invierta y en qué ésta energía. (Rivelis, 2009, p. 70)

Las fases del narcisismo son parte del desarrollo necesario para la estructuración del sujeto, en éste punto de la infancia temprana no es tomado como una patología o un cuadro clínico específico. Sin embargo ya que es un recorrido que debe tomar el niño, siempre formará parte de su estructura y estará presente de diferentes formas en el destino al que llegue posterior a su formación y a la resolución del Edipo. De acuerdo a la evolución del narcisismo en el niño, éste resultado matizará las elecciones de objeto para el sujeto, entendiendo así que éste siempre deseará volver a sentir el goce de ser un solo con su objeto. (Vega, De Vedia y Roitman, 2012, p. 7). Es posible que haya un retorno a un objeto narcisista, “hablar de objeto narcisista a propósito del narcisismo primario y de cualquier retorno al narcisismo no es más que aplicar la definición del objeto como medio del fin pulsional”. (Ricoeur 2004, p. 110)

“El cuerpo, en principio un yacimiento ilimitado del goce, va siendo progresivamente vaciado de esa sustancia (mítico fluido libidinal) que transhumaba por sus poros, que inundaba sus recovecos y se agolpaba en sus bordes orificiales. Ahora se le podrá alcanzar, sí, pero pasando por la deflexión narcisista, por el campo de las imágenes y de las palabras, como un goce lenguajero, puesto fuera del cuerpo, sometido a los imperativos y a las aspiraciones del ideal del yo que lo comandan con falsas promesas de recuperación....solo quedan los objetos fantasmáticos que causan deseo desviando hacia otra cosa, las cosas del Otro, las que sólo se marcan, cuando se les alcanza, por la diferencia decepcionante, por la pérdida con respecto a la Cosa que pretendían”. (Braunstein, 2006, p. 46)

En las toxicomanías el narcisismo tiene un papel fundamental, dado que la perspectiva de ésta corriente es que la relación que establece el sujeto con su droga de elección es algo que va más allá de la mera casualidad, sino que está íntimamente relacionada con la historia personal del sujeto, y cómo éste ha venido resolviendo y recorriendo los complicados caminos hacia la adultez. Las maneras en que ha sucedido crearán en el sujeto una forma particular de

invertir un objeto de amor, en éste caso una sustancia. “La relación entre el adicto y sus drogas se asemeja a la de las parejas, con su efecto ilusorio de recuperación de la unicidad perdida”. (Campuzano s.f., p. 3)

2.1.5 La represión

El conflicto de Edipo solucionado resulta en la creación de la cadena de significantes, la creación de lo inconsciente y por ende de la represión. Es decir, el Nombre-del-padre viene a ser el primer significante de la cadena que estructurará al sujeto. Se funda la represión primaria y se establece el inconsciente como instancia psíquica. La represión, es el concepto utilizado por Freud para explicar cómo funciona el aparato psíquico. Una vez instalado el niño en la ley de prohibición del incesto, pues el contenido de aquellos deseos de orden sexual e incestuoso hacia su padre o madre se verán reprimidos hacia lo inconsciente, justamente por su contenido de orden prohibido. Sin embargo, el proceso de represión es un trabajo constante que no termina de actuar en el Edipo, Freud lo explica como represión primaria y secundaria. Así, la existencia de la represión primaria garantiza la existencia de la represión secundaria de la siguiente manera: dado que el inconsciente puja por recordar y por hacer consiente lo inconsciente, entonces habrán constantes retoños de éstos recuerdos, que a la vez serán otra vez reprimidos. “La represión primaria, estructurando el aparato psíquico, asegura el mantenimiento, en la dimensión dinámica del inconsciente, de la represión secundaria y del retorno de lo reprimido. Sin el retorno no podríamos hablar de la represión secundaria”. (Cosentino, 1999, p. 94)

De esta forma el aparato psíquico trabajará con un sistema que creará una cierta homeostasis al liberar la energía libidinal atada a la represión, pero lo hará de tal manera que sea encubierta, mediante la condensación y desplazamiento. Es de esta forma que el sujeto llega a tal mediación entre sus pulsiones y la ley de prohibición, que elegirá objetos para investirlos, objetos que remplacen a su objeto ideal ahora prohibido. “La investidura alcanza la representación sustitutiva, desde su conexión con la reprimida, y así se

asegura contra la emergencia de la representación reprimida mediante la investidura de la sustitutiva.” (Cosentino, 1999, p. 95)

“En cambio en el complejo de Edipo, la represión primaria implica la resignación de los objetos primarios investidos con metas sexuales, el duelo por esas pérdidas y la conservación de esos objetos a través de investiduras de meta inhibida, meta de ternura, o procesos identificatorios, que van a devenir Superyó y rasgos de carácter. Y esta diferencia implica, a partir del momento en que se establece, un cambio fundamental en la estructura y funcionamiento de la mente en desarrollo”. (Brudy, 2006, p. 90-91)

Los subtítulos anteriores han dado una vista general sobre las piezas que construyen a cada sujeto individualmente, y la forma en que estas partes están íntimamente relacionadas al desarrollo de una relación con una sustancia de elección. A continuación se verá las partes que conforman y que tienen relación directa con el funcionamiento de una comunidad terapéutica.

2.2 La comunidad terapéutica

2.2.1 Alcohólicos Anónimos

El 10 de junio de 1930 en la ciudad de Akron, Ohio un tal señor Bill se encuentra con un señor Bob, estos se sientan a conversar sobre sus grandes problemas con el alcohol, y en este punto Bill le cuenta a Bob sobre una experiencia religiosa que él ha vivido y le ha ayudado en su lucha. En esta misma noche ambos sujetos se quedan largas horas hablando y compartiendo experiencias personales sobre sus dificultades con el consumo de alcohol. Como resultado de ésta conversación entre ambos, se encuentran con la fuerza suficiente como para no beber más y recaer. Lo interesante de ésta historia (verdadera) es que estos señores pudieron ayudarse uno al otro, a pesar de que compartían el mismo problema. Impresionados con los frutos de su experiencia personal, y el producto de apoyarse uno al otro estando en las

mismas condiciones, deciden comenzar una asociación con el nombre de “Alcohólicos Anónimos”. De éste punto y brevemente desarrollaron una metodología llamada los “doce escalones” y “doce tradiciones” Es así como empieza la gran asociación que perdura hasta hoy en día, siendo el programa más extensivo y seguido por la mayoría de comunidades terapéuticas. (Ciccone, 2006, p. 397)

“Es importante recalcar las dos partes que brindan la motivación suficiente entre Bill y Bob, estas son; el apoyo entre ambos, y la experiencia religiosa. A pesar de que las creencias religiosas no son un requisito para poder practicar los doce pasos, o pertenecer a una comunidad terapéutica, pues no deja de ser el elemento esencial del funcionamiento de AA”. (Ciccone, 2006, p. 398).

En esencia: el alcohólico es dulcemente atraído y empujado a realizar un camino, que estaba rechazado hasta la víspera y consideraba imposible; se despierta en él la autoestima y la confianza en sí mismo, consigue movilizar las energías que se habían quedado como paralizadas y en los siempre presentes pasos en falso, o recaídas, encuentra enseguida manos amigas que le ayudan a volver a ponerse en pie. (Ciccone, 2006, p. 399)

2.2.2 Grupos de autoayuda

Con el avanzar del tiempo y de las teorías psicológicas a partir de los años 70 se establece el término “grupo de auto ayuda”. A pesar de que eso es exactamente lo que empezaron Bill y Bob, no fue sino hasta años más adelante que le asignaron un nombre a esta nueva técnica de trabajo. Los grupos de auto-ayuda o grupos de apoyo tienen la característica de enfocarse en una determinada situación (como el alcoholismo). “Estos grupos plantean el ajuste a esas nuevas relaciones o roles mediante la contención emocional y la comprensión de los miembros del grupo que han pasado por la misma experiencia, así como el aprendizaje de los nuevos miembros del modelo de rol que les ofrecen los miembros veteranos”. (Campuzano & Bello, 2004, p. 33).

Otra particularidad de los grupos de auto ayuda es que tienen la posibilidad de ser dirigidos tanto por profesionales de la salud, como por personas que han tenido el mismo problema y ofrecen su ayuda y experiencia a otros.

2.2.3 La comunidad terapéutica

Está organizada por ambientes residenciales libres de consumo de sustancias, donde el tiempo de estadía varía, pero en promedio es de 3 a 18 meses. La estancia está conformada por días estructurados que inician temprano en la mañana, y concluyen en la noche. Las actividades diurnas constan de reuniones grupales, actividades ocupacionales, grupos de encuentro, grupos terapéuticos entre otros. Una de las principales técnicas de las CT es utilizar la influencia de otros compañeros para la mejoría de los pacientes, también conocido como la “auto ayuda”. En el proceso de ingreso se hace una recolección de datos clínicos además de una evaluación, y el ingresado tiene una entrevista con el o los dirigentes de la comunidad, con el fin de explicarle qué sucederá a continuación, reglas de la comunidad y el funcionamiento general. Una vez el sujeto ha ingresado pertenece a la comunidad y residirá en ella por el tiempo determinado por el equipo terapéutico, formando parte de las varias actividades y terapias diarias que brinda la comunidad a sus miembros. (Llorente y Fernández, 1999, p.331)

Debido a la variedad de casos particulares y la cantidad de distintos enfoques que se han propuesto para la problemática del consumo de alcohol, entonces no se puede hablar de un solo tratamiento genérico que tenga los mismos resultados en todos los casos. Actualmente se concibe al trastorno adictivo con fases de recaída y fases de abstinencia, y pues cada una de estas difiere según la individualidad de cada persona. Es así como se ha pensado “más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual”. Sin embargo, la mayoría de programas como aquellos de las CT trabajan de forma genérica, unificando aquellos factores terapéuticos que han probado dar resultados favorables en trastornos adictivos, el objetivo general

de la mayoría de programas para adicciones es el de la abstinencia plena. (Ochoa, Madoz & Vicente, 2009, p. 37)

“Como tal se entiende la supresión controlada y brusca del consumo de alcohol, con el apoyo de determinadas sustancias que facilite la misma evitando las sensaciones y síntomas de malestar que pudieran aparecer (y hacer fracasar el proceso), así como previniendo las complicaciones físicas y/o psíquicas que pudieran derivarse de una retirada rápida y total. Se trata, por tanto, de un tratamiento recortado en el tiempo, con límites claros, y cuyo único objetivo es la abstinencia.” (Ochoa, Madoz & Vicente, 2009, pp. 37-38)

Este tipo de intervención rápida y brusca puede ser el paso necesario para a continuación seguir con otros tipos de psicoterapia de duración más extensa. Este planteamiento de abstinencia puede ser realizado vía dos modalidades; con la guía de un terapeuta haciéndolo así un tratamiento ambulatorio. La otra forma sería mediante una desintoxicación hospitalaria en la cual el sujeto ingresaría a los programas de comunidad terapéutica para adictos. “En los programas de desintoxicación habitualmente se suelen emplear pautas o protocolos más o menos fijas y estándar que garanticen el objetivo siempre y cuando permitan la flexibilidad necesaria para adecuarse a cada caso”. (Ochoa, Madoz & Vicente, 2009, p. 38)

2.2.4 La CT en el Ecuador

En la presente investigación se trabajará con el modelo de CT que se aplica en los Estados Unidos, debido a que presentemente en el Ecuador no existe un protocolo que limite a un programa de tratamiento específico en el caso de programas para adicciones. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador solicita que las CT se rijan a sus lineamientos, sin embargo únicamente se encargan de aprobar o no el tipo de programa que la CT solicita en para el permiso de establecimiento, y de controlar todo lo relacionado a instalaciones y permisos sanitarios.

El artículo 3 del reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas, del Acuerdo Ministerial no.00000767 (Vance, 2012) dice:

“En todo centro de recuperación en que sea necesario el internamiento transitorio o prolongado para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, el Ministerio de Salud Pública, por medio de autoridad competente a nivel provincial o distrital, aprobará los procedimientos, y programas terapéuticos, que deben adecuarse a lo establecido en protocolos de diagnóstico, derivación, las normas técnicas para el licenciamiento y la normativa establecida por el Ministerio de Salud. Esto se hará con la finalidad de evitar la vulneración, disminución, menoscabo o anulación de los derechos y garantías constitucionales y garantizar una atención de calidad”.

Por éste motivo, las comunidades terapéuticas del país toman prestados los modelos de funcionamiento de los Estados Unidos, y aplican los programas terapéuticos más comunes a las CT nacionales.

El National Institute of Drug Abuse (NIDA) es la organización más grande de investigación sobre manejo de adicciones en los Estados Unidos. Está compuesta por dos funciones principales; la investigación estratégica y extensiva sobre varias disciplinas psicológicas aplicadas al tema de las adicciones. La segunda es la aplicación de programas y propuestas efectivas resultantes de tales investigaciones en el campo del manejo y prevención de toxicomanías tanto en el ámbito clínico como en la aplicación de políticas de salud. La definición de comunidad terapéutica que define el NIDA (2003, párr. 3) es;

“Las CT son 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. Las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Este enfoque a menudo se conoce como "la comunidad como método".

Desde la perspectiva de las CT, el abuso de sustancias es visto como un factor que afecta a todas las áreas del funcionamiento psicosocial, que constituye a la par el síntoma de un trastorno global. Por ende, el tratamiento que propone una CT es dirigido hacia la persona y la adaptación en el entorno. Las CT trabajan con un modelo integral multidisciplinario y de orientación religiosa. Pone énfasis en el desarrollo espiritual, y en la rehabilitación física tanto como mental, adoptando así un concepto de enfermedad sin cura. (Rodríguez, 2009, 3er. par).

A partir de los años 50 hasta hoy en día estos establecimientos han crecido y mejorado inmensamente a la par con los avances tecnológicos y psicológicos. La CT trabaja con un modelo de gran estructuración y basado en técnicas cercanas a la modificación de la conducta. (Llorente, Mezo & Barrutia, s.f., p. 294). En general los programas para desintoxicación de una CT provienen de una estructura cognitivo-conductual. Esta incluye los programas de motivación de la abstinencia y la prevención de recaída. También algunas herramientas para combatir la sintomatología de la abstinencia. Muchas de las técnicas utilizadas como lo son la resolución de conflictos, el manejo de la ansiedad o depresión, habilidades sociales etc. Son tipos de terapias breves que se complementan con técnicas de grupo. (Ochoa, Madoz & Vicente, 2009, p. 39)

2.2.5 Terapias breves

La propuesta de una psicoterapia breve surge a partir de las exigencias de un sistema de salud que demanda una corta duración y alta efectividad en los procesos de tratamiento psicológico. A su favor, es una terapia de costos

reducidos y resultados positivos en la experiencia clínica. “Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto”. El fin de la terapia breve, es el de proveer a aquellos que la buscan con las herramientas necesarias para realizar cambios en las actitudes básicas y así solucionar problemas de conducta. “Su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo”. La terapia breve está altamente relacionada con la motivación y la autoeficacia. Está compuesta por varios parámetros, entre los más importantes destacan la perspectiva clínica cognitivo conductual, y la motivación. (Hewitt & Gantiva, 2009, 1er párr.)

“En síntesis, la terapia breve debe ayudar a los consultantes a comprender que ellos originan sus problemas emocionales y conductuales incitados por sus propias creencias; en consecuencia, son ellos quienes pueden cambiarlos”. (Hewitt y Gantiva, 2009, 11mo primer párr.)

2.2.6 Conductismo

A finales de los años 50s después de mucha investigación, en 1963 Skinner publica Ciencia y Conducta Humana, un escrito en el cual explica cómo los principios básicos de la conducta humana influencia el comportamiento de las personas en distintas situaciones. Este estudio amplia y se complementa con aquellos otros que investigan el rol de los refuerzos en la conducta. Desde aquí en adelante se establece la terapia conductual como una fuerte alternativa para los tratamientos clínicos, una alternativa basada en la psicología científica. Dentro de este nuevo enfoque psicológico se encuentran aspectos de: el condicionamiento operante, el condicionamiento respondiente, la teoría del aprendizaje social y la modificación de la conducta cognitiva. Con el avanzar de los años esta corriente se ha hecho vastamente popular, y es aplicable y recomendable en varios tipos de desórdenes psicológicos incluyendo el tratamiento para adicciones. (Naranjo, 2004, p. 23)

Los principios bases del conductismo se apoyan sobre la idea de que la mayor parte de la conducta humana, sea negativa o positiva, es el resultado de un proceso de aprendizaje. De éste modo también, toda conducta está sujeta al cambio. “Se sitúa el objeto de estudio (o cambio) en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico”. (Naranjo, 2004, P. 26). Otro punto pilar es la relación entre el aprendizaje y el ambiente, pues ésta corriente afirma que ciertos factores específicos del ambiente pueden contribuir a la modificación de conductas. Por ende, principios como el refuerzo o modelado son utilizados como técnicas para la modificación de conductas. Los autores del conductismo explican que la terapia puede ser vista como un proceso de aprendizaje, un proceso educativo en el cual las personas pueden observar su propio proceso y así adquirir una perspectiva distinta. De la misma forma es posible aprender formas más efectivas para modificar sus cogniciones, emociones y comportamientos.

“Otra premisa de la orientación conductual es que las conductas que manifiestan los orientados son el problema, no solamente los síntomas de un proceso subyacente. La resolución exitosa de esas conductas problemáticas resuelve la situación y no necesariamente emergerá un nuevo grupo de problemas. Además, los terapeutas conductuales operan sobre la premisa de que el cambio de conducta puede darse antes de la comprensión de uno mismo y que los cambios conductuales pueden conducir a un aumento en el nivel de comprensión”. (Naranjo, 2004, p. 27)

Se entiende entonces, que el conductismo es la aplicación variada de procedimientos y técnicas que están íntimamente relacionadas con las teorías del aprendizaje. Se podría decir que la terapia de enfoque conductual consta de un ordenamiento sistemático de nuevas experiencias que generen un re-aprendizaje, con el objetivo de cambiar una conducta disfuncional, por una más adecuada. (Naranjo, 2004, p. 27)

2.2.7 Otros enfoques

En su mayoría las CT no utilizan el enfoque psicoanalítico para el tratamiento dado que dan más uso a terapias breves como las mencionadas anteriormente. Otros enfoques comunes aplicados a las toxicomanías en las CT son el sistémico, el cognitivo conductual y el humanismo.

El enfoque sistémico da mucha importancia a la familia de la persona con conducta adictiva, pues la misma es vista como un sistema complejo compuesto de varias partes, por ende el rol de cada miembro, y el rol de la familia en sí tendrá un significado importante en el comportamiento de aquel con el síntoma. La familia tendrá una relación estrecha con el origen, mantenimiento y deterioro del consumo a una sustancia. En ésta corriente no se niega de ninguna forma la existencia y el impacto de los componentes biológicos y genéticos, sin embargo el trabajo clínico se dirige más hacia las variables familiares. “Las adicciones se desarrollan en un contexto familiar y con frecuencia reflejan dificultades que habitualmente son mantenidas y cumplen con una finalidad en la interacción familiar; bien sea equilibrar, separar, unir o hacer un llamado de emergencia”. (Layerie, 2012, p. 3)

La corriente cognitivo-conductual explica el problema de las adicciones como un conjunto de esquemas mal adaptativos tempranos, que son acompañados de rituales de consumo aprendidos de forma incontrolable. Estos rituales mantienen a la persona en ambientes que propician el consumo de sustancias. Se entiende a las adicciones como un comportamiento aprendido, y de la misma forma se puede modificar la conducta. Esta corriente “plantea una visión de la dependencia desde lo cognitivo-conductual y desde la conciencia, afirmando que si se lograra reprogramar desde la cognición la respuesta inadecuada ante el impulso del consumo, la adicción sería dominada y posiblemente superada”. El trabajo clínico para adicciones consta en un re aprendizaje en el cual se provee experiencias igual de placenteras en las actividades libres de consumo, con el fin de modificar la cognición y el comportamiento. (Jaramillo, 2010, p. 3)

Finalmente, desde la corriente humanista la adicción es vista como un dilema existencial por el cual la persona ha llegado al consumo descontrolado y excesivo de una sustancia, debido a que ha perdido sentido de su existencia, y se ha enfrentado a un vacío existencial intentando taparlo o llenarlo con una sustancia de su elección. En éste intento se pierde las bases religiosas, espirituales llevándolo a hundirse en un camino en busca del placer. Con el avance del consumo y los conflictos subyacentes, la resiliencia disminuirá paulatinamente. El trabajo clínico de ésta corriente consta en ayudar al paciente a encontrar su camino perdido en nuevos objetivos hacia la autorrealización. (Jaramillo, 2010, p. 3)

2.3 La experiencia

En la disciplina de la psicología se mira a la experiencia como un concepto que va mucho más allá del empirismo y lo sensorial, es entendido como algo único y personal que conlleva un proceso de elaboración, entendimiento y significación de aquello percibido o vivido. En otras palabras, a pesar de que varias personas tengan una vivencia de algo similar o igual, el significado y la interpretación que obtendrán de su experiencia serán únicos para cada sujeto. Esto se debe a que la construcción personal de cada ser humano es única por su propia historia de vida, y por el paso de las etapas mencionadas anteriormente tal como el complejo de Edipo y el estadio del espejo. A partir de que el niño es capaz de hablar, entonces tiene la capacidad de dar un significado en la narración de sus experiencias, un significado para su propia comprensión. “La narración se convierte de este modo en la forma de representar y reproducir dramáticamente los eventos”. La narración de un evento vivido es la asignación de un significado a tal evento, y el recuerdo de lo sucedido no siempre es fiel a lo sucedido, “sino más bien coherente con los intereses del sujeto y la estructura prefijada por los guiones sobre los que se apoya la actividad narrativa de la conciencia”. (García, Garrido y Rodríguez, 1997, p. 166)

“Las narraciones se cuentan desde la vivencia y se viven al ser explicadas. Las acciones y el sufrimiento de la vida pueden vivirse como procesos de explicarse historias a sí mismos y a los demás, de escucharlas, de llevarlas a la práctica o de vivir a través de ellas”. (García, Garrido & Rodríguez, 1997, p. 167)

La construcción de un sujeto y del significado de los eventos que suceden no es algo que se da únicamente en la infancia, lo contrario, es un proceso de funcionamiento permanente debido a que las personas viven una cantidad infinita de experiencias a diario por el hecho de estar en contacto con el entorno. Estas experiencias son también parte de la historia de cada uno, y si tienen un significado personal. Esto modifica y estructura a su vez a la persona constantemente. (Toledo, 2012, p. 45)

“De este modo, bien se podría afirmar que una vida es una trayectoria en el cual el sujeto se apropia de las relaciones sociales, las interpreta, las re-interpreta y establece otras nuevas. Por ello, cada sujeto es siempre una síntesis de la historia social del colectivo al cual pertenece y, al mismo tiempo, sus prácticas resultan ser una síntesis de la estructura social en la cual se encuentra inserto”. (Toledo, 2012, p. 46)

Relacionando al tema de consumo de sustancias, el conjunto de experiencias vividas en el espacio de tiempo de permanencia en la CT tienen alta relevancia en el rendimiento futuro del sujeto. A continuación se exponen una serie de investigaciones publicadas que contienen elementos que demuestran cómo las diferentes experiencias reflejan en la perspectiva de las personas sobre su recuperación y el programa al que pertenecieron.

Existen algunas investigaciones que se pueden tomar en cuenta para el presente estudio. Dentro de estas se encuentra el trabajo de López (2009) sobre la importancia que tienen los terceros significativos en la decisión del sujeto drogodependiente de entrar a un tratamiento. El estudio se enfoca en cómo la participación de los terceros influye en la percepción de libertad de

elegir del sujeto, y a partir de esto se discute la noción de motivación a trabajarse. Los 6 participantes fueron seleccionados de un grupo de pacientes con diagnóstico de adicción según criterios del DSM IV, que hayan ingresado a un programa de tratamiento. Las edades de los participantes varían entre 26 y 40 años. Al momento del estudio los participantes ya habían pasado al menos 9 meses en el proceso de tratamiento. La recolección de datos se dio a través de entrevistas a profundidad con una duración aproximada de una hora. El análisis de datos siguió la línea de análisis de contenido.

Los resultados explican que inicialmente la demanda por parte de los familiares es percibida de forma negativa por los pacientes. Sin embargo, a largo plazo resulta en que el sujeto sienta cierta motivación a producir cambios en su conducta. Sucede un proceso interno, en el cual a posterior el sujeto siente que la motivación que en un inicio se origina en la familia, a posterior la siente propia. Uno de los resultados, es que al estar constantemente el sujeto involucrado en la demanda de los familiares, pues esto permite la posibilidad de que así se inicie su propia motivación.

Otra investigación que aporta es aquella de Hernández y Londoño (2012). El estudio intentó descifrar los factores cognitivos y psicosociales que están asociados a la adherencia al tratamiento. La muestra constó de personas ingresadas a las CT Amigonianas de Colombia La muestra conformada por 443 participantes, de los cuales 373 fueron hombres y 70 mujeres con una edad promedio de 18 años.

Los instrumentos de recolección de datos fueron: la escala de adherencia al tratamiento, el instrumento de Registro de las Comunidades Terapéuticas Amigonianas, el Young Schema Questionnaire, y las creencias centrales de los trastornos de personalidad.

Los resultados confirman la relación de variables cognitivas con la adherencia al tratamiento, y también al tiempo de permanencia. Las características cognitivas y sociodemográficas que favorecen a la adherencia al tratamiento

refieren tanto a experiencias adversas y esquemas mal adaptativos, como estrategias de afrontamiento, como lo son: la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo profesional; estas favorecen a la toma de decisión de ingresar a una CT.

Muñoz en el (2011), realiza un estudio utilizando una metodología cualitativa, con el fin de comprender el proceso de constitución discursiva de subjetividad. Para lo cual se requiere acceder a las formas lingüísticas retóricas, con las cuales los participantes construyen sus posicionamientos y dan sentido a su experiencia. El estudio consta de tres casos considerados típicos ideales para la investigación. Para el método se empleó el análisis del discurso. Para la recolección de datos se utilizó: grupo focal, entrevista activa-reflexiva, y entrevista de ingreso.

El estudio concluye explicando que la construcción de una identidad positiva implica la aceptación de la definición de sí mismo como paciente y la posición de subordinación en relación con los/las terapeutas. Muñoz (2011, p. 46) dice “sintetizando el proceso de construcción de la identidad de los sujetos al terminar el proceso de tratamiento, es posible sostener que se construyen como “pacientes” que tienen una enfermedad controlada, aunque latente, con muchos aspectos positivos y que han superado sus problemas, prácticamente como una persona con nueva identidad...”

López, Bulas, León, y Ramírez. (2005) realizan un estudio para analizar la influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. Fue de tipo experimental, en el cual participaron 186 sujetos, entre ellos 149 hombres y 37 mujeres con una edad media de 17.79 años, todos procedentes de México. Se dividió a la muestra en 2 grupos (experimental y control). En el grupo experimental se utilizó la presencia y el apoyo constante familiar, mientras que el grupo control fue aislado de la familia. Para medir los resultados se utilizó la Escala de Auto eficiencia estandarizada.

El estudio concluye explicando que los resultados obtenidos dan a comprender la importancia del apoyo familiar, ya que en los grupos experimentales se observó que los sujetos consumidores que disponen de implicación parental puntúan más alto en autoeficacia social, que aquellos que no disponen de implicación parental. También concluyen sugiriendo que se incluya en los programas de rehabilitación trabajar la autoeficacia, ya que es un factor que facilitará la reinserción social.

Pérez del Río en el (2011) realiza un estudio con el fin de investigar en qué cambian los pacientes drogodependientes a los 6 meses de tratamiento en la CT. Se realiza el estudio con una muestra de 76 pacientes ingresados a CT con diagnósticos de dependencia a sustancias, la edad media fue de 33 años. Se aplicaron tests para medir trastornos de personalidad, la motivación y sintomatología.

Las conclusiones son, que efectivamente hay cambios significativos en las siguientes variables: no consumen sustancias, avanzan a la fase de acción, se dan cambios en el balance decisional, aumentan en autoeficacia, se dan cambios en la variable hostilidad, aumentan en cinco procesos de cambio. El estudio pone énfasis en la variable de autoeficacia, ya que definitivamente este es un factor que garantiza el éxito.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Explorar cómo ha sido la experiencia de las personas que han formado parte del programa de internamiento en una comunidad terapéutica para adicciones.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la perspectiva de las personas sobre la calidad del tiempo de internamiento en la CT

- Explorar cómo resultaron las actividades que formaron parte de programa de internamiento.
- Indagar sobre el impacto que tuvo el proceso de internamiento con en el estilo de vida de la persona.

4. Pregunta

¿Cómo ha sido la experiencia de las personas que han formado parte del programa de internamiento por consumo de sustancias en una comunidad terapéutica?

4.1 Preguntas directrices

- ¿Cómo vivieron las actividades que formaron parte del programa de internamiento en la CT?
- ¿Cómo fue el impacto de internamiento en la vida cotidiana?
- ¿De qué forma afectaron las actividades terapéuticas dentro del internamiento?
- ¿Cómo se vivió el aislamiento de la sociedad dentro de la CT?
- ¿De qué forma impactó la separación del núcleo familiar?

5. Método

Se trabajará con un diseño exploratorio descriptivo utilizando los parámetros de la teoría fundamentada. Corbin y Strauss (2002, p. 13) explican que este “se refiere a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación”. En éste método, la recolección de datos tanto como el análisis y la teoría que surgirá de estos

mantiene una estrecha relación. Éste será un diseño de investigación de tipo transversal.

Se trabajará utilizando el enfoque cualitativo. Corbin y Strauss (2002, p. 11) explican que éste enfoque “produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.” La presente investigación trata sobre la experiencia de las personas, lo cual amerita un tipo de análisis más interpretativo, motivo por el cual se trabajará con un enfoque cualitativo.

5.1 Tipo de Diseño y Enfoque

5.1.1 Diseño

5.1.1.1 Según el periodo y secuencia del estudio

Transversal

Las variables del presente estudio se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo

5.1.1.2 Según el análisis y el alcance de los resultados

Exploratorio Descriptivo y codificación abierta.

5.1.1.3 Enfoque

Cualitativo

El estudio se enfoca en aspectos que no son medibles o cuantificables estadísticamente.

5.2 Muestra/Participantes

El muestreo será de tipo intencionado con criterios de inclusión y exclusión. Una vez hecho esto se utilizará la técnica de bola de nieve para la obtención de los participantes, técnica en la cual un participante refiere a otro.

Los criterios de inclusión y exclusión serán los siguientes:

Inclusión

- Edades entre los 25 y 45 años.
- Ingreso a comunidad debido a consumo de sustancias psicotrópicas.
- Que hayan completado el programa de internamiento.
- Sexo masculino y femenino.

Exclusión:

- Diagnóstico de algún tipo de retraso mental o trastorno de personalidad.
- Que al momento formen parte de la comunidad o “equipo terapéutico”.

5.3 Recolección de datos

Para la recolección de datos se dividirá a la muestra de 7 en dos grupos, así a un grupo se aplicarán entrevistas semi estructuradas, y con el otro grupo se realizará un grupo focal. Los criterios para ésta división son los siguientes: aquellos que participen en el grupo focal deben haber pertenecido a CT distintas a los otros. Es decir, en el grupo focal no habrá dos personas que hayan estado en la misma CT. Esto con el fin de que las opiniones no sean sesgadas por una cuestión de lealtad o presión grupal.

5.4 Procedimiento

Para realizar el primer contacto se referirá a informantes que tengan contacto con personas que entren en la muestra y puedan participar. Se solicitará a los informantes que se comuniquen con las personas con el fin de explicar el tema del estudio y solicitar su participación. Si las personas estuviesen interesadas y de acuerdo en participar voluntariamente, entonces la investigadora procederá a contactarles personalmente. El procedimiento para la realización del trabajo será en el siguiente orden:

1. Referirse a informantes y consultar si conocen a personas dentro de los parámetros de inclusión.
2. Contacto telefónico en el cual se vuelve a explicar el tema del estudio y qué se solicita de los participantes.
3. Segundo contacto telefónico en el cual se explica a profundidad el propósito de la investigación. Se hablará sobre el tema de la confidencialidad y se explicará el procedimiento. Se acordará en una cita para la entrevista o grupo focal.
4. Realización de entrevistas
5. Transcripción
6. Realización de grupo focal
7. Transcripción
8. Análisis de datos.
9. Redacción de conclusiones.

5.5 Análisis de datos

Los datos se analizarán mediante el proceso de codificación abierta. “Éste es un proceso que consiste en descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos que se deben abrir en el texto, y así exponer los pensamientos y significados contenidos en el discurso”. Corbin y Strauss (2002, p. 111) dicen que “los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se

comparan en busca de similitudes y diferencias”. Finalmente los resultados se agrupan bajo conceptos llamados categorías.

En el presente estudio se trabajó con la pregunta de investigación ¿cómo es la experiencia de internamiento en una comunidad terapéutica por consumo de sustancias? Dado que es una pregunta que apunta hacia respuestas variables y subjetivas, en las cuales se da mucho énfasis a las emociones y experiencias individuales, para el análisis de datos se utilizó la teoría fundamentada. Esta es un modo de análisis específico con un método principal para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano dentro del mundo social. La teoría fundamentada funciona a través de la creación de categorías teóricas que surgen de un análisis exhaustivo de los datos recolectados, una vez que se obtienen las categorías se procede a encontrar la relación entre estas. “Es decir, a través de los procedimientos analíticos, se construye teoría que está fundamentada en los datos, de ahí su nombre”. (Cuesta, 2006, p. 137)

El primer paso fue la recolección de los datos para a continuación micro analizarlos. Es importante mencionar que previo al proceso de hacer las preguntas, la investigadora generó un clima apropiado de confianza para el entrevistado. Se trabajó en generar empatía, con el propósito de que la persona se sienta tranquila y relajada, pues esto ayuda a posterior durante el desarrollo de la entrevista. Previo al inicio de la entrevista se volvió a explicar los fines de la investigación, se solicitó que llenaran el consentimiento informado y se explicó detalladamente todos los temas éticos relevantes, tales como la confidencialidad, el anonimato y el uso de la grabadora de voz. Las herramientas utilizadas para la recolección fueron: entrevistas semi estructuradas, y un grupo focal, en ambos casos se utilizó una grabadora de voz para grabar los datos. Las entrevistas semi estructuradas se sujetaron a una guía de preguntas relacionadas a responder aquellos puntos principales de las preguntas directrices. Sin embargo se mantuvo una apertura bastante flexible que permitió con libertad introducir preguntas adicionales con el fin de comprender a profundidad conceptos mencionados, o ampliar temas específicos que fueron surgiendo a lo largo de la entrevista y fueron

considerados relevantes. En éstas entrevistas fue posible dirigir el diálogo hacia los intereses de la investigadora, de esta forma acercándose a la comprensión de la respuesta a la pregunta de investigación. A lo largo de las entrevistas se utilizó diversos tipos de preguntas técnicas, entre estas: las preguntas generales, las preguntas para ejemplificar, las preguntas estructurales y las preguntas de contraste. (Gómez, 2006, p. 140)

Las preguntas generales son aquellas que surgen de cuestionamientos globales, para desde ahí dirigirse hacia el tema de interés. En otras palabras, son aquellas preguntas disparadoras que hacen un primer acercamiento general hacia el tema de interés. Las preguntas para ejemplificar son aquellas en las que se le solicita al entrevistado que por favor ayude con un ejemplo de aquello que está describiendo, con el fin de poder tener un entendimiento más profundo sobre lo que se está hablando. Las preguntas estructurales son aquellas que solicitan del entrevistado que brinde una lista de puntos o categorías sobre el tema al que está haciendo referencia. Finalmente, las preguntas de contraste son aquellas en las que se le solicita al entrevistado que compare similitudes y diferencias en relación a varios temas, con el fin de comprender la diferencias entre dos tópicos de interés que ya han sido mencionados. (Gómez, 2006, p. 141)

“El grupo focal ocupa un lugar destacado dentro del conjunto de las técnicas de revelamiento de la investigación cualitativa. Se trata de una técnica que propicia la exploración de un tema a partir de la interacción entre los participantes”. Se utilizó la técnica del grupo focal dado que es muy útil para explorar tanto las opiniones, como las experiencias, las prácticas y sobre todo lo que las personas piensan y por qué piensan de ese modo sobre tal cosa. El grupo focal pone énfasis en la interacción con los otros miembros, y esto forma parte del análisis para la investigadora. Durante la reunión la moderadora trabajó aplicando técnicas que aumenten la interacción grupal y la expresión de opiniones y experiencias en el grupo. Dentro de estas se encontraron: la asociación de palabras, el mantenimiento del silencio, la ampliación y clarificación de lo que se ha dicho. (Kornblit, 2007, p. 78)

Una vez obtenidos los datos mediante las herramientas mencionadas anteriormente, entonces se prosiguió a la transcripción de los mismos, tanto las entrevistas como el grupo focal fueron transcritos minuciosamente. Una vez que todos los datos fueron transcritos, entonces se pudo empezar con el micro análisis, o análisis línea por línea. El microanálisis “exige examinar e interpretar los datos de manera cuidadosa, y a menudo hasta minuciosa”, ésta forma de codificación requiere de un análisis de los datos que va palabra por palabra y frase por frase. Dentro de esta primera parte de análisis, hay dos factores importantes que son tomados en cuenta, el primero es los datos en sí. Es decir, la transcripción textual del discurso de los sujetos, y el segundo factor es las interpretaciones de la observadora. Este primer tipo de análisis no es de estructura rígida, sino más bien lo contrario, es un análisis flexible que depende de la apertura y del flujo creativo de la investigadora. “El microanálisis obliga a al investigador a examinar lo específico de los datos”, pues va mucho más allá de un análisis general del discurso. Al realizar éste análisis se conceptualizó se clasificó los acontecimientos, actos y resultados, así surgieron categorías que están interrelacionadas, esto dió paso a la codificación abierta. (Straus y Corbin, 2002, pp.64, 65). De ésta forma se fue leyendo el texto transcrito línea por línea, subrayando y enumerando los distintos temas que fueron surgiendo.

La codificación abierta es un proceso de análisis en el cual se identifican los conceptos y se trabaja para descubrir sus propiedades y dimensiones, es un asunto en el cual se debe abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados que están envueltos en el discurso. “Hablando en términos generales, durante la codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Al hacer esto se pudo diferenciar entre los fenómenos que surgieron en el discurso y que se consideraron significativos o relevantes, fue así posible ponerlos una etiqueta para identificarlos. De ésta forma aquellos sucesos, eventos, palabras o acciones (conceptos) que se consideraron similares en su naturaleza o que tenían relación con el significado de otros, fueron agrupados bajo una categoría. Este micro análisis fue realizado varias

veces a cada uno de los documentos transcritos, con el fin de que obtener los resultados más minuciosos y trabajados. (Strauss & Corbin, 2002, p. 111)

Al realizar éste proceso una y otra vez, discriminando entre conceptos y creando nuevos conceptos a la par, finalmente fue posible tener un conocimiento a profundidad sobre aquello que las entrevistas y el grupo focal están comunicando (a pesar de que siempre surgen más preguntas y cuestiones). Una vez que se saturó el discurso en el análisis, se revisó minuciosamente todos los conceptos obtenidos en el análisis y se agrupó bajo un orden abstracto más elevado, un orden que fue basado en la capacidad de explicar lo que sucede en los conceptos, éste es el proceso de creación de categorías. “El nombre escogido para una categoría parece ser por lo general el que mejor describe lo que sucede. El nombre debe ser lo bastante gráfico para que le evoque rápidamente al investigador su referente”. Los nombres de las categorías del presente estudio, algunos provienen del conjunto de conceptos que se agruparon, y otros fueron nombres que la investigadora consideró representaba al conjunto de conceptos. (Strauss & Corbin, 2002, p. 124)

Para poder diferenciar claramente entre categorías se utilizaron parámetros de propiedades y dimensiones. Las propiedades son las características de una categoría, ésta estructura las define y las da significado. La dimensión es el grado en el cual varían las propiedades generales de una categoría. “Para ser más claros, mientras que las propiedades son las características generales o específicas o los atributos de una categoría, las dimensiones representan la localización de una propiedad durante un continuo o rango. Finalmente, cuando se obtuvo un cierto número de categorías compuestas por todos los temas que las representaban, se prosiguió a redactar las conclusiones sobre qué es lo que significan estas categorías, y cómo responden a la pregunta de investigación. (Strauss & Corbin, 2002, p. 128)

6. Resultados

EL objetivo principal del presente estudio fue: explorar cómo ha sido la experiencia de las personas que han formado parte del programa de internamiento en una comunidad terapéutica para adicciones. Mediante el análisis realizado, el trabajo de reunir temas para luego crear conceptos y de estos crear categorías, ha resultado en el cumplimiento del objetivo general de la investigación. Pues éste estudio se inició con el propósito de tener una ventana hacia las experiencias de las personas que han formado parte de una comunidad terapéutica para adicciones, con el fin de poder tener un acercamiento a una realidad actual y poder a futuro trabajar sobre eso una vez se obtengan los resultados. Tanto la guía de preguntas del grupo focal, como la de las entrevistas semi estructuradas abrieron camino para que las personas puedan contar su historia poniendo énfasis en los temas que ellos también consideran relevantes. En esta investigación se brindó mucha apertura hacia explorar aquellos temas que surgían en el discurso sin limitar drásticamente, pues era justo eso el propósito de la presente metodología, saber cómo fue.

El marco teórico de la presente investigación da un resumen básico sobre el proceso de construcción y desarrollo de las personas, recalca la importancia de la individualidad y la significación de los eventos y experiencias personales. Basándose en esta premisa se crearon las preguntas de investigación, con la finalidad de que los sujetos relaten su experiencia personal y compartan los significados que han adquirido de sus historias vividas en la CT. Los objetivos específicos fueron: determinar la perspectiva de las personas sobre la calidad del tiempo de internamiento en la CT; explorar cómo resultaron las actividades que formaron parte de programa de internamiento; Indagar sobre el impacto que tuvo el proceso de internamiento con en el estilo de vida de la persona. Sin duda estos fueron cumplidos, pues a lo largo de las entrevistas y grupo focal un tema llevó a otro relacionado, y las personas contaron sus experiencias y sus sentimientos sobre su tiempo en la CT.

Se inició el trabajo de microanálisis con la transcripción del grupo focal, pues se consideró que siendo éste documento el más extenso sería apropiado revisarlo primero. Resultó que los temas-conceptos que surgieron en el grupo, la mayoría también salieron en las entrevistas, vale decir que los discursos fueron similares en muchos aspectos. Sin embargo el grupo focal como también las entrevistas tiene factores que lo hacen particular, factores que valen mencionar. Primeramente vale recalcar que el hecho de que los participantes estén juntos discutiendo un tema ya genera una variación en cuanto a la información, pues se está tratando ya no con el análisis de un solo sujeto, sino la interacción entre los participantes de un grupo.

Como cualquier grupo, éste tuvo sus manifestaciones grupales importantes que también forman parte del análisis. Primeramente se puede hablar de una identificación clara entre los participantes, una vez que se dio el tema de discusión, tomó poco tiempo en que el lenguaje utilizado y la forma en dirigirse los unos con otros cambié. En un inicio se mantuvo cierta formalidad, pero posteriormente cuando se hubo entendido que todos compartían una historia similar, los participantes prosiguieron a utilizar términos como: “brother”, “ñaño”, “hermano” entre ellos, tanto como un lenguaje conformado con palabras y términos que provienen del ambiente de la CT. Palabras o términos aprendidos y enseñados por el equipo terapéutico para explicar algo sobre su condición en ese momento, y palabras que no las usan comúnmente en su vida cotidiana. Fue también en este punto que el discurso tomó un giro hacia querer contar algo juntos y explicar en grupo las preguntas que se ponían en la mesa complementando la respuesta de cada uno.

Otro tema importante que surgió como fenómeno grupal fue la manifestación tan evidente del uso del sarcasmo. Al momento en que los sujetos contaban sus historias personales, al hablar de experiencias dolorosas o extremas en su mayoría lo hacían con un tono sarcástico, y los otros del grupo respondían con risa e identificación. Es decir, algo que en su fondo y esencia debería resultar en tristeza, el grupo respondía con risa y humor, y a continuación otro

participante continuaba a contar otra historia similar o con más gravedad, así se fue dando la identificación.

Las interacciones entre los participantes dieron a notar algo importante, una cierta ambivalencia que vale mencionar aquí. A pesar de que el discurso en su mayoría está matizado por historias de abuso y maltrato, al mismo tiempo se manifiesta una ambivalencia sobre el tema, los participantes expresan una confusión en cuanto al uso del maltrato en la CT, y se cuestionan a sí mismos en el grupo si la recuperación fuese posible sin el abuso. En ciertos puntos critican la falta de ética de los profesionales, pero casi inmediatamente validan sus métodos. En cierta parte del discurso hay un intercambio de ideas que merece ser citado por su contenido, un participante dice a otro: “es como cuando tu papá de chiquito te da una nalgada”, otro responde: “¡exactamente!”, un tercero complementa diciendo: “al final recuerdas la pisa que te dio, pero... la recuerdas como pisa...”, y un último dice: “y no es que le odias a tu papá”. Antes de finalizar la reunión, los participantes introdujeron el tema de la separación entre ellos y sus amigos que no han estado en CT, aclarando una vez más una división entre ellos (que han pertenecido a una CT) y los que no, de esta forma uniéndose e identificándose nuevamente. Al finalizar el grupo los participantes se pusieron de acuerdo en volver a reunirse para conversar y anotaron sus números de celular, recalcando que estar juntos nuevamente les había hecho acuerdo al centro.

El análisis línea por línea del grupo focal dio como resultado de 60 conceptos, de los cuales la mayoría surgen también en las entrevistas. De estos los más repetidos o acentuados dentro del discurso son alrededor de 15. Estos conceptos en su gran mayoría están ubicados dentro de la categoría de “lo negativo”, pues son conceptos como: el malestar, el estigma, el odio, el resentimiento, lo injusto, la ira, el miedo, el pánico. Otros están agrupados dentro de la categoría “abuso y trauma”, conceptos como: obligación, lo criminal, la destrucción, el castigo y la humillación. De los mencionados anteriormente, los más prominentes fueron el malestar y lo criminal. Los siguientes conceptos también fueron bastante repetidos, y se agrupan en

distintas categorías, pues difieren cada uno del otro: el sujeto pasivo, la identificación con otros del grupo, la espiritualidad, la identificación con otros en el centro, la necesidad de diferenciarse y el sarcasmo.

Posterior al análisis del grupo focal se prosiguió al microanálisis de las entrevistas, resultó que la mayoría de conceptos que salieron del grupo, también salieron en las entrevistas, pero cada entrevista sostiene su particularidad en cuanto a cómo vivieron su tiempo en la CT. La entrevista del sujeto X está matizada por un cuestionamiento en general del participante hacia las cosas que sucedieron durante su tiempo en la CT, un cuestionamiento hacía las técnicas, las terapias y el manejo en general del programa. En el discurso y entre líneas de lo hablado surge claramente una confusión latente que la persona tiene en torno a su experiencia vivida, algo que aún no ha terminado de significar. Esta confusión y cuestionamiento que se realiza viene acompañado por un tema marcado de crítica y descripción minuciosa de la falta de ética considerada por el participante.

A lo largo de la entrevista el sujeto contó sobre todo experiencias y vivencias que explicaban el concepto más repetido en su discurso; la manipulación. Se podría decir que en general la transcripción de esta entrevista es una gran descripción sobre cómo este sujeto vivió la manipulación y el castigo por parte de la CT, pues en toda pregunta o tema sobre el cual se preguntó o se pidió una clarificación, siempre el sujeto incluyó una opinión o relato sobre esto. Vale citar una parte de esta entrevista que tiene gran relevancia. Cuenta una historia sobre un castigo en particular que marcó de manera importante la experiencia de ésta persona. El sujeto X dice: “a mí, en una experiencia, a mí me tocó pegarle a un... a otro compañero porque si no me pegaban a mí. Y fue una de las peores experiencias que tuve, porque... si es que yo no... realmente no le pegaba y bien fuerte, eso me iban a hacer a mí”. La investigadora preguntó: “¿qué fue lo que te hizo sentir pegarle a esa persona?”, y el sujeto X continuó: “A mí me hizo sentir hecho perro, y el que me dijo fue el director, me dijo, me acuerdo clarito esas palabras textuales fueron: “X olvídate de todo y dale su merecido a este man”. Y yo le dije: pero... ¿por qué le tengo

que dar un merecido? “para que se despierte” (director). Entonces yo simplemente cerré los ojos y dije: Diosito, si yo no hago esto, me van a pegar a mí. Y yo odio sufrir, odio sentir que me tocan, odio sentir que me abusan. Entonces simplemente le pegué, y quedó mal el otro compañero...”

Este relato es una muestra del tono general de la entrevista, de cómo éste sujeto supo responder las preguntas realizadas por la investigadora. En la entrevista del sujeto X hubo un promedio de 40 conceptos que surgieron. De estos los más repetidos o prominentes y que también se agrupan en la categoría de “abuso y trauma” son: la manipulación, la destrucción, el castigo, la humillación, lo criminal y la obligación. Otros conceptos importantes que se agrupan bajo distintas categorías debido a sus diferencias individuales son: el aprendizaje, el problema, la baja estimación del programa, la confusión y lo económico.

La siguiente entrevista se introduce a sí misma con la siguiente frase del sujeto en la respuesta a la primera pregunta que se le hace: “...no cumplía, no fue una experiencia grata de todo el tiempo que estuve ahí adentro”. Las experiencias, opiniones y explicaciones de éste sujeto sobre su tiempo en la CT hablan en general sobre dos temas que matizan todo el discurso: la baja estimación y crítica sobre todo lo que era la CT, y la descripción a detalle y opiniones sobre un estado antiético y precario del ambiente en la CT, y también eventos que violan varios derechos humanos. A diferencia de la entrevista anterior, esta persona no manifiesta una confusión sobre su experiencia, sino todo lo contrario. Expresa ideas claras sobre cómo piensa respecto a sus vivencias y respecto a la CT. Su discurso expresa sin duda una gran crítica y descalificación hacia la CT y el equipo terapéutico. El siguiente párrafo es bastante representativo sobre la visión que el sujeto Y tiene sobre su experiencia: “no existía orden, a veces asistía un supuesto profesional que allá –se decían psicólogos- pero yo no estoy de acuerdo que un psicólogo sea capaz de levantar la mano y usar alguna herramienta para castigar a las personas. No los considero psicólogos, no los voy a considerar nunca, en vista

de cómo se portaban con las personas con problemas de adicción, eran pseudo profesionales...”

Una particularidad relevante en esta entrevista es la frecuente mención sobre el posible riesgo que existe dentro de la CT. El sujeto hace varias referencias explicando que debido a las condiciones que forman parte de la CT, los internos están en constante riesgo físico y psicológico. Manifiesta los posibles riesgos relacionados tanto a la falta de ética del personal médico, como por las condiciones y el espacio físico estructuralmente hablando, y también por la gran variedad de internos que hay. Es decir, el riesgo también provenía de compartir constantemente con personas que estaban en la CT no por consumo a sustancias, sino por refugiarse de la ley. A través del análisis de esta entrevista se percibió una constante mención sobre este tema, es repetitivo que el sujeto explicó que estuvo rodeado no únicamente de adictos en recuperación, sino de personas con trastornos mentales, personas que pagaban al centro para que los mantenga ahí con la finalidad de huir de la ley, es decir criminales. Este conjunto de factores generan varios tipos riesgos para un interno.

La entrevista del sujeto Y resultó en un promedio de 37 conceptos, de estos los más prominentes se agrupan dentro de la categoría de “abuso y trauma” son: la obligación, lo criminal y antiético, el aislamiento y el encierro. Además de estos hubieron otros que se agrupan dentro de distintas categorías, fueron: la baja estimación del programa, la necesidad de encasillar, el miedo, el pánico, los cambios producidos adentro y la necesidad de diferenciarse.

La última entrevista en micro analizar fue la que más varió del resto y a pesar de que la mayoría de conceptos que surgieron fueron repetidos, también resultaron nuevos conceptos que la hacen muy particular y valiosa. El sujeto Z narra su experiencia desde otro punto de vista que el resto y por esto es diferente, se enfoca principalmente en describir a detalle cómo fue aquella transición que hace en su interior, una transición de estado mental. Explica que en un inicio su estado mental era de pertenecer a la CT por obligación y

nada más, había un malestar grande por estar ahí y al realizar cualquier actividad, esto generaba malestar no solo en él, sino en todos a su alrededor. Luego de un tiempo el sujeto tiene lo que llama un “despertar espiritual” y desde este momento cambia su experiencia en la CT. La mayoría de sus descripciones y respuestas a las preguntas son respondidas de alguna forma siempre haciendo referencia a este proceso de “despertar espiritual”. El sujeto dice: “todo fue un despertar espiritual no, bueno yo no soy espiritual para nada, pero lo llamo así porque una mañana cogí y dije: ya se acabó esta pendejada, o sea... Me daba cuenta que me estaba haciendo daño al pensar en algo que no iba a pasar en esos cinco meses, iba a terminar con una gastritis del hijuemadre si es que seguía con ese ritmo... que me creaba incluso problemas dentro del grupo, del cuarto, con el terapeuta, todo el mundo desconfiaba de mí, no me dieron la primera cita con mi familia por esto. Entonces dije: yo soy el que me estoy haciendo daño, o sea... y cambié”.

Es interesante recalcar que únicamente después de éste evento es que la persona explica que comenzó a vivir una experiencia de recuperación y mejoría. Esta entrevista tiene dos temas principales que dan significado a todo el discurso, el primero de ellos es este tema de cambio mental, un giro que se llega a dar en cierto punto que es necesario para aprovechar de las actividades de la comunidad y para la mejoría en general. El segundo tema está íntimamente ligado al primero, es decir son consecutivos. El sujeto Z pone bastante énfasis en qué fue lo que sucedió cuando comenzó a escuchar lo que otros tenían que contar sobre sus experiencias, y a poner más atención a su alrededor. Esto lleva al segundo tema; la perspectiva. Z explica repetitivamente que el haber formado parte de la CT le dio otra perspectiva sobre la realidad, y aprendió que existen otras opciones tanto como otras realidades que anterior a su internamiento no consideraba.

La entrevista del sujeto Z resultó en un promedio de 39 conceptos que fueron agrupados en sus categorías correspondientes a las características de cada uno. Los más prominentes se agrupan dentro de distintas categorías, y fueron:

la obligación, el malestar, la identificación con otros en el centro, el cambio adentro, las opciones, y la ruptura.

Tiene importancia mencionar que tanto en las entrevistas como en el grupo focal surgieron en gran mayoría los mismos temas/conceptos, sin embargo cada persona puso más énfasis en unos que en otros. Es decir, cada persona vivió cada tema de una manera particular y lo significó en su discurso con más o menos importancia. Los relatos de las personas que formaron parte de la muestra presentan en común cuatro temas/conceptos, los cuales explican todos en de manera muy similar. Estas son: el tiempo de adaptación, la obligación, lo económico y los cambios adentro.

El tiempo de adaptación se usó como nombre de categoría ya que abarcaba el significado de muchos conceptos. A través del análisis línea por línea se entiende que el periodo de adaptación es aquel que genera más cantidad de malestar en los internos por varios motivos. Se describe una gran cantidad de molestia e incomodidad por varias razones como lo son: compartir espacios personales, compartir cuartos, baños, ropa etc. También este malestar es consecuencia de una gran cantidad de fantasías sobre el salir y la vida exterior a la CT. Las personas describieron haber pasado la mayor parte de sus días pensando e imaginando cómo serían sus días si estuviesen afuera de la CT. Como resultado de esto, sentían molestia por las actividades de la CT, los otros internos y las circunstancias en general. Durante este período se habla mucho de fugarse/escaparse, un deseo o pensamiento, se podría decir una ponderación constante sobre el tema de la fuga. Resulta que el periodo de adaptación es en el momento en el que más se idealiza la fuga y es un tema que también genera malestar. Los participantes describieron una necesidad de fingir durante este periodo, casi una obligación de mentir sobre sus pensamientos o comportamientos hacia las terapias grupales y el equipo terapéutico, ya sea por percibir cierta presión por parte de ellos, o por pasar desapercibidos. Durante el periodo de adaptación los participantes describieron haber sentido que sus actos o falta de ellos, incluso su comunicación era por un tema de supervivencia. Se describió una pérdida de actos propios de

voluntad, a los cuales sustituyeron actos de pura supervivencia. Finalmente, dentro de lo que fue el periodo de adaptación, se incluye una descripción y explicación de las personas por sentirse diferenciados de los otros, especialmente en esta fase. Describieron una gran importancia hacia el hecho de no identificarse o sentir que no tenían las mismas condiciones que otros internos. Esta categoría lleva el nombre debido a que los temas que surgen son más prominentes únicamente durante los primeros meses mientras se adaptaban, después de esto ya surgen otros conceptos.

El siguiente concepto que compartieron todas las personas con equivalente frecuencia y con la misma relevancia, fue la obligación. Es un concepto que aparece continuamente en las frases de las personas, no solo la palabra, sino en relatos en los cuales resultó que no tenían otra opción, y realizaron actos o dijeron cosas, o simplemente se comportaron en forma de obligación. Este concepto está incluido dentro de la categoría de “abuso y trauma” debido a que surgió en momentos en que se hacía relación a comportamientos abusivos por parte del equipo terapéutico. Es decir, se ejercía presión de tal manera ya sea con advertencias de daño físico o psicológico. Vale mencionar que en todos los casos sin excepción éste concepto surge por primera vez cuando las personas hablaron sobre su ingreso a la CT, pues todos los que conformaron la muestra contaron haber entrado al programa de internamiento obligados. Algunos fueron capturados por miembros de la comunidad, esposados o amarrados mientras los subieron a un automóvil que los llevaba, y otros fueron engañados para llevarlos hasta la ubicación y luego sus familiares se escaparon sin ser vistos.

Lo económico fue un concepto repetido por toda la muestra, todos se refirieron a esto de la misma forma y en el mismo contexto. Dentro de los discursos y adentro de las CT el tema económico es muy prevalente, no es algo que se queda afuera de las puertas de entrada. Todo lo contrario, resultó que todos los participantes mencionaron de una forma u otra una cierta molestia sobre la ganancia económica de las personas que manejan las CT. Los participantes hablaron sobre éste tema en forma de queja y crítica hacia el manejo de los

centros, explicando que las CT toman ventaja de las situaciones familiares desesperadas, ganando mucho dinero al costo de tener un gran número de internos sin hacer un filtro adecuado, y manteniéndoles internos por más tiempo de lo que ellos consideran necesario. Los sujetos en sus discursos expresaron una gran molestia con respecto a éste tema, sosteniendo que las CT no tienen un compromiso real con la problemática del consumo de sustancias, o con el querer brindar ayuda a personas que ingresan a la comunidad. Más bien existe un sentimiento en común con los participantes, de que los encargados y dirigentes de las CT están interesados o motivados únicamente por la ganancia económica que brinda el pago mensual de las familias de los internos.

El último tema que destacó por haber sido repetido y hablado con la misma frecuencia en todos los casos, es aquel que se refiere a que hubo cambios que se dieron durante el internamiento en los sujetos. Cambios que están relacionados algunos a un aprendizaje tanto por observación, como por condicionamiento, o también por adaptación. Se hace referencia a que hubo cambios en el comportamiento, en la forma de pensar y actuar. En la mayoría de casos se habla de estos cambios relacionándolos con el compartir con el resto de la comunidad, los sujetos explican que la variedad de personas que son admitidas en las CT es bastante y los filtros son pocos, esto permite que compartan espacios y diálogos en los cuales sucede un aprendizaje en base a las experiencias del otro. El cambio de ambiente drástico y en todos los casos obligatorio para las personas, demanda que para que la adaptación al nuevo ambiente suceda, tengan que modificar o cambiar del todo la forma de pensar, actuar, hablar o tomar decisiones. Los cambios que se dieron individualmente para cada persona son particulares, pues cada uno tuvo su experiencia única y la describió de una única manera. Sin embargo, todos manifestaron en sus relatos la afirmación de que durante el tiempo de internamiento hubo uno o varios cambios en su forma de pensar o en su comportamiento.

Una vez realizado el micro análisis en todos los textos transcritos, se prosiguió a hacer un documento apartado en el cual se unificó todos los conceptos que

surgieron tanto de las entrevistas, como del grupo focal. Esto con el fin de poder tener una idea más cercana sobre cuáles son los conceptos más mencionados o referidos en general. Los resultados dicen que dentro de los 70 conceptos obtenidos, los más repetidos se encuentran dentro de las categorías de “lo negativo” y “criminal”. Dentro de la primera están: una experiencia dura, la ambivalencia, el odio, lo injusto y el miedo. Dentro de la categoría “criminal” están: la obligación, el encierro, el castigo, la humillación, la destrucción y la manipulación. Otros conceptos que pertenecen a otras categorías pero que resaltaron en los resultados son: el aprendizaje, el problema, el malestar, el estigma, la identificación con otros del grupo, la baja estima del programa, la espiritualidad, la identificación con otros en el centro, los cambios, lo económico y la necesidad de diferenciarse.

Una vez que se unificaron los conceptos en un solo documento, entonces se obtuvo una visión bastante más clara sobre los resultados, pues fue posible ver los conceptos más redundantes y nombrados, y así se comenzó a la creación de categorías. Se agruparon todos los conceptos que referían al mismo significado de algo (un sentimiento, una emoción, una opinión etc.) bajo un nombre de categoría que los represente, resultó en un total de 8 categorías. La creación de las categorías reflejó un proceso laborioso y minucioso, pues todos los conceptos están íntimamente relacionados unos con los otros ya que tienen en común responder a la pregunta de investigación. El trabajo resultó en un análisis basado en diferenciar lo que representó cada concepto en esencia. En algunos casos los nombres de las categorías son un mismo concepto que en realidad abarcaba todo el significado de otros similares. En otros casos el nombre de la categoría es una creación de la investigadora, con el fin de que tal nombre represente en su totalidad a los conceptos pertenecientes.

La primera categoría y la más extensa, pues contiene la mayor cantidad de conceptos que la componen, es aquella denominada “lo negativo”. Está compuesta por 13 conceptos, y representa todas las opiniones, ideas, sentimientos, recuerdos, etc. que hayan hecho referencia a la parte negativa de la experiencia dentro de la comunidad terapéutica. La categoría “lo negativo”

comprende tanto descripciones específicas sobre eventos negativos o sentimientos al respecto, tales como: experiencia dura, salió mal, parte mala, confusión. También incluye aquellos conceptos que no hablan directamente de la parte negativa, sin embargo hacen directa referencia hacia ello, tales como: sientes que te engañan, odio a familia, resentimiento, remordimiento, traición, miedo, pánico. De esta forma se unificó dentro de la misma categoría todos los conceptos que de una u otra forma explicaban porqué fue negativa tal parte de su experiencia en la CT. Por ejemplo, el concepto de pánico no es una descripción de una experiencia negativa en sí, sin embargo es un estado emocional que hace directa referencia a que el sujeto experimento un momento no placentero dentro del contexto, por ende se agrupa dentro de “lo negativo”.

Esta misma premisa se utilizó para la creación de todas las categorías.

La siguiente categoría más grande en número de conceptos viene a ser la denominada “abuso y trauma”, compuesta por 12 conceptos. Se eligió éste nombre debido a que los conceptos pertenecientes hacen directa referencia a un componente de falta de ética y actos ilegales hacia los derechos humanos. Está integrada toda experiencia o relato que hizo referencia a algo ilegal, o que de cierta forma describió un evento traumático dentro de la experiencia de internamiento. A la par, también están integrados los conceptos que hacen referencia a la existencia de riesgo tanto físico como psicológico al estar dentro de una CT. Los conceptos que componen a esta categoría son: obligación, cárcel, fuga, escape, aislamiento, encierro, castigo, humillación, riesgo, destrucción, violencia, abuso, necesidad de abuso para curar.

A medida que se iba ordenando y entendiendo los conceptos por lo que representaban, surgió la categoría de “sujeto activo”. Esta categoría explica la parte más involucrada y activa de los participantes dentro del periodo de internamiento, en otras palabras ésta categoría representa todas las descripciones, relatos o palabras que hacían directa referencia hacía un tipo de giro positivo consiente por parte de las personas durante el internamiento. Los conceptos unificados aquí son todos aquellos que implican un entendimiento

personal del proceso que se realizó. Dentro de la categoría “sujeto activo” están conceptos como: rehabilitación, cambio, corregir, parte buena, recapitulación, cuestionamiento, perspectiva, aprendizaje, endurecer, amor propio.

La siguiente categoría explica cómo fue el proceso de adaptación a la CT, se agruparon todos los conceptos que describían aquellas experiencias, sentimientos, o conclusiones de los participantes sobre el periodo de adaptación específicamente. El nombre de esta categoría es “periodo de adaptación”, pues hay una clara diferencia expresada por los participantes entre éste lapso de tiempo y el resto de su experiencia durante los meses de internamiento. Esto fue visible a través de la codificación, pues los sujetos hacían una clara división entre su experiencia al adaptarse, y posteriormente. Dentro de ésta categoría se encuentran conceptos como: malestar, fantasía sobre salir y el mundo externo, fuga, fingir, supervivencia, necesidad de diferenciarse, ruptura.

A continuación está la categoría “identificación”, ésta agrupa todo aquello relacionado a una identificación de los participantes tanto durante el grupo focal, como a aquella identificación adentro de la CT con personas relacionadas tales como otros internos, los terapistas vivenciales, los psicólogos etc. Dentro de la categoría se incluyen aquellos conceptos que hacían referencia a un sentimiento o descripción sobre la necesidad de encasillar a todos dentro de la CT como cierto tipo de personas, con rasgos específicos y comportamientos establecidos. Los conceptos que componen a esta categoría son: identificación con otros en el grupo, identificación con vivenciales, todos son iguales, necesidad de encasillar, identificación con otros en el centro, cariño por otros en el centro. Esta categoría representa todos los relatos, experiencias, sentimientos que acentuaban la forma en que las experiencias de pertenecer a una CT hace que los sujetos se diferencien como un grupo aparte, debido a las vivencias compartidas. También están incluidos todos los relatos y insinuaciones sobre un cierto cariño o lazo emocional que los participantes describieron tener con otros compañeros de la comunidad.

La siguiente categoría se domina “estigma”, reúne un conjunto de conceptos que poseen como tema principal la descripción que los participantes dieron sobre el tema de prejuicios creados hacia aquellas personas que han pertenecido a las CT, o con trastornos de adicción a sustancias. Se incluyó en esta categoría todo tema relacionado a una estructura que pueda relacionarse a prejuicios sobre las adicciones o haber pertenecido a una CT. Dentro de “estigma” están conceptos como: loco, anormal, enfermedad, adictos no son enfermos, problema, fallas en persona.

A ésta siguiente categoría se le puso el nombre de “sujeto pasivo” debido a que los conceptos que la conforman explican la parte pasiva o inactiva de las personas durante las actividades y el programa en general de la CT. Así como surgió una categoría anteriormente que explicó y describió la parte más activa, pues “sujeto pasivo” es aquella parte de los participantes que explica una forma de no actuar voluntariamente, o de actuar sin un deseo propio. Dentro de ésta categoría se incluyen conceptos como: obligación, rendición, resignación. Dentro de ésta categoría están incluidos todos los relatos en los cuales los participantes no se empoderaban de sus actos, pero más bien se dejaban llevar pasivamente por el cronograma de actividades y por lo que el equipo terapéutico les decía tenían que hacer.

Las siguientes tres categorías tienen en común el hecho de no tener una gran cantidad de diferentes conceptos que las compongan, sin embargo el tema que representan fue mencionado y surgió un gran número de veces a lo largo de las transcripciones como para que sean su propia categoría. La primera de estas esta denominada “espiritualidad”. El tema de la espiritualidad fue nombrado, explicado o mencionado alrededor de 40 veces equitativamente en todas las transcripciones con frases como. “manifestación divina”, “espiritualidad”, “salvación”, “creer en algo”. Los temas eran pocos como para crear varios conceptos, sin embargo el solo concepto fue nombrado tantas veces, y así surge ésta categoría. Se incluye todo relato de los participantes que hace referencia a una fuerza superior de ninguna denominación en específico, pero un poder superior que intervino de una forma u otra durante su

período de internamiento y tuvo una influencia positiva. Los sujetos hicieron mención de éste tema alegando es una fuerza positiva y de ayuda en los momentos de más desesperación.

La siguiente tiene el nombre de “crítica al centro”. Se creó esta categoría debido a la gran cantidad de temas que conformaron este concepto, pues a lo largo de la codificación hubo alrededor de 130 menciones relacionadas a una baja estimación de las actividades o de los profesionales a cargo. Las críticas variaban dependiendo del tema que se proponía, sin embargo surgieron como concepto principal de crítica. En esta categoría se incluyó todos los temas que hablaban sobre un punto de vista en concreto relacionado a la CT y sus actividades, un punto de vista desaprobador y desconforme por parte de los participantes.

Finalmente la última categoría es la de “sarcasmo”. Esta categoría también reúne un número importante de temas que conformaron un solo concepto; el sarcasmo. Esta categoría incluye absolutamente todas las palabras, chistes, referencias, historias con tono sarcástico, como también momentos que surgieron en el grupo focal en cual los participantes en grupo manifestaron mucho esto.

El proceso de codificación abierta resulto en un total de 10 categorías que resumen de la mejor manera lo que se encontraba en los relatos de los participantes. Las categorías contienen no únicamente un análisis minucioso de las palabras y frases textuales de las personas, sino que también se incluye un análisis de aquello detrás del discurso que también se estaba comunicando. Es decir, dentro de las categorías están las interpretaciones de la investigadora sobre los sucesos relatados por los participantes, aquella información que queda entre líneas, pero de una forma u otra también se está comunicando.

Retomando el hilo de la pregunta de investigación y de los objetivos principales, después de la codificación abierta y el ordenamiento de las categorías es entonces ahora posible responder a las cuestiones con las cuales se inició el estudio. Las categorías que han sido creadas es una

descripción trabajada que responde directamente a la cuestión principal del presente estudio, y permiten comprender a detalle lo que las 7 personas que estuvieron internas en una CT vivieron, sintieron y experimentaron cada una a su modo. Tener acceso a ésta información es una ventana hacia la comprensión de una realidad, y al mismo tiempo puede ser la base para muchos trabajos sociales y clínicos. Es ahora posible tener un entendimiento bastante más claro sobre cómo es la experiencia de las personas que han sido internadas en las comunidades terapéuticas de nuestro medio, es posible saber su perspectiva y tener una mirada hacia adentro de los centros de rehabilitación.

7. Discusión y Conclusiones

La experiencia de internamiento en una comunidad terapéutica por consumo de sustancias no es una experiencia agradable que llena a las personas de buenos recuerdos o historias positivas que recordar sobre su proceso de recuperación. Lo contrario, de este estudio se desprende que en las comunidades terapéuticas del medio se utilizan técnicas perversas que demuestran crueldad y castigo hacia los internos, además de funcionarios poco profesionales e instalaciones que no cumplen los requerimientos para éste tipo de establecimientos. Se procederá a describir cómo es la experiencia de pertenecer a una CT, con el fin de que poder explicitar las conclusiones de éste proceso.

Una vez ingresados al programa de internamiento, los sujetos pierden todo control sobre sus decisiones, pues se ven severamente amenazados a cumplir el rol que es esperado de ellos por los dirigentes, y de no hacerlo sufren consecuencias severas. El periodo de adaptación es el más difícil debido a que las personas aún están sujetas a sus formas de vida y autonomía de antes de pertenecer al centro, por decirlo de otra manera, los sujetos luchan en contra del grupo por su individualidad, luchan por demostrar que tienen voluntad propia que difiere del grupo. Sin embargo esto no es tolerado y genera un

malestar en la comunidad, además es generador de castigos por parte de los terapeutas vivenciales.

Los datos demuestran que la forma de funcionar de las comunidades es de tipo grupal, y con técnicas bastante conductuales; es decir se trabaja con el grupo más no con el individuo. En general dentro de la comunidad hay un trabajo grupal constante, que es reforzado por los mismos internos al identificarse unos con otros. Los dirigentes presionan severamente a los internos de varias maneras para que surja una identificación, y los sujetos dejen de enfocarse en sus diferencias, sino más bien en los factores en común con los otros internos.

Esto permite que el equipo terapéutico pueda dirigirse a todos de la misma forma y dirigir las mismas problemáticas sin tener que brindar más atención, o profundizar con ninguno en particular. Los terapeutas son quienes dan al grupo una identificación, es decir ellos explican a los internos qué significa ser “adictos en recuperación”, sin brindar apertura a un camino propio hacia ésta definición.

El trabajo en grupo de esta forma tiene ciertas ventajas, sin embargo tiene también muchas desventajas que se manifiestan aquí debido al mal manejo y la manipulación por parte de equipo terapéutico. En mi opinión el trabajo grupal en condiciones como las que presentan estas comunidades terapéuticas no permite al individuo entrar en contacto con su yo personal y hacer un trabajo profundo sobre los conflictos particulares de la historia personal de cada uno, pues cada sujeto mantiene una relación estrecha particular con la sustancia de elección a consumir, y es sumamente importante analizar esto. Más bien, los terapeutas trabajan bajo el concepto de que su historial de consumo los hace a todos iguales, dejando de lado la singularidad. Es por éste motivo que los sujetos no avanzan en el programa jerárquico que presenta la comunidad, si es que no llegan a una aceptación completa sobre su identidad y la identificación con los terapeutas vivenciales, mejor dicho, no les es permitido avanzar. El sujeto entonces se ve enfrentado a un muro al cual cada vez que intenta saltar hacia el otro lado, es castigado ya sea física, verbal o psicológicamente,

forzándolo a que permanezca con todos los otros en el mismo lado del muro. Finalmente después de tantos o varios intentos de demostrar una voluntad, una diferenciación del grupo, o un malestar y ser castigado por ello, los sujetos tienen un proceso de resignación.

Se podría decir que es en éste punto en el cual los sujetos comprenden de una u otra forma, que si es que no ceden ante las demandas del equipo terapéutico, nunca saldrán de ahí. Es en éste punto que las personas se motivan principalmente para salir de ahí, así surge la motivación personal que nunca antes estuvo presente. Es decir, hay un quiebre emocional de la persona en el cual no le queda más opción que acudir al mismo programa terapéutico para sobrevivir. Este es un proceso complejo que sucede, pues es tanto consciente como inconsciente, pero es genuino. Las personas dejan de intentar saltar el muro, y comienzan a olvidarse que existe. A estas alturas surge una búsqueda hacia lo espiritual, hacia una fuerza superior que los ayude a superar el sufrimiento y el alto nivel de malestar, es una búsqueda que nace de una desesperación y falta de figura de protección. Esta rendición en la cual dejan de intentar demostrar sus diferencias con el grupo y su voluntad personal, es la que permite que inicie el proceso de identificación con la comunidad.

Éste proceso, opino, está íntimamente relacionado con una necesidad de los internos de pertenecer al grupo por evitar una existencia dolorosa dentro de la CT. Portillo (2000, p. 30) explica que “la pertenencia a un grupo permite escapar de dolorosas perplejidades. Los sujetos que no participan en grupos con sistemas de valores y fines fijos, terminan autodestruyéndose.” Sin embargo este proceso tiene un impacto importante en el desarrollo a futuro de las personas, pues una vez que el sujeto tiene el mencionado quiebre, suceden cambios que son notables, “la persona necesita ser aceptada como miembro valioso de algún grupo que es significativo para él, pero por otro lado, la pertenencia a un grupo tiende a costarle su individualidad.”

Yoffe (2006, pp. 197-198) escribe un artículo sobre el surgimiento de las creencias religiosas en momentos de estrés agudo o sufrimiento. Hace referencia al término afrontamiento religioso como “aquel tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas”. Opino que en el contexto del presente estudio se puede decir que los sujetos describieron entre líneas haber acudido a una fuerza divina como resultado de sufrimiento y desesperación extrema, obteniendo de ello una influencia positiva en la salud mental, que resultó en actitudes de esperanza. En otras palabras se puede entender que es un mecanismo de defensa.

Una vez que sucede este quiebre, entonces al sujeto no le queda más que acudir a sus compañeros, a los terapeutas y a las terapias grupales o espirituales para reconstruir aquello que se quebró. Se podría decir que aquellos que en un inicio el sujeto veía como enemigos o peligrosos, son ahora a quien recurre para ayuda y comprensión. A la vista del equipo terapéutico, esto es un gran avance en la recuperación de un adicto, por ende cesan los castigos y comienzan las recompensas, también así va el sujeto subiendo de jerarquía dentro de la comunidad. De aquí en adelante hasta la fecha de dada de alta, los sujetos dejan de sentir un gran malestar, pues ya se sienten que pertenecen con el resto y no tienen necesidad de diferenciarse. Comienzan a crear lazos emocionales hacia otros y hacia la comunidad.

Mientras los sujetos van escalando a nivel jerárquico dentro de la comunidad, se les va asignando tareas relacionadas con un nuevo rol. Mientras más mejoría demuestre un interno, tiene más libertad y autoridad sobre los otros, en la mayoría de casos son forzados a castigar de distintas maneras, incluso golpear hasta el desmayo a los nuevos miembros que ingresan a la comunidad. Esta resulta en una experiencia sumamente traumática y difícil de significar para las personas, pues deben encontrar la manera de mediar internamente lo que está sucediendo: por un lado no tienen deseo de agredir a otra persona sin motivo y sienten culpa, y por el otro lado saben que si no obedecen la orden

serán ellos los castigados, y el no hacerlo estancará su proceso. Vale recalcar que actos como estos no aportan a la mejoría de los internos, pero refuerza el sentido de pertenencia al grupo.

Tiene un sentido lógico que los sujetos demuestren menos malestar mientras van aceptando el programa, pues “el grado de conformidad hacia las normas del grupo, tiene relación directa con su grado de cohesión y mientras mayor es ésta, menos ansiedad experimentarán los miembros. La presión hacia la uniformidad de los miembros hace que ellos tiendan a modificar su opinión de conformidad con la de los demás, lo que puede reafirmar o destruir la integralidad del individuo” (Portillo, 2000, p. 35)

En un inicio el sujeto pensaba individualmente y luchaba por hablar sobre aquellos conflictos personales que lo diferenciaban, cuando comienza éste proceso sucede un giro obligado en el cual las personas comienzan a pensar a sí mismos como una parte del grupo que se ha fundido tanto en el proceso, que su procesamiento mental es también grupal. Es decir el sujeto ya no se identifica por sus características personales, sino por su pertenencia al grupo. Vale recalcar que para que suceda este proceso complejo que toma meses de internamiento, a veces más de un año, es necesario que el sujeto atraviese una serie cambios en su pensamiento y comportamiento para poder adaptarse, pues de no hacerlo sería imposible.

“Durante los periodos de emociones fuerte, placenteras o displacenteras, se establece una especie de retroalimentación. Se acumula tensión hasta el punto en que quedan sofocadas las reacciones individuales y dominan las grupales. Entonces se habla de una mentalidad grupal, porque el grupo deja de ser un conjunto de individuos que se desempeñan cada una en un papel específico. Es ahora un organismo colectivo que reacciona en su mayor parte como un todo, relativamente carente de juicio crítico”. (Portillo, 2000, p. 68)

Opino que cuando sucede éste proceso, lo que está sucediendo es la identificación en sí; este un transcurso matizado por una cualidad emocional en común de los internos con los líderes o terapeutas vivenciales, el grupo primario se define como un conjunto de individuos que han ubicado al mismo objeto en lugar de su ideal del yo, y como resultado, se han podido identificar en su yo con el otro. “El espíritu del grupo, los sentimientos sociales, la conciencia social, el sentido del deber y de justicia se basan en la transformación en lo contrario de un sentimiento hostil, en un lazo positivo: la identificación.” Es necesario que cada uno de los miembros del grupo tenga una pérdida de individualidad para que sea posible estar en armonía con los demás. “En resumen, la esencia de la mente grupal obedece a los lazos emocionales, amorosos, entre los individuos”. (Portillo, 2000, p. 66)

Como importante conclusión se puede decir que el tratamiento que ofrecen las CT es de tipo grupal, y con la utilización de técnicas como lo son el condicionamiento clásico, operante y sistemas de castigo y recompensa que apuntan mucho más hacia la conducta que a los procesos internos. Las respuestas a las preguntas de investigación por parte de la muestra dan a entender justamente esto: que los elementos internos profundos del inconsciente han sido dejados de lado e ignorados, direccionando la manifestación del malestar hacia otra cosa, más no trabajando la o descubriendo el origen.

Todo lo dicho anteriormente da a ver que la comunidad terapéutica, lejos de brindar una nueva oportunidad de re estructurar al sujeto bajo nuevos parámetros, hace lo contrario. Todas aquellas instancias que constituyeron la forma única de relacionarse con la sustancia, es decir: la metáfora paterna, la compulsión a la repetición, el paso por el narcisismo y la represión, son dejadas de lado. No son habladas y los internos no tienen la oportunidad de tomar una responsabilidad por su comportamiento adictivo desde una perspectiva interna, en otras palabras nunca se hace consiente lo inconsciente, que es el propósito del psicoanálisis, ya que es la única forma de mejorar un síntoma perjudicial. Los resultados demuestran que las terapias grupales hacen lo contrario:

ignoran lo que está comunicando el acto repetitivo en cada una de las personas, y le dan más bien un significado colectivo a todos.

Al brindar el mismo significado de su adicción a todos, entonces de la misma forma es que conducen hacia el desplazamiento de otro objeto a investir, que no sea una sustancia, si no una creencia espiritual. Dentro de la CT los sujetos son privados de su objeto de amor (la sustancia), y caen así en una crisis o un duelo de pérdida de objeto, en el cual la libido se regresa hacia el sujeto y experimenta una depresión, para luego reorganizar la energía e investirla en lo único que les es permitido, la espiritualidad. Esto les permite una mejoría en su malestar psíquico, y además es premiado y reforzado por el equipo terapéutico y el grupo. Tiene importancia comprender que debido a que no hubo un trabajo, un análisis, o una movilización de lo inconsciente basada en el discurso individual de las personas, queda la pregunta en el aire de qué tan permanente es el cambio forzado en las personas.

Se puede decir que todas las personas que participaron en este estudio describieron haber sido presionados o abusadas tanto física como psicológicamente durante su estadía en la CT. Los datos indican un alto nivel de maltrato que genera confusión, ira, resentimiento, y la búsqueda desesperada por un ser superior que sirva de ayuda durante momentos de sufrimiento intenso. Cabe mencionar que los familiares de las personas no forman parte de la recuperación y no están involucradas en ningún momento. La familia se deja de lado, las personas llegan a ver a sus familiares entre dos o tres veces en un año o más, por pocos minutos. El estudio de López (2009), y en el de López, Bulas, León, y Ramírez. (2005) se menciona la importancia del apoyo familiar para la recuperación y la motivación, y se demuestra que aquellos grupos que tuvieron constante apoyo familiar tuvieron mejores resultados en comparación con los que no mantuvieron esto. Estoy de acuerdo con éste estudio, pues sin que la familia forme parte de la reconstrucción que vive el sujeto, será sumamente difícil que la persona procese el sentimiento de traición que mantiene hacia la familia.

Dentro de los relatos de los participantes se encontró evidencias de un trato que bordea con actos perversos por parte de los directores y terapeutas vivenciales. Opino que los castigos y humillaciones que los participantes describieron haber vivido, tuvieron un propósito que fue más allá de un mero aprendizaje, y se los podrían considerar actos perversos por su carácter. Una vez que un acto traspasa cierta línea que define entre diferentes tipos de búsqueda de goce, entonces se puede hablar de un acto perverso. “El perverso no es un transgresor, un mero cuestionador de ciertas convenciones sociales, para quien no está prohibido obtener placer, sino alguien que instaura otra ley, por cierto más tiránica en tanto pone al otro a su merced... se sabe instrumento o voz de una voluntad de goce absoluto de la Ley natural...” (Del Estero, 2009, p. 136) Los castigos hacia los internos de la CT no forman parte de una técnica terapéutica y tampoco están respaldados por ninguna tratamiento psicológico aprobado, es más la mayoría de ellos van en contra de varios derechos humanos. Sin embargo brindan un cierto tipo de goce hacia aquellos que observan el sufrimiento y dolor de los internos. (Del Estero, 2009, p. 136)

Es claro que debido al internamiento forzado o el engaño familiar, hay un sentimiento marcado de resentimiento hacia la familia, pues todos los participantes describieron haberse sentido traicionados por sus más cercanos. Dentro de éste proceso hay muchos factores importantes que no se pueden dejar de lado. Primeramente se destaca la ambivalencia que surgió en los resultados, pues todo el proceso es ambivalente para el sujeto, dado que hay un intercambio de odio y amor hacia las mismas personas. Aquellos que en un inicio representaron peligro, a posterior representan protección, y las personas establecen vínculos emocionales al avanzar el proceso. Se vuelve sumamente confuso para los internos dar un significado al castigo que recibieron en un inicio por aquellos que después consideran los ayudaron. Otro factor grande es que nunca se trabajó la historia personal de las personas, es decir únicamente se habló sobre el comportamiento adictivo como único síntoma y generador de otros síntomas.

El estudio de Muñoz en el (2011 pp. 20-52), hace referencia al proceso de construcción de identidad que deben tener los sujetos en programas de recuperación para que resulte en algo positivo. Explica que el resultado positivo consiste en que las personas se vean a sí mismas como pacientes, que tienen una enfermedad que se encuentra bajo control, pero con muchos aspectos positivos, “y que han superado sus problemas, prácticamente como una persona con nueva identidad”. El objetivo de éste estudio no estaba íntimamente relacionado al estudio de la construcción de la identidad, sin embargo es algo que está presente y vale cuestionar. Puedo decir que este es un asunto que quedará por responder en futuros estudios, pues el castigo y la humillación que vivieron las personas del presente estudio seguramente estructura su nueva identidad de forma particular.

Las experiencias en conjunto de pertenecer a éste tipo de comunidad brindaron a las personas la capacidad de visualizar diferentes perspectivas dado el contexto. Es decir, dado el cambio extremo, la exposición a personas, situaciones y sufrimiento, dieron como resultado en las personas una apertura en la mentalidad y en el pensamiento. Pienso que tanto experimentar dolor o sufrimiento, como acompañar a otros en su dolor y sufrimiento desarrolló en las personas compasión por otros. Al mismo tiempo opino que el ser expuestos a tantas otras distintas realidades que la propia, creó una mentalidad más abierta y al tanto de la existencia de más de una sola perspectiva.

Al concluir éste estudio se puede comprender a profundidad cómo ha sido la experiencia de las personas que han pertenecido al programa de internamiento en una comunidad terapéutica por consumo de sustancias. Se tiene un conocimiento sobre los procesos, técnicas y métodos que utilizan las CT para tratar a los internos, y más importante se tiene la perspectiva de las personas sobre estas y su utilidad. Sin embargo, este estudio como muchos otros, finaliza con muchas más preguntas que se generaron durante el proceso, sobre los datos obtenidos. Preguntas que servirán para futuras investigaciones en el tema, y preguntas que se debe tener presente en el trabajo clínico con éste grupo selecto de personas, pues están íntimamente relacionadas a su futuro

desarrollo personal después de salir de la CT. Las siguientes preguntas son algunas de las que fueron surgiendo mediante se redactaba los resultados:

- ¿Cómo resulta el impacto de salir del entorno grupal hacia un desarrollo individual?
- ¿Cómo maneja el sujeto la pérdida del grupo?
- ¿Cómo resulta la reincorporación en la sociedad después de la CT?
- ¿Qué resulta del resentimiento y enojo hacia la familia?
- ¿Cómo maneja el sujeto el recuerdo del abuso y maltrato que vivió?
- ¿En qué se basa la motivación del sujeto a mantenerse sobrio al salir de la CT?
- ¿Qué están manifestando estos programas terapéuticos sobre esta problemática?

Realizar éste estudio requirió de mucho orden y procesos minuciosos tanto en la planificación, como en la realización y en el análisis de los datos. Fue sumamente difícil hacer una diferenciación durante las entrevistas y grupo focal, entre la información relevante y no relevante, pues todo parecía tener la misma relevancia al hablar de experiencias personales e historias particulares, tomando en cuenta que cada sujeto tiene una forma única de describir sus vivencias. La limitación más grande fue el tiempo, pues la cantidad de información que surge y vale la pena analizar requiere de bastante más de 10 meses. A futuros estudiantes que tengan un interés en éste tema o con una muestra similar doy las siguientes recomendaciones:

- Realizar el grupo focal con dos personas para las preguntas y la moderación.

- Realizar las entrevistas y grupo en un lugar privado y silencioso.
- Tener contactados a más personas que las necesarias para la muestra, en caso de que a último momento falle alguien.
- Realizar en primer lugar el grupo focal, y luego las entrevistas.

REFERENCIAS

- Becoña, E., Cortéz, M., Arias, F., Barreriro, C., Berdullas, J., Irauguri, J., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. & Villanueva, V. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. (1ra. ed.). Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Rodríguez, A. & Salazar, B. (1994). *Drogodependencias*. (1ra. ed.). Santiago, Chile: Universidad de Santiago de Compostela.
- Braunstein, N. (2006). *El goce un concepto lacaniano*. (1ra. ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Braunstein, N., Gerber, D., Orvañanos, M., Gilling, D., Escobar, M., Saal, F., Bicecci, F. & Naiso, J. (2005). *La reflexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. (4ta. ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Brundy, G. (2006). Complejo de Edipo y su disolución o represión primaria en la obra de S. Freud. *Psicoanálisis AP de BA*, 28 (1), 90-91. Recuperado el 11 de agosto de 2014 de: <http://apdeba.aulainstitucional.com.ar/file.php/1/brudny.pdf>
- Campuzano, M. (s.f.). *Adicciones y Narcisismo*. Recuperado el 7 de agosto de 2014 de <https://www.yumpu.com/es/campuzano>
- Campuzano, M. & Bello, M. (2004). *La psicoterapia de grupo en las instituciones. Psicoanálisis y psicodrama: alternativas complementarias*. (1ra. ed.). México D.F., México: Plaza y Valdez.
- Carmona, J. (2002). *Psicoanálisis y Vida Cotidiana*. (1ra. ed.). Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre.
- Ciccione, L. (2006). *Bioética, Historia. Principios. Cuestiones*. (2da. ed.). Madrid, España: Pelicano.
- Comas, D. (2008). La Metodología de la Comunidad Terapéutica: Una Apuesta al Futuro. *Revista Española de Drogodependencia*, 33 (3), 238-245. Recuperado el 21 de noviembre de 2013 de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22392/v33n3_ed.pdf?sequence=1
- CONSEP. (2012). *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12-17 años*. Recuperado el 28 de marzo de 2014 de

http://www.drogasinfo.gob.ec/investigaciones/encuesta_nacional_sobre_uso_de_drogas_en_estudiantes_de_12_a_17_anos.pdf

- Cosentino, J. (1999). *Construcción de los conceptos freudianos II*. (1ra. ed.). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Cuesta, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*, 20 (2), 136-138. Recuperado el 3 de diciembre de 2014 de <http://193.145.233.67/dspace/handle/10045/876>
- Cueva, G. (2012). Violencia y Adicciones: Problema de Salud Pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 29 (1), 1-5. Recuperado el 18 de octubre de 2013 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=647224af-6d7b-44cb-8a15-7956e6a9cabe%40sessionmgr11&hid=24&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cmedm&AN=22510914>
- De León, G. (1997). *Therapeutic Communities For Special Populations and Special Settings*. (1ra. ed.). West Port, Estados Unidos: Praeger Publishers.
- Del Estero, S. (2009). *2do. Congreso Internacional de Investigación en Psicoanálisis, Derecho y Ciencias Sociales*. (1ra. ed.). Santiago del Estero, Argentina: Letra Viva.
- Erdos, M., Gabor, K. & Brettner, S. (2009). Its High Time...Time Experience of Drug Dependent Persons in Recovery. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 4 (3), 201-218. DOI: 10.1080/15560350903038692.
- Erickson, E. (1963). El Problema de la Identidad del Yo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 2 (3), 1-16. Recuperado el 25 de noviembre de 2013 de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196305020304.pdf>
- Fleischer, D., Allegro, F., Benjamin, A., Rivas, D. & Surmani, F. (2009). La compulsión adictiva y su relación con la economía del goce: el excedente y el plus de gozar. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 77-79. Recuperado el 4 de agosto de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a44.pdf>
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo, obras completas de Sigmund Freud*. (1ra. ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García, J. & Zemborain, E. (1979). El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos. *Revista Uruguaya de*

- Psicoanálisis*, 59 (1), 1-4. Recuperado el 21 de julio de 2014 de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1970/1688724719795907.pdf>
- García, J., Garrido, M. & Rodríguez, F. (1997). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. (1ra. ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Fundamentos.
- González, J. (2008). Psicoanálisis y Toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1 (4), 1-13. Recuperado el 25 de noviembre de 2013 de <http://psi.usal.es/rppsm/pdfn4/psicoanalisisytoxicomania.pdf>
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. (1ra. ed.). Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Hernández, M. & Londoño, N. (2012). Factores Psicosociales, Cognitivos y de Personalidad Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Comunidades Terapéuticas. *Psicología Desde el Caribe*, 29 (1), 47-63. Recuperado el 25 de noviembre de 2013 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=98daa138-6751-423b-89c5-347ac3a1fdc5%40sessionmgr13&vid=20&hid=4212>
- Hewitt, R. & Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Psicología Latinoamericana*, (27) 1, 2-8. Recuperado el 12 de agosto de 2014 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242009000100012&script=sci_arttext
- INEC. (2013). *Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol*. Recuperado el 28 de marzo de 2014 de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>
- Jaramillo, C. (2010). Aportes de la Psicología a la Comprensión e Intervención de la Adicción a Sustancias Psicoactivas. *Katharsis*. 10 (3), 3-7. Recuperado el 16 de enero de 2014 de <http://revistas.iue.edu.co/index.Php/katharsis/article/view/189/325>
- Kornblit, A. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. (2da. ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Layerie, A. (2012). Red de Relaciones Significativas e Intervención sistémica Dirigida a Jóvenes Entrampados en Ciclos Adictivos. *Psicogente*, 15 (28), 3-10. Recuperado el 16 de enero de 2014 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=f9cb8f95-90e2-4086-8183->

675436658afd%40sessionmgr4003&hid=4207&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=87311604

- Llorente, J. & Fernández, C. (1999). *Comunidades Terapéuticas Situación Actual y Perspectivas del Futuro*, 11 (4), 329-336. Recuperado el 18 de octubre de 2013 de <http://www.adicciones.es/files/llorente.pdf>
- Llorente, J., Mezo, M. & Barruria, I. (sf) *Manual de Trastornos Adictivos*. (2da. ed.). Barcelona, España: Enfoque Editorial.
- López, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de los terceros. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 119-127. Recuperado el 25 de noviembre de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100012&script=sci_arttext
- López, F., Bulas, M., León, R. & Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficiencia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17 (3), 241-249. Recuperado el 26 de noviembre de 2013 de <http://www.adicciones.es/files/241-250%20fcalopez.pdf>
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R. (2001). Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol, y Sociedad. *Revista Salud Mental*, 12 (24), 3-15. Recuperado el 18 de octubre de 2013 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014b.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Requisitos para permiso de funcionamiento de establecimientos de servicios de salud públicos y privados*. Recuperado el 28 de marzo de 2014 de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/requisitos-para-permisos-de-funcionamiento.pdf>
- Muñoz, E. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: Los discursos de la adicción en acción. *Psicología*, 20 (2), 25-49. Recuperado el 25 de noviembre de 2013 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=98daa138-6751-423b-89c5-347ac3a1fdc5%40sessionmgr13&vid=32&hid=4212>
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. (1ra. ed.). San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

- NIDA. (2003). *La Comunidad Terapéutica*. Recuperado el 15 de octubre de 2013 de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-comunidad-terapeutica/cuan-beneficiosas-son-las-comunidades-terapeuticas-en-tratar-la-adic>
- Ochoa, E., Madoz, A. & Vicente, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 214 (55), 37-39. Recuperado el 13 de agosto del 2014 de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>
- Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupos*. (1ra. ed.). México D.F., México: Pax.
- Ricoeur, P. (2004). *Freud: una interpretación de la cultura*. (11va. ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Rivelis, G. (2009). *Freud una aproximación a la formación profesional y a la práctica docente*. (1a ed.). Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Rocabert, J. (1999). La Identidad Psicoanalítica. Algunas Consideraciones Institucionales. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 34 (3), 159-161. Recuperado el 25 de noviembre de 2013 de http://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=Wdx6Bk6Eu0C&oi=fnd&pg=PA160&dq=identidad+psicoanalisis&ots=IK5Jmz9aWe&sig=YF6waeqqfi_ku7MHCcNGAD6oDNc#v=onepage&q=identidad%20psicoanalisis&f=false
- Rodríguez, C. (2009). Aspectos Teórico-Metodológicos de las Comunidades Terapéuticas Para la Asistencia de la Droga Dependencia: Sus Comienzos. *Cuaderno de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 37 (1), 1-6. Recuperado el 21 de noviembre de 2013 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-81042009000200016&script=sci_arttext
- Sánchez, A., Sánchez, P. & Sánchez, I. (2006). Reconstrucción histórica de la obra de Jacques Lacan. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (97), 107-120. Recuperado el 23 de Julio del 2014 de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v26n1/v26n1a07.pdf>
- Shinebourne, P. & Smith, J. (2010). Its Just Habitual: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Long Term Recovery

- From Addiction. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 6 (9), 102-117. DOI: 10.1007/s11469-010-9286-1.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. (1 ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Téllez, F. (2002). *Mitos: Filosofía y Práctica*. (1ra. ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- Toledo, M. (2012). Sobre la construcción identitaria. *Atenea*, 506 (2), 43-56. Recuperado el 27 de agosto de 2014 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-04622012000200004&script=sci_arttext
- Vega, V., De Vedia, P. & Roitman, D. (2012). *Narcisismo e identificación en la fase del espejo. Una articulación entre Freud y Lacan*. Recuperado el 7 de agosto de 2014 de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/narcisismo_identificacion_espejo.pdf
- Vance, C. (2012). *Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas*. Recuperado el 14 de agosto de 2014 de http://www.lacamaradequito.com/uploads/tx_documents/acuerdo767msp.pdf
- Watson, L. & Parke, A. (2009). Experience of Recovery for Female Heroin Addicts: An Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 9 (1), DOI: 10.1007/s11469-009-9257-6.
- Yoffe, L. (2006). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7 (3), 160-170. Recuperado el 31 de diciembre de 2014 de <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/10226/432/1/7Psico%2012.pd>

ANEXOS

ANEXO 1. Modelo de consentimiento informado

Universidad de las Américas Carrera de Psicología Consentimiento informado

Yo, _____, he sido convocado/a para colaborar en el proyecto de investigación científica acerca de _____

Esta investigación se realiza previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico de la carrera de psicología de la Universidad de las Américas.

Mi participación en este estudio contempla una entrevista de aproximadamente una hora, la misma que será grabada y transcrita en su totalidad. Entiendo que la información que entregue en mis relatos será absolutamente confidencial y solo conocida integralmente por el equipo de investigación a cargo de este estudio y la docente-supervisora; el resguardo de mi anonimato será asegurado a partir de la modificación de nombres de personas y de toda otra información que emerja.

Estoy en mi derecho durante la entrevista de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto.

He leído esta hoja de consentimiento informado, la entiendo y acepto libre, consciente y voluntariamente participar de este estudio

Firma participante

C.I. _____

En _____, al _____ de _____ de 2014