

Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 2

Junio de 2014

LA ASAMBLEA COMUNITARIA COMO ESPACIO DE ENCUENTRO DEL DROGADICTO Y SU FAMILIA

Germán Alejandro García Lara¹ y Soledad Hernández Solís²

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

Instituto de Estudios Superiores de Chiapas

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

RESUMEN

El trabajo discurre en torno a lo que acontece en la asamblea comunitaria de una comunidad terapéutica con atención durante el día, integrada por pacientes consumidores de drogas, familiares y profesionales; espacio de encuentro que promueve la adhesión al programa, la comunicación, la valoración de logros terapéuticos y solución de problemas comunes. El estudio, analiza los registros tenidos en sesiones de asamblea en un periodo de 4 meses, aunado a entrevistas a grupos de pacientes y a padres de éstos. Los resultados, señalan las vicisitudes del recorrido en la constitución del colectivo como grupo de trabajo, así como del encuentro y desencuentro entre los pacientes y sus familiares, de las expresiones de desconfianza a una mayor esperanza en el otro, de las dificultades de comunicación al acercamiento dialógico, de la ausencia de límites a la lucha por el consenso de la norma y por su mantenimiento, de la codependencia y sobreprotección a una mayor independencia y autocuidado de sí. En todo ello, los terapeutas actúan como soporte de carencias estructurales y necesidades emocionales profundas. El sistema familiar es motivo de reflexión y en la asamblea comunitaria es posible atisbar algunas de las expresiones que atestiguan su cambio. Por ello, en el proceso de trabajo

¹ Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Coordinador de la Clínica Psicológica. Correo electrónico: asiaaa@hotmail.com

² Docente de la Facultad de Medicina Humana del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas. Coordinadora de Tutorías. Correo electrónico: sola1221.iraaa@hotmail.com

de las comunidades terapéuticas, la asamblea comunitaria constituye un elemento nodal del trabajo.

Palabras clave: Asamblea comunitaria, comunidades terapéuticas, drogadicción, familia.

THE COMMUNITY ASSEMBLY AS A MEETING SPACE BETWEEN THE DRUG ADDICT AND HIS FAMILY

ABSTRACT

The work runs around what happens in the community assembly of a therapeutic community with attention during the day, integrated by patients consuming drugs, family and health professionals; space of meeting that promotes the adhesion to the program, the communication, the valuation of therapeutic achievements and solution of common problems. The study analyzed records meeting sessions held over a period of four months, coupled with interviews with groups of patients and parents of these. The results, say the vicissitudes of travel in the constitution of the group as a working group, as well as the connection and divergence among patients and their families, of the expressions of distrust greater hope in the other, the difficulties of communication to dialogic approach, the absence of limits on the struggle for consensus and maintenance standard of codependency and overprotection to greater independence and self-care of itself. In all this, the therapists act as support structural deficiencies and deep emotional needs. The family system is cause for reflection and community assembly can be glimpsed some of the expressions that attest to its change. Therefore, in the work process of therapeutic communities, the community assembly is a nodal element of the work.

Key words: Community Assembly, therapeutic communities, drug addiction, family.

Las comunidades terapéuticas surgieron en los años sesenta como grupos de autoayuda en pacientes consumidores de drogas, quienes pueden ser considerados no tanto como población vulnerable, sino como exponen Romero, Rodríguez, Durand-Smith y Aguilera (2003), como población oculta, en desventaja, ya que pertenecen a sectores de población en mayor riesgo para un sinfín de problemas de salud mental.

Una de las actividades centrales en el trabajo de una comunidad terapéutica con atención durante el día lo constituye la Asamblea Comunitaria (AC), reunión a la que concurren los pacientes, los familiares de estos y el personal de la institución (Calvo y Lucas, 2007). Este es un espacio para expresar sentimientos, debilidades y temores que les produce la posibilidad de contacto con circunstancias que amenazan los logros terapéuticos y su valoración, mantener la motivación hacia las actividades terapéuticas que se realizan, desarrollar la comunicación y relación entre los distintos agentes implicados y la solución de problemas comunes (Riquelme y Romero, 2009).

Con ello, se intenta que los pacientes después de concluir la actividad diaria en el programa, con el reconocimiento de su incipiente fortaleza y su propia fragilidad, afronten la incertidumbre de las desventuras económicas, carencia de empleo, falta de oportunidades para estudiar o problemas familiares: separación de los padres o ausencia de alguno de ellos, irritabilidad, carencia en la expresión afectiva, dificultades para comunicarse, ausencia de límites, entre otros.

El trabajo tiende a orientarse a la elaboración real y fantasiosa del malestar (Simonelli y Calvo, 2003) en que el terapeuta, busca ser soporte, arbitrar conflictos y orientar o canalizar las actuaciones del paciente y la familia de estos (Aguelo, 2004). Mascaró (2006), denomina a esta situación como el trabajo de soporte de carencias estructurales y necesidades emocionales profundas, indispensables de abordar, ya que la permanencia del paciente al tratamiento depende ello.

Según Aramendi (2005, p. 2), los pacientes mantienen un lazo codependiente con los padres, por ello, son psicodependientes antes de drogodependientes, algunas de las características de las personas consumidoras de drogas son las siguientes: “exaltación yoica, depresiones, baja tolerancia a las frustraciones, tendencia al narcisismo, repliegue de sí mismo, fuerte ambivalencia afectiva, tendencia a idolatrar o denigrar a los objetos, sistemas idealizantes, problemas de autonomización, etcétera.

El común denominador es que encontraron en la droga el alivio a sus sufrimientos”. Además, se señala que los pacientes consumidores de drogas,

tienden a presentar trastornos comórbiles entre el 30 y 60 % de los casos (Mas-Bagá, 2006)

En este proceso, el involucramiento de la familia, una mayor continuidad en las actividades realizadas y la participación de los pacientes en el trabajo, es parte importante para su atención (Santos, García y Barreto, 2001). La familia como tal está en una interacción constante, por lo que los cambios que se presenten en esta también dependen de su propia naturaleza (Simonelli y Calvo, 2003) y de las propiedades que posee para la transformación de su estructura (Minuchin, 1992).

De acuerdo con Aramendi (2005, p. 2), en las familias de pacientes consumidores de sustancias, se presentan situaciones de "intolerancia ante el sufrimiento psíquico, padres autoritarios, el ocultamiento de información", entre otras. García (1999), concluye que una menor exposición a recaídas en relación con las familias incluye la aceptación del plan de tratamiento, el que se presente mayor autonomía del paciente y con ello la expresión de pensamientos y sentimientos, expectativas claras sobre el proceso de rehabilitación, mayor red de apoyo social y menor número de situaciones sociales estresantes, así como su inclusión en procesos terapéuticos conjuntos. La hostilidad con comentarios críticos poco aúna al trabajo, esta condición sádica y destructiva de los familiares es un aspecto común que se señala en su ausencia o limitada intervención, pero también en la crítica o reproche al paciente, considerándole a él un enfermo y no a la familia (Mascaró, 2006), lo que constituye una característica de las personas codependientes quienes aprecian lo que otros realizan de forma inadecuada, pero no reconocen los propios errores, o bien alteran la manera en que expresan los sentimientos al identificarlos o negarlos (Valverde y Pochet, 2003).

Diversas explicaciones se presentan en torno a la situación de consumo y la vivencia familiar. El análisis puede darse en función a triangulaciones patógenas en la familia, con coaliciones entre padre o madre-hijo en contra del otro, relación que al ser negada, vuelve patológico al sistema y aparece el síntoma. La retroalimentación explica el que un hecho como este equilibre el sistema familiar, aunque a costa de fuertes dificultades por parte del drogadicto (Higgins, 1998).

Minuchin (1992, p. 86) por su parte, explica la estructura familiar como: "el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia". Sus pautas transaccionales configuran reglas y patrones que dan estructura al sistema, cuyo funcionamiento, acontece mediante subsistemas: individuales, conyugales, parentales y fraternal. En estas se presentan distintas formas de interacción como los límites, jerarquías, alianzas, coaliciones, centralidad y periferia.

En el estudio de Soria, Montalvo y González (2004), realizado con 45 familias con un hijo adolescente drogadicto, encontraron que independientemente de su estructura (nuclear, monoparental o reconstituida), estos mantenían límites difusos al interior y exterior del sistema, el mayor poder lo ostenta la madre, con ausencias o pobre involucramiento del padre en la educación de los hijos, con rechazo de la familia al drogadicto y ausencia de reconocimiento de las cualidades de este.

En este marco, se analizan diferentes aspectos del entorno familiar de pacientes consumidores de drogas, en particular de las expresiones de confianza o desconfianza, el establecimiento de límites y comunicación, así como de sobreprotección y codependencia en el espacio de la AC de un centro de atención a consumidores de drogas.

MÉTODO

Se aplica una aproximación cualitativa interpretativa, que intenta penetrar con un carácter riguroso y sistemático en la vida cotidiana para mostrar su complejidad; pretende captar la reflexión de los propios actores, sus motivaciones e interpretaciones de su mundo, prácticas, relaciones y producciones colectivas, en que "la realidad es una combinación consensuada, aunque se trata de una <<subjetividad disciplinada>> por el contraste intersubjetivo" (Pérez, 2001, p. 25), en este caso, de los pacientes y sus familias, quienes participan en la AC.

Sujetos y escenario:

Las personas con quienes se desarrolla el trabajo, son 9 pacientes que asisten a un centro de tratamiento en adicciones durante el día, 6 de ellos de

manera regular. Asimismo, asisten los familiares de los pacientes, que incluye 6 padres de familia que acuden con regularidad, 3 más que llegan con menos frecuencia y la hermana de uno de estos. Su asistencia varía según la permanencia de sus hijos en el proceso de tratamiento.

El trabajo recupera los comentarios que los participantes en la AC expresan en cada una de las sesiones. Este se desarrolla dos veces por semana en un espacio de cuatro meses, aunque el análisis recupera únicamente producciones de 22 sesiones, además de ciertas situaciones vividas en el acontecer cotidiano de las actividades en que participan los pacientes y el personal en el programa.

El escenario es la denominada AC, espacio con una duración de 90 minutos aproximadamente cada una.

Los pacientes y sus familias:

Los pacientes que integraron el grupo en su conformación inicial fueron P, MA, J e I (este último por solo un mes), más adelante se les unió Ra (mujer), F y C que asistieron menos de una semana, Ro quien llegó al inicio del tercer mes, M, quien fue dado de baja por desinterés para continuar en el programa y faltas al reglamento, y Ya, quien ingresó en el último mes de trabajo.

A continuación se describen aspectos relevantes de cada uno de estos, así como de su participación en el programa y, particularmente en la AC.

P, paciente de 17 años, acude por consumo de marihuana, cocaína, alcohol, inhalables y tranquilizantes; asiste de manera intermitente, de igual modo los padres acuden irregularmente y nunca en pareja. De niño, padeció enfermedades que llevaron a la madre a un excesivo cuidado de este. En la escuela fue muy retraído, con pocos amigos. Muestra impulsividad, limitada habilidad social, problemas escolares y distractibilidad. A su ingreso al programa, mostraba fuerte resistencia a las actividades, dormitaba o se recostaba en las sillas, su participación era muy limitada, y, aunque su asistencia era constante, se involucraba poco; tuvo dificultades con dos compañeros. Al abordar estos aspectos, y hablar con los padres, fue posible apreciar fuertes cambios en él, inicialmente en su persona, su aliño, su comportamiento y posteriormente, en su

participación. De igual modo, los padres y en particular la madre, pudo pasar de comentarios en que colocaba a su hijo como responsable de su consumo, hasta una mayor autocrítica en que revisaba su propia actuación, sus irrupciones de carácter, las dificultades para establecer acuerdos con el esposo, y este mismo, pasó de tomar una actitud distante y poco comprometida con su asistencia a las sesiones, a una mayor convivencia e interacción comunicativa con su hijo, así como una asistencia más constante. Al final, el liderazgo de P en las sesiones fue evidente, manteniendo con su participación el curso temático de la AC.

MA, paciente de 15 años, acude por consumo de inhalables, participó previamente en otro grupo, habiendo sido dado de baja por ingestión de esta sustancia en la institución. Estuvo internado durante tres meses en un espacio residencial, a su egreso, nuevamente es invitado a incorporarse al programa. Los padres de MA se encuentran separados, el padre ex alcohólico, también afronta su propio consumo y su anterior distanciamiento hacia los tres hijos, ya que en la actualidad es quien se hace cargo de estos. MA, es sumamente inquieto, bullicioso, su actitud es irreverente y oposición. Al principio, mostró cierto distanciamiento, dormitaba y era poco participativo, con el transcurso de las sesiones, mostró cierto apego hacia J, y paulatinamente su involucramiento en las actividades era mayor, no así en las AC, donde era instado a participar sin lograrlo. Su padre, tuvo un papel muy activo en las AC, en las primeras sesiones más bien compartió sus problemas, más adelante, se mostró comprensivo de la situación de consumo de su hijo. En el último mes en que tuvo dificultades con MA, quien se fue a vivir con la madre, se mostró firme en sus decisiones, compartiendo estas en la AC, situación que más adelante llevó a su hijo a regresar con él y mantener una relación más estrecha.

J, es un paciente de 47 años, quien ingresó por consumo de crack, participa en un grupo de AA desde hace años. Ha estado internado en centros de autoayuda y clínicas en 6 ocasiones. Muestra una actitud muy propositiva, su participación siempre fue muy amplia y extensa en tiempo, se muestra verborreico, grandilocuente, con un contenido de su discurso cambiante, difuso, reiterativo, con elementos vivenciales amplios. En estos, destaca, una infancia con antecedentes

de violencia, padre infiel, con fuerte distanciamiento afectivo hacia este. Su madre, quien acude acompañándolo, tiene una participación amplia en las sesiones, aunque asume que en el consumo del PI su participación es nula. Ello, al principio, porque a la mitad del proceso le es posible comprender su propio papel en el consumo del paciente, analiza entonces, aspectos de su sobreinvolucramiento y de la dependencia hacia este. En el último mes su asistencia disminuye sensiblemente y, en algunas ocasiones, la de J, quien se mostraba cada vez más seguro de haber afrontado con éxito el programa.

I, es un paciente de 17 años quien consume alcohol, marihuana e inhalables, ingresó a tratamiento residencial y al egreso de ese espacio fue invitado a incorporarse al programa. De padre fallecido, vive con su madre y hermano mayor. Su actitud es desafiante, opositora, al principio se muestra poco interesado y paulatinamente se muestra más participativo y cooperativo. Su estancia es por únicamente un mes, previo a la interrupción de su tratamiento, en las sesiones se dio un mayor autoanálisis de sí mismo y por parte de su mamá, fue notoria una mayor comprensión de la situación de su hijo, la recaída de este y su inasistencia precedió también a la inasistencia de la madre.

F, es un paciente de 18 años poliusuario, con atención en consulta externa en dos ocasiones, ingresado a una unidad residencial por 3 meses, a cuyo egreso fue incorporado al programa. Su padre es alcohólico. Asistió al programa solo en dos ocasiones al igual que la madre, F tuvo recaída al consumo lo que aunado a los problemas con el padre, le hicieron interrumpir su asistencia al centro.

C, paciente de 18 años, poliusuario, con alteraciones cognitivas en particular en el procesamiento de información, ha estado internado en diferentes centros de autoayuda. Después de estar internado en uno de estos, sus padres solicitan su ingreso al programa, sin embargo asiste en una sola ocasión. Al día siguiente el padre de C informó que este había decidido trabajar con él.

Ro, es un paciente de 17 años, quien ingresa desde dos años atrás en atención de consulta externa, aunque sin acudir con regularidad a la institución, no así su padre quien ha asistido desde entonces a terapia familiar. Ro fue detenido en febrero de este año por asociación delictuosa y pandillerismo y recluido en el

Centro Tutelar para Menores Infractores, de donde fue referido para ser atendido en el centro. Ha consumido marihuana, tranquilizantes, inhalables y alcohol predominantemente. A su ingreso mostró cierto compromiso y participación, incluso su madre asistió a las actividades que le correspondían, aunque solamente por una semana, después, fue solamente el padre quien le acompañaba. Ello porque él se encuentra desempleado actualmente y ella tiene que atender el negocio que tienen. En la AC Ro mantuvo una participación de más a menos, y, ya en las últimas sesiones prácticamente no comentaba nada de sí.

M, es un paciente de 13 años, quien ingresa en octubre de 2009, por consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Posteriormente la madre lo interna en un albergue, donde permanece 3 meses, a su salida, se solicita nuevamente atención en la institución a través del programa. Fue diagnosticado con TDAH desde hace 6 años y se le administra de manera constante fármacos por este trastorno. Acude solamente tres semanas, ya que manifiesta desinterés en asistir, además de presentar constantes faltas al reglamento. Durante su estancia, su participación en la AC fue activa, la asistencia de la madre, hacía que mostrara mesura en su conducta, por otra parte su inteligencia y adecuada expresión verbal, le permitían realizar un análisis comprensivo de su situación, aunque desafortunadamente, ello era fácilmente olvidado por él. Su madre, compartió sus propios problemas y aquellos que como madre presentaba con su hijo. A pesar de que el tiempo que permanecieron fue breve, su participación fue muy provechosa en la AC posibilitando una mayor profundidad en los comentarios de los asistentes.

Ra, paciente de 21 años, quien presenta consumo de tabaco, alcohol e inhalables, muestra sentimientos depresivos, de abandono. Desde su ingreso, mostró interés por participar, en las AC paulatinamente dejó entrever una mayor comprensión de su situación, manteniendo un adecuado aprendizaje y constante cambio de sí. Se mostró siempre participativa, cooperativa, al principio, al comentar acerca de su situación familiar invariablemente lloraba, después, mostró mucho más manejo de su situación. De su familia, solamente acudió su hermana en 3 ocasiones, su madre siempre se negó a hacerlo a pesar de ser invitada. Durante buena parte del trabajo con este grupo fue la única mujer. Con el ingreso

de M y Ro, fue objeto de agresiones por parte de estos, lo que generó cierta afectación a la dinámica grupal, misma que fue tratada en la AC.

Ya, es una paciente de 15 años de edad, con consumo de crack, tabaco, alcohol, marihuana e inhalables. Se une al grupo en el último mes de trabajo. En la AC se muestra poco participativa lo mismo que su mamá, no obstante se incorporan a las actividades del programa.

Técnicas:

Se utiliza el registro observacional, con la transcripción lo más completa posible de lo que acontece en el curso de la AC. En ello, se opera sobre todo con las expresiones verbales de los pacientes. Se considera esta actividad como un espacio de interlocución en que se tiene un grupo de discusión, que según Canales y Peinado (1995), utiliza los elementos discursivos, del habla de los sujetos participantes, lo que se articula a un cierto orden social (que se estructura en las normas y reglas que orientan el desarrollo de la actividad en la AC, tales como escuchar, participar, evitar interrumpir, compartir, entre muchas otras acciones, formalizantes del desarrollo de la AC).

Análisis de la información.

Se realizó la adecuación del procedimiento propuesto por Álvarez- Gayou (2007), que incluye las siguientes fases:

1. Una comprensión global de cada uno de los registros.
2. Una comprensión global del total de los registros.
3. El análisis categorial y metacategorial de los registros. Se consideraron como primeros elementos metacategoriales los relacionados con la estructura familiar, en específico a la comunicación y establecimiento de límites, así como la expresión afectiva, lo cual a su vez devino en el análisis de los procesos de sobreinvolucramiento y codependencia en la relación paciente-familiar.

4. Finalmente, se planteó el análisis e interpretación de la información vertida en las categorías y metacategorías, presentando los resultados como elementos globales en los que a su vez se incluyen viñetas que ejemplifican estos.

RESULTADOS

En este apartado, se presenta en primer lugar la narrativa en torno al desarrollo de las sesiones, le sigue información sobre algunos aspectos de la estructura familiar, específicamente relacionada con la confianza y desconfianza hacia el paciente, el establecimiento de límites, la comunicación, codependencia y sobreprotección.

El desarrollo de las sesiones: de la adecuación, a la estabilidad y el aprendizaje.

Un primer momento en la AC es el de adecuación al trabajo, de tipo organizativo y reglamentario, una segunda fase es la de estabilidad, con mayor participación y profundidad en el análisis personal, tanto del paciente como de su familia y, un tercer momento en que al parecer resulta evidente el aprendizaje, hay una mayor exteriorización de los cambios, que a su vez se asume en los comportamientos y el sentido autocrítico de las participaciones.

La participación en el programa o seguir siendo *preso de sí mismo*.

Los pacientes y familiares se apoyan y motivan para continuar el trabajo, aunque ello no los exenta de señalamientos mutuos. Los pacientes expresan:

Yo digo que él ya sabe (refiriéndose a MA), pero nada más te haces, si no tu papá va a pensar, nel, no se quiere poner las pilas este chavo, porque nel tu papá se saca de onda por lo que demuestras, y como dices que quieres más libertad, ese ya es tu problema, si quieres que te estén cuidando o te pones las pilas (P, sesión 22).

Los padres por su parte, muestran preocupación por la participación de su hijo en el programa y las recaídas:

Yo le digo a él qué sientes, ¿ansiedad?, y no, yo me siento bien me dice, ya no quiero llegar (al programa), y esto es una lucha, si uno no llega a un grupo donde haya comunicación, pues vuelve a recaer, y si uno no está pendiente pues puede volver a pasar (Papá de MA, sesión 10).

La inasistencia de los hijos y el pesar que para ellos representa es expuesta por los padres:

Ro se escapó en la mañana, decidió no venir, tuvimos un altercado y sí me molesta un poco su actitud, pero, lo vamos a considerar (...), aunque esté aquí yo solo como padre y tenga un objetivo, pues no sabemos cuál es el objetivo que tengan ellos (Papá de Ro, sesión 15).

La negación al problema por parte del consumidor, provoca en los familiares temor, ansiedad, impotencia, tristeza o enojo, así como patrones disfuncionales en las relaciones familiares (Valverde y Pochet, 2003). Incluso, ante ciertas situaciones, se habla de propuestas extremas como el de “anexar” al paciente.

Sí ya hemos hablado de eso y si no hay cambios, pues es el anexo. Él decide (Papá de P, sesión 17).

La aporía del encierro es magistralmente expresada por una de las mamás, quien plantea que el encierro no es el espacial sino el personal.

Los anexos tienen su límite, 3 meses, 6 meses, un año, como lo consideren médicaamente, pero el que es preso de sí mismo, pues no podrá salir nunca (Mamá de M, sesión 14).

Así, la asistencia al programa, es un aspecto de constante negociación e incertidumbre, ante la amenaza constante de los pacientes por abandonar el tratamiento, así como por la fuerte expectativa que se tiene de este.

Desconfianza, in-comunicación y ausencia de límites, la triada faltante. Resultado: codependencia y sobreprotección.

Ganarse la confianza. Los problemas particulares hacen referencia a eventos cotidianos o relacionados con la propia familia. La inmediatez temporal de estos y los problemas con la madre es uno de los temas comunes, Ra refiere de ello:

Yo creo que mi mamá, aún no me ha ganado su confianza, ayer tuvimos una discusión con mi hermana y yo tuve ganas de golpear y pues yo tengo que trabajar la intolerancia (...), mi mamá dice, tienes mi apoyo como madre que soy de ti, pero la confianza creo que no me la tiene, me dijo, yo como madre, no estoy segura que podamos seguir adelante contigo, y me bajó, me bajó (sesión 8).

La ambivalencia en la relación, de escucha y no escucha, de confianza y no confianza, son comunes en los familiares de los pacientes drogadictos, ya que aman y al mismo tiempo niegan que ello ocurra, tal vez porque "internamente

están odiando la enfermedad y los comportamientos que evidencia la persona adicta" (Valverde y Pochet, 2003, p. 50).

Algo similar expresa otro paciente sobre su mamá no sin cierto dejo de frustración:

A veces dice cosas que a veces no es algo que guste y después, después, pues llenan el vaso (...), y lo que hago es irme y pues tiene que haber otra forma (Ro, sesión 13).

Además, son recurrentes, expresiones que indican la falta de confianza de los padres hacia sus hijos y la necesidad de que estos "ganen" nuevamente este reconocimiento:

Me dijó, voy al cine y pensé, no me voy a preocupar, y claro cuando llegó la hora de regresar, y pues aunque dije que ya no me iba a preocupar, pues me preocupo (...), a mi sobrina le comentaba, allá me dicen que tengo que soltarlo, pues si no cuando termine el proceso ¿qué va a pasar? y trato de no preocuparme (Mamá de J, sesión 8).

Este aspecto es retomado por los pacientes, quienes "aceptan" esta circunstancia pero también demandan cambios:

Hay que cambiar de actitud y pues poco a poco podemos retomar la confianza (...), porque incluso mi mamá todos cree que son adictos o prostitutas (J, sesión 14).

Sin duda, el elemento de confianza vs falta de confianza, aleja los otros problemas presentes como las limitantes en la comunicación y el establecimiento de límites, que oscila en formas autoritarias y de suma flexibilidad, lo que a su vez justifica el sobreinvolucramiento y sobreprotección de los padres hacia los hijos, manteniendo una excesiva dependencia entre sí.

El paciente: *no puede salir solito.*

Los padres, discursan sobre diferentes situaciones en torno a su situación y la de sus hijos, la proyección de la culpa o responsabilidad acerca de los problemas del hijo resulta ser la primera explicación sobre el problema.

Yo creo que las amistades, para mí ese es el problema (...), él me dice ya no hay que hablar mucho de eso, pero le digo que sí (...), siento que él no puede salir solito (Mamá de F, sesión 1).

Esta referencia a que el síntoma es exterior al sistema y debe abordarse sin alterar al sistema, es un aspecto clave que se plantea en el curso del proceso terapéutico, por el cual se explica la imposibilidad de cambiar el síntoma si no se cambia el sistema, lo que enfrenta a la familia al dilema del cambio (Papp, 1994).

Ello se entrelaza con el imperativo de hacer algo como padres con la consecuente sobreprotección, lo que se enuncia de manera ambivalente, aunque lo más importante es sin duda su aceptación de lo que estos son: consumidores, lo que no se expresa sino con dolor:

Yo he aprendido, que pues si la gente me dice o habla de él, pues ya lo acepté, que él es un consumidor (llora) (Mamá de P, sesión 17).

La codependencia entre padres e hijos en un hecho común, ello suscita reclamos, formas de relación que inhiben la independencia. Una madre dice así a su hijo de 47 años:

Llegó mi hijo como a las 10:30 y pues lo regañé, y yo ese día tenía un dolor en la columna, y pues te fuiste, yo me tenía que estar parando, y le dije a dónde fuiste, con quien estabas, y sí lo regañé (Mamá de J, sesión 19).

La triangulación con el hijo es también un evento del que se participa en algunos de los casos:

Hoy le dije así a J, te prohíbo que le hables a tu papá, porque cuando él le habla a él, pues no tiene tiempo, porque pues él ya tiene otra familia (...) y cuando él le habla y no le hace caso, le duele (Mamá de J, sesión 8).

Comunicación: *no saber qué decir.*

Este es un aspecto frecuentemente abordado en la relación con los hijos, con una excesiva demanda porque suceda:

Mi hijo me dice: ¡no me digas nada!, ¡no me digas nada!, yo sé lo que tengo que hacer (...), estoy con él ¡no quiere!, no estoy con él, ¡no quiere! (...), y hay veces en que me saca de onda que no sé qué decirle, qué comentarle y a veces se desaparece y luego

empiezo a gritar y mi hija me dice tranquilo, pero se desespera uno (Papá de Ro, sesión 15).

El comentario de uno de los pacientes, sintetiza las dificultades habidas entre los padres e hijos para comunicarse, P lo expresa así:

Yo creo pues que lo que me dicen mis papás de que no me pongo las pilas, porque cuando estamos en la casa, pues nee, como voy a hablar si solo me están regañando, y no les puedo decir lo que quiero decirles, nada más me regañan y me dicen que no sirve, e igual si les quiero hablar, no vayan a pensar que estoy loco y pues yo veo que sí estoy cambiando y pues con ellos no puedo, como ellos ya me conocen, me da pena portarme bien (sesión 18).

Es evidente, que los problemas en la comunicación se circunscriben a la falta de escucha, de interés por el otro, del estereotipo formado a partir de las fuertes dificultades de interacción entre ellos, exponiendo un aspecto común de los padres de los pacientes, que se muestran irritables, distantes, fríos y estereotipados en su relación con los hijos, con fuerte sobreinvolucramiento y codependencia.

Límites: el no saber qué hacer.

La frustración, la imposibilidad de analizar de forma autocrítica su propia participación en los problemas de los pacientes lleva a los padres a expresar que el cambio es de estos, no obstante, es evidente en algunos la dificultad para establecer límites con sus hijos, con la consecuente indeterminación y desesperanza ante posicionamientos de extrema rigidez o sumamente flexibles:

Estamos trabajando muchas cosas como límites y pues como es el único niño que tengo, pues lo he consentido mucho (Mamá de P, sesión 4).

Yo veo a otros amigos que dejan a sus hijos afuera (de la casa) y como queremos a nuestros hijos, pues yo creo que ya nos tomaron la medida (Papá de P, sesión 18).

(...) él me dijo la semana pasada, no tengo nada y de repente ya lo veo (drogado), y esto le quita a uno la estabilidad emocional y luego tiene uno deseos de salir corriendo y puede parecer cobardía, pero la verdad es que no sabe uno qué hacer, y eso a mí me cala mucho, y de repente en un abrir y cerrar de ojos, en un ratito se viene abajo y es desesperante, es desesperante, y pues veo que eso uno ya no está en manos de uno, ellos son revisan, no analizan y les vale, les vale, a mí me saca mucho de balance, me, me me hace sentir mal (Papá de Ro, sesión 19).

Este aspecto es expresado por Beattie (citado en Valverde y Pochet, 2003), quien señala que debido a la relación de codependencia, las personas no reconocen lo que sienten o lo que tienen que hacer para afrontar sus problemas.

La impotencia y frustración ante los hechos vividos con los hijos, exhibe la vulnerabilidad de la familia, de los propios padres, quienes señalan llorar en demasía, consumir alcohol, o tener irrupciones de violencia que forman parte de la vivencia de los hijos:

Antes aventaba cosas y me iba a tomar y ahí desquitaba mi coraje (Papá de MA, sesión 9).

En sus comentarios, la mamá de J, refiere la propia vivencia de su familia como hija, de la figura paterna y de la continuidad de este tipo de relación con su esposo:

Nuestros papás no eran cariñosos con nosotros, ni tiempo había (...). Mi papá (...) llegaba con sus copas y era golpeador y todas esas cosas nos dañó, era muy mujeriego, yo era la más chica y me enteraba que ahí andaba enamorando a otras, y murió en su ley hace 6 años (...). Mi madre ¡cuánto sufrió! y nunca se separó de su esposo; y me caso y es una cadenita, de los padres a los hijos y así, mi padre muy mujeriego y yo igual con mi marido, y luego va uno tallando a los hijos igual (sesión 11).

Los cambios no son las cosas, la magia está en nosotros, en la cabecita de cada uno de nosotros. La recursividad del cambio.

En su relación con la familia y amigos, los pacientes advierten situaciones que favorecen su propio proceso de cambio, aunque con altibajos:

...he tenido bajas y subidas (...) ayer yo salí de aquí alegre y allá en mi casa, quise platicar y no hubo un, un hola, ¿cómo te fue?, ¿cómo te la pasaste?, la plática que yo quería compartir no se dio (Ra, sesión 6).

No obstante, uno de los aspectos más referidos por los pacientes es el de exponer los logros alcanzados en el programa, lo que ocurre desde las primeras hasta las últimas sesiones. Por parte de los pacientes, ello configura un amplio abanico de situaciones, de su comportamiento o aspecto externo, relaciones, o bien de su personalidad o características psicológicas:

Se ve el cambio, como te comportas, como te expresas (...), trato de no decir palabras groseras (I, sesión 1).

Estoy recuperando mi autoestima, mi seguridad, a perder el miedo, soy más aventado (J, sesión 17).

Escucho de manera diferente (...) hoy no me intolero (J, sesión 18).

Otra paciente lo expresa así:

Me ha cambiado mi carácter, la forma que hablo, y lo que siento (...), este proceso, me ha sido bastante bueno, para conocerme a mí misma, estaba yo bien perdida, y ahora mis metas las tengo bien listas para cuando llegue el momento (Ra, sesión 20).

La mejora habida en el proceso comunicativo es un aspecto común en los comentarios de los pacientes:

Hay mejoría en la casa y me puedo expresar mejor con mi mamá y mis amigos y estoy muy contento (I, sesión 2).

(...) en el caso de mi familia pues estamos juntos (...), hay la comunicación de todos los días, al principio, llegaba yo a la casa, y estaba aburrido, pero ahora no, llego a la casa y estoy contándole a mi mamá lo que pasa (J, sesión 18).

Ahora en las terapias ya hablo más y en la escuela me va ayudar a conocer personas que no consumen y cambiar mi forma de vida (...), ya te dijeron qué cosas te llevan al consumo, y hay que trabajar con esas cosas, y sí nos ha ayudado, antes no podía ni hablar y yo creo que ahora sí va a ser mejor o más o menos ¿no? (sesión 20).

Los familiares también experimentan cambios en su persona y aprecian los de los demás:

Yo he visto mucho cambio en P. Mi esposo tiene un carácter muy muy difícil que todo lo toma a broma y yo todo en serio y no encontraba apoyo en él (...), P, ahora ya lo siento más cerca y me dice las cosas que él siente, con todo lo que ha aprendido, ahora me entiende y platica (...), con mis hijos ya les dije que voy a tratar de cambiar porque soy muy gritona pero aquí, he encontrado mucho apoyo para Paco, para mí y hasta para mi esposo, que empieza a caerle el veinte (Mamá de P, sesión 2).

Al exponer los cambios tenidos, se plantea el establecimiento de metas y la identificación de los aspectos que les han afectado. Por parte de los padres, se descubre a partir del propio autoanálisis lo que cada uno requiere:

Si como familiar no admito, no lo asumo, pues no se puede cambiar, es importante cambiar, aceptarlo. Es importante hablar si nos sentimos tristes, derrotados, pero no pasa

nada, no somos los primeros ni tampoco los últimos, caerse no está prohibido, la recaída es un aprendizaje en esta lección de vida (Mamá de M, sesión 14).

El dilema del cambio como señala Papp (1994, p. 25), es que "impone un precio", que todo cambio referido a un paciente, supone a su vez cambio en el sistema que lo conforma, lo que abre caminos inesperados y a veces tortuosos para sus integrantes.

Los pacientes a su vez mantienen cambios, que en algunos casos son más sostenidos y pueden apreciarse en ámbitos más amplios como la escolarización. MA comenta:

Una meta es que quiero seguir estudiando, y le digo a Choy (su padre) que quiero seguir estudiando, en una escuela normal, y ahora sí me arrepiento de no echarle ganas en la escuela, es una meta chida (MA, sesión 15).

En la reflexión sobre el proceso que guía el cambio, se señala que este se debe al esfuerzo y la magia radica en ello:

Los cambios no son las cosas, no es la magia, pero si es el esfuerzo, no perdiendo el tiempo, ellos (el personal) pueden ser la guía, pero nosotros tenemos que seguir en este camino (...), la magia está en nosotros, en la cabecita de cada uno de nosotros (Papá de MA, sesión 7).

Un análisis sumario de lo que representa el proceso vivido en el programa, uno de los pacientes lo expresa así:

(...) ya sabemos qué está mal, y eso nos va a llevar a evitar el consumo, ya sabemos pues, lo podemos identificar, eso es lo que me ha gustado y de lo que se trata esto, y ya es de nosotros, es cuestión de que la armemos y ya (P, sesión 20).

Nos dan herramientas, es como tener mi mochila, yo veo si la aviento, ya llevo las ideas, mi mapa no, a donde puedo ir, a donde no, cómo le voy a hacer (...), responsabilidad, veo en mi casa, con mi estudio, con toda mi persona, porque si no no tuvo caso, voy a tirar mi mochila, pero no (...). La comunicación y responsabilidad son las cosas, ya tenemos los ingredientes para preparar todo, como una comida, porque si te sabe mal, poder ver que te falta, un ingrediente, lo que pienso, yo me voy con unos cuantos ingredientes y si los combino ya puedo tener otros (P, sesión 22).

CONCLUSIONES

En la AC algunos de los temas que se comparten son la motivación o amotivación de los pacientes por participar en el programa, la implicación de la familia y sus cambios, aspectos que al atenderse, generan una mayor retención de los pacientes (Secades y Benavente, 2000). Este es un logro colateral que se alcanza en el trabajo.

La AC opera como una red de apuntalamiento ante el desamparo afectivo, la pérdida, la frustración del deseo así como la falta de un proyecto e ideales de vida; constituye una alternativa para abordar el malestar psíquico, en un clima de continencia afectiva, del cual es garante el equipo de trabajo, pero cuya responsabilidad final compete a todo el colectivo que participa.

El expresar en un grupo, aspectos de sí, relacionados al papel de ser padres, permite recuperar y mantener el apoyo de estos al trabajo realizado en el programa, en tanto que abordar la irrupción emocional de los pacientes, ante la disfuncionalidad de la relación parental, permite orientar el cambio en la familia. Aunado a lo anterior, la autocrítica y reflexión que se manifiesta en los propios padres, generalmente acompaña el inicio de cambios en el trabajo con ellos.

Al paso de las sesiones, pacientes y familiares abundan en aspectos que desfasan su cotidianidad y les enfrentan a los problemas más acuciosos de vida, mediante señalamientos sobre las dificultades familiares y el cambio para la propia vida. Los rituales de reconocimiento de sí mismo como pecador y penitente, no aparecen con el discurso, sino con la propia actuación dramática de la penitencia. Así, cuando se exponen las propias señales como arrepentimiento, tristeza, silencio, o participación en las actividades, se reconoce el desear un cambio, se renuncia a sí mismo, se sacrifica el placer por la droga, lo que deberá ser contado a la comunidad para ser legitimado, haciendo que lo que se puede ver y expresar fortalezca el yo del paciente en el advenimiento de su nueva identidad. Por ello, la AC constituye un espacio de especial relevancia en el trabajo terapéutico con paciente drogadictos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguelo, F. (2004). Comunidad terapéutica para drogodependientes y relación educativa. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 19, 127-144.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2007). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós, 2007.
- Aramendi, P. (2005). *La inserción laboral de las personas con problemas de drogas*. IV Congreso de formación para el trabajo. Zaragoza, 9-11 de noviembre. 8 páginas.
- Calvo, H. y de Lucas Avilés, A. (2007). *Intervenir con familias desde los centros de día*. Salamanca, España: PATIM / Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI. Recuperado de: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoría2/publica/pdf/IntervencionFamilias.pdf>
- Canales M. y Peinado, A. (1995). Grupos de discusión. En: Delgado, J.M., Gutiérrez, J. (eds.). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis Psicología.
- García, E. (1999). Intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y abandono de tratamiento en hijos toxicómanos basadas en el modelo de emoción expresada. En: *Experiencias Europeas de Atención a drogodependientes con hijos*. Bilbao: AGIPAD, pp. 43-61.
- Higgins. M. (1998). Alcoholic Families: the Crisis of Early Recovery. *Family Therapy*, 25 (3), 203-219.
- Mas-Bagá, M. (2006). La REBT en una Comunidad Terapéutica: REBTC. *RET. Revista de Toxicomanías*, 47, 3-10.
- Mascaró, N. (2006). La constitución de un grupo multifamiliar en una Institución pública. *Avances en Salud Mental Relacional / Advances in Relational Mental Health*, 5 (2), 1-6. Documento disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0502/asociacion.pdf>
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. México: GEDISA.
- Papp, P. (1994). *El proceso de cambio* (2a reimp.). España: Paidós.
- Pérez, G. (Coord.) (2001). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. España: Narcea.
- Riquelme, E, F., Romero Reséndez, R. (2009). *Abuso de drogas en la adolescencia: abordajes terapéuticos*. CIJ, A. C. 15 páginas.

- Romero, E. M., Durand-Smith, A. y Aguilera, R. M. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte. *Salud Mental* 26, (6), 76-83.
- Secades, R. y Magdalena, Y. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 365-371.
- Simonelli, A. y Calvo, V. (2003). Comunidades terapéuticas para madres drogadictas con hijos. *Adicciones*, 15 (2), 165-176.
- Soria, R., Montalvo, J. y González, M. (2004). Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. *Psicología y Ciencia Social*, 6 (2), Universidad Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Valverde, L. A. y Pochet, J. F. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de Ciencias Sociales*, 1 (99), 45-55. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.