

***LA RESPONSABILIDAD SUBJETIVA EN TRES MODELOS DE TRATAMIENTO  
EN ADICCIÓN A SPA: COMUNIDAD TERAPÉUTICA, GRUPOS DE AUTOAYUDA  
Y MODELO TEOTERAPÉUTICO***

**TRABAJO DE GRADO**

**Por:**

**ADRIANA SELENE GONZÁLEZ PADILLA**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA  
PALMIRA 2016**

***LA RESPONSABILIDAD SUBJETIVA EN TRES MODELOS DE TRATAMIENTO  
EN ADICCIÓN A SPA: COMUNIDAD TERAPÉUTICA, GRUPOS DE AUTOAYUDA  
Y MODELO TEOTERAPÉUTICO***

**Trabajo de grado para optar el título de Psicóloga**

**Por:**

**ADRIANA SELENE GONZÁLEZ PADILLA**

**DIRECTORA:**

**TATIANA CALDERÓN GARCÍA**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA  
PALMIRA 2016**

## **DEDICATORIA**

A Luis Enoc Padilla Rojas, quien ahora acompaña mi vida de otra forma y a quien amaré siempre, por brindarme su amor desmedido, por permitir en mí la nobleza, la fortaleza de seguir adelante y cumplir con mis metas, A ti abuelo de mi vida dedico este logro, por que se que donde quiera estés estarás feliz de ver a tu “muchachita” culminar esta etapa que ayudaste a forjar.

Por siempre.

Adriana Selene Gonzalez Padilla

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres Dorian Selene Padilla Lenis y Juan Orlando Gonzalez, por su confianza en mí, su apoyo, amor y dedicación. También a mi abuela Nelsy Lenis García, por sus infinitas expresiones de felicidad cada vez que alcanzaba un peldaño más de este proceso.

A mi maestra, apoyo y compañera Tatiana Calderón García, por sus enseñanzas y por todo el valor que aportó a mi vida, por acompañarme a cumplir esta meta y permitirme reflexionar más allá del ejercicio académico por la vida misma.

A los jurados de mi trabajo de grado Pierre Angelo Gonzalez y Manuel Alejandro Moreno, que desde sus conocimientos aportaron elementos importantes a este proceso.

A los psicólogos Diego Castañeda, David Ortigón y al Sr. Camilo Alvarado, por sus aportes desde la experiencia al proceso de investigación.

## Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	8
3. ANTECEDENTES .....	11
3.1 Una aproximación contextual al consumo de SPA.....	11
3.2 Revisión de antecedentes .....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	25
5. OBJETIVOS.....	28
6. METODOLOGÍA .....	29
7. MARCO TEÓRICO .....	31
7.1 Revisión del modelo comunidad terapéutica (CT) .....	32
7.2 Revisión del modelo Autoayuda.....	38
7.3 Revisión del modelo teoterapéutico.....	46
7.4 Responsabilidad subjetiva.....	50
7.4.1 ¿Porqué estudiar la responsabilidad subjetiva presente en un proceso terapéutico?52	
8. ANÁLISIS.....	54
9. CONCLUSIONES .....	66
10. DISCUSIÓN .....	69

## ÍNDICE DE TABLAS

1. Programa de los doce pasos para la recuperación.
2. Contrastes fundamentales entre el acercamiento profesional y aprofesional que caracteriza a los grupos de autoayuda.

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación apunta a comprender la responsabilidad subjetiva implicada en tres modelos de tratamiento: Comunidad terapéutica, Grupos de Autoayuda y Modelo Teoterapéutico, a partir de una revisión bibliográfica que permitió plantear cuatro categorías literarias que permitieron definir la noción de adicción, la idea de ayuda, los métodos y la efectividad de las comunidades.

Son muchos los estudios que se han realizado sobre la adicción a SPA, entre estos se encuentran amplias líneas de investigación que dan cuenta de los índices de consumo de SPA, el consumo de SPA en adolescentes, las principales sustancias que se consumen y la frecuencia con que las personas lo hacen. Esta información permite tener un panorama no muy alentador sobre la situación actual de consumo, llegando a considerar con ello que ésta es una de las problemáticas más abordadas por diversas áreas de conocimiento, como la psicología, psiquiatría, medicina, antropología, ciencias políticas, entre otras que han buscado abordar esta temática.

Sin embargo, son pocos los estudios que han buscado comprender los principales modelos de rehabilitación a través de las categorías que definen su funcionamiento. Con esta revisión se pretende aportar al debate que se genera sobre la forma en que estos tratamientos llevan al sujeto adicto a asumir una postura reflexiva frente a su proceso de rehabilitación, desde las bases conceptuales y características metodológicas que induce el propio modelo; en esta revisión esto se entiende como *responsabilidad subjetiva* (Restrepo, 2008), planteamiento que permite comprender a la posibilidad que tiene el sujeto de

construir nuevas alternativas ante una condición en la cual ha dejado de conducirse por su propia voluntad para asumir el objeto droga como el principal objeto por el cual se encauza.

De allí, en el presente estudio se realiza la pregunta que permitirá identificar ¿cuál es la responsabilidad subjetiva implicada en tres modelos de tratamiento terapéutico, grupos de autoayuda y modelo teoterapéutico?, procurando además una reflexión sobre la importancia de aquello que se le devuelve al sujeto en un proceso de rehabilitación en adicción.

No obstante, en la búsqueda de la respuesta a la pregunta de interés del siguiente estudio, hay una aproximación apenas cercana al el eje principal de la investigación; sin embargo, la información recolectada, los análisis y conclusiones, permiten abrir las puertas a la reflexión del ejercicio psicológico en dichos procesos de rehabilitación.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio nace tras interrogarse por aquellos procesos de rehabilitación que se han diseñado para atender a la población que consume sustancias psicoactivas, y primordialmente por la responsabilidad que le otorga el modelo de tratamiento al sujeto suscrito en dichos procesos. Entendiendo que el consumo de SPA es un tema de interés prioritario dentro de las políticas internacionales y específicamente para Colombia, lo cual se ve reflejado en los presupuestos anuales, estadísticas e impacto social, por ende el Estado direcciona las intervenciones a la lucha contra la comercialización, tráfico y consumo, generación de proyectos de ley, campañas de promoción y prevención, entre otros.

Aun así, el consumo cada vez es más alto, tal como lo revelan los medios de comunicación, estadísticas y estudios. Por ejemplo la investigación realizada por el Ministerio de protección social (2008) y el informe realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2011), donde la marihuana es la droga con el más alto nivel de consumo; en el departamento del Valle del Cauca el 8,2% de la población indica haber consumido marihuana alguna vez en su vida.

En este sentido, pensaríamos que tras los índices en materia del consumo, las acciones encaminadas para abordar este tema se fundamentarían en la atención integral de los sujetos, como lo menciona la ley No. 1566 de 2012 que plantea lo siguiente:

Artículo 2°, atención integral. Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral



por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos.

Podríamos decir, que hoy día el diseño de las políticas públicas está dirigido a la promoción, prevención y erradicación del consumo de drogas más no a la atención y por ende a las necesidades particulares que demandan los sujetos que requieren tratamiento.

A raíz de esto, es de útil importancia indagar desde la psicología por la responsabilidad subjetiva en los tratamientos de rehabilitación, como elemento que permitirá en el sujeto que consume organizar una posición distinta frente a la droga, hecho que se da mediante una acción responsable del sujeto obteniendo ya sea la disminución o erradicación del consumo. Así pues la disciplina psicológica hace un llamado a comprender las particularidades que el sujeto demanda para así examinar las motivaciones o razones de su comportamiento y, más aún, si dicho comportamiento requiere una orientación que contribuya al mejoramiento de su calidad de vida. De esta forma, este estudio busca comprenderla responsabilidad subjetiva inmersa en el modelo Comunidad terapéutica, Grupos de Autoayuda y modelo Teoterapéutico.

Por lo tanto, la pertinencia de la realización del presente estudio se gesta debido a las pocas investigaciones enfocadas en el análisis de los modelos de rehabilitación y más aún en la relevancia que dichos modelos puedan tener al momento de otorgar al sujeto la responsabilidad ante su proceso de rehabilitación, y que esto establezca un precedente una vez se piense el diseño y las formas de intervención en los tratamientos de rehabilitación a sustancias psicoactivas, que movilicen la reflexión desde el ejercicio psicológico sobre la

importancia del sujeto y de su padecimiento, una vez se implemente o se desarrolle un modelo de tratamiento para rehabilitación a SPA.

Pensar en la relevancia social que hoy día constituye el consumo de SPA tanto para los sujetos que lo padecen como para otros agentes inmersos en el tema, debería constituir nuevos interrogantes orientados al fortalecimiento de los tratamientos de rehabilitación desde una perspectiva que integre al sujeto como protagonista de su proceso y por ende de aquello que se le brinde. Es decir que las intervenciones tanto de las instituciones como de las políticas diseñadas, vayan más allá de la prevención y la promoción de programas para así pensarse al sujeto garante de su propio proceso, propendiendo no solo por la eliminación del consumo, si no de la integridad y fortalecimiento de la calidad de vida del mismo.

### 3. ANTECEDENTES

#### *3.1 Una aproximación contextual al consumo de SPA*

El consumo de sustancias psicoactivas constituye una de las cuestiones más relevantes dentro de nuestra sociedad. Es una fuente de preocupación para el estado debido a su expansión, por lo tanto, el estudio de diferentes problemáticas asociadas al consumo resulta ser una demanda constante para diferentes contextos. Desde ésta premisa, algunas investigaciones se han enfocado en comprender las razones o motivaciones, por las cuales el sujeto consume y cómo éstas tienen repercusión en las dinámicas sociales y calidad de vida de las personas.

Una de las investigaciones más representativas en el país fue la realizada por parte de la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) y el Ministerio de Protección Social Colombia 2008<sup>1</sup>. Esta investigación hace un acercamiento a los índices de consumo; los resultados obtenidos permiten visualizar que cerca de la mitad de la población colombiana, utiliza frecuentemente sustancias legales como el cigarrillo y el alcohol, además, no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas relacionados al abuso de dichas sustancias. También, el 10% de la población ha usado sustancias ilícitas alguna vez en la vida y alrededor del 3% lo hicieron en el último año, destacando que el porcentaje de consumo es mayor en los hombres que en las mujeres, y el promedio de edad con más prevalencia de consumo ilícito es de los 18 a 24 años de edad, siendo las sustancias ilícitas más consumidas son la marihuana, la cocaína, éxtasis y el bazuco.

---

<sup>1</sup>Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, Dirección Nacional de Estupefacientes DNE y el Ministerio de la Protección Social MPS.

En cuanto a la problemática que se genera con los niveles de consumo la mayoría de acciones del Estado se ha orientado a promover programas de prevención en las escuelas, familias, etcétera. Sin embargo, es innegable que mientras funciona la prevención se requiere un proceso de atención a los sujetos que se encuentran en fase de adicción, ya que la demanda es cada vez mayor. Ante esta situación es necesaria una atención que vaya más allá de un proyecto de ley o política institucional, que propenda por el bienestar de aquellos que padecen a causa de las SPA.

Así, pues, la anterior información permite contextualizar el panorama del uso de las sustancias psicoactivas en Colombia, señalando la clara tendencia al aumento del consumo a nivel nacional. Además del alarmante hecho de la iniciación en el consumo en edades tempranas, esto representa un problema mayúsculo en la estructura de la sociedad del país. Cabe resaltar que esta tendencia es marcada en la mayoría de los países del mundo, como lo señalan los estudios realizados a nivel mundial en este tema, en el caso de lo evidenciado en el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2012).

El diagnóstico, evidencia la pertinencia del desarrollo de estudios encaminados al análisis de las intervenciones en los procesos de rehabilitación, en los que se puedan identificar los factores que producen la baja eficacia de estos modelos en la reducción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Por estas razones, el consumo y los diferentes procesos de intervención y rehabilitación, se convirtieron en el centro de diferentes estrategias sobre los mecanismos de acción, que nuestro país debería afrontar para asumir dicha problemática. Por ejemplo, un estadounidense especialista en drogas, considera que la despenalización para Colombia,

había sido un gran paso que va en contravía de las políticas fallidas de prohibición en EE.UU. Sin embargo, este hecho no se ocupa de algunos daños graves, como lo son el aumento de consumo y la elevación de los índices de violencia entre otros (Semana, 2012). Esto sugiere tentativamente la necesidad de deber penalizar la droga nuevamente. Sin embargo, este hecho abrió interrogantes sobre qué hacer con aquellos sujetos que padecen una adicción en una sociedad en la que no hay libre consumo.

Así pues, las posturas sustentadas en que el adicto sea tratado como enfermo, actualmente desencadenan múltiples opiniones e inconformidades. El Estado, por su parte, crea la política de atención al consumo de sustancias psicoactivas en lo establecido por la ley No. 1566 (2012) en la que se plantea que:

Artículo 1. Reconocimiento. Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (p.1)

No obstante, uno de los proyectos de ley que actualmente toma relevancia dentro de los debates del Estado es el 239 de 2008, en el que:

Se califica la adicción a sustancias psicoactivas o psicoadictivas ilícitas como enfermedad ruinosa, catastrófica o de alto costo, se decretan disposiciones

sobre la atención a drogadictos por el Sistema de Seguridad Social y se crea el certificado de Conformidad “Entidad Libre de Drogas.

Entendiendo que en nuestro contexto, las enfermedades ruinosas o catastróficas según la Resolución 5261(1994), son aquellas enfermedades que conforman una alta complejidad en su manejo y alto costo, dentro de las cuales se encuentran la quimioterapia y radioterapia para el cáncer, pacientes con VIH, trasplante renal, entre otras. Estas, a su vez constituyen un detrimento en la calidad de vida de quien la padece e implica en la mayoría de los casos un manejo de por vida.

En este sentido, la inclusión de los tratamientos para las adicciones a SPA en el Plan Obligatorio de Salud, POS en adelante, como una enfermedad de nivel IV, no presenta ninguna claridad en la finalidad ni efectividad. Prueba de ello es la escasez en materia estadística sobre la existencia de escenarios para cubrir la atención a personas en condición de consumo, así como tampoco hay algún tratamiento efectivo donde se puede estimar el tiempo promedio, tiempo de duración y la viabilidad financiera, para hacer frente a las terapéuticas necesarias de la población que requiere atención.

Estas iniciativas por parte del Estado están enfocadas en la erradicación del consumo y la inclusión generalizada de los consumidores de drogas en programas de tratamientos incluidos en el POS. Esto refleja una deficiencia, debido al bajo nivel de especialización de los tratamientos, que deberían ser encaminados a las necesidades individuales que demanda de manera especial cada sujeto.

Los ordenamientos del sistema de salud, muestran que la oferta de programas de atención a personas en fase adictiva es precario. No obstante, los procesos de rehabilitación

existentes en nuestro contexto han contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, por consiguiente en los resultados encontrados por el Ministerio de protección social(2010) en la encuesta nacional de Sustancias Psicoactivas en adolescentes en Conflicto con la Ley, realizada por el ICBF y el DNE en el 2009, se identifica que del total de los adolescentes que se incorporan a procesos de rehabilitación, un 46% reinciden, mientras que el 55% obtiene algunos logros. Estas cifras llevan a pensar en los efectos positivos que permite el diseño de los programas de intervención.

Estamos frente a uno de los temas más complejos dentro de las problemáticas de salud pública. Esta problemática requiere movilizaciones a nivel económico y logístico, ya que se considera que el Estado no tiene la capacidad de suplir de manera satisfactoria los tratamientos y demandas relacionadas con la inclusión del adicto como un paciente dentro del ya deficiente sistema de salud colombiano.

Se habla entonces del consumo de sustancias psicoactivas como un tema muy tratado y preocupante, pero cuando los intereses frente a esta población se direccionan a los programas y metodologías para abordar el tema, la escasez de información y estadísticas sobre la efectividad de tratamientos para las adicciones en Colombia se hace apremiante, lo cual nos ayuda a pensar ¿cómo podría articularse una ley de salud mental para tratamientos en la adicción al SPA?, cuando aún no se puede visibilizar un panorama sobre la pertinencia de dichos tratamientos y el lugar que tiene el sujeto en estos. Abordar esta temática desde el desconocimiento no sería una acción elocuente para el Estado, ya que la inversión de dinero en el sistema de salud para la atención de esta problemática no sería segura antes de saber si los procesos y programas de rehabilitación son efectivos o no.

Con respecto al panorama a nivel mundial sobre el consumo de SPA, se encuentra que en el informe realizado por Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012), presenta el siguiente panorama de consumo.

El consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales del 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas.

(p.1)

Según Gómez (2012), las consecuencias que puede tener el asunto de las drogas frente a la salud, no son únicamente las centradas en el adicto y sus repercusiones, si no que uno de los problemas más relevantes son los referidos a los índices de violencia, peligrosidad en las ciudades y guetos, ocasionados por la presencia de expendios y consumidores ávidos en la calle por conseguir sustancias ilícitas. Por consiguiente, esta realidad muestra que los tratamientos ofrecidos, posiblemente no son los mejores, pues las falencias en materia de costos y efectividad son notables; en cuanto a la realidad colombiana, se puede encontrar que los recursos ofrecidos para atender y cubrir a la población por adicción siguen quedando en una idea ilusoria de “salud integral para todos”.

En cuanto a los programas que se han ofrecido a nivel nacional para la rehabilitación en consumo de SPA, se puede apreciar que existen tratamientos con diferentes propósitos y orientaciones, como lo menciona Hernández (citando al Ministerio de Protección social, 2010) al plantear que.



El Ministerio de la Protección Social realizó un diagnóstico situacional de centros de atención de drogadicción (CAD) en 2004 (66), y encontró que 357 programas ofrecían servicios de desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social y laboral en 23 de los 32 departamentos del país; la mayoría de ellos, según el modelo de comunidad terapéutica y residencial, seguido por los programas de teoterapia, y estaban concentrados principalmente en Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca y Risaralda; en departamentos con alta prevalencia de consumo, por otra parte, no había mayor oferta de tratamientos. (p.160)

Así pues, se puede notar que la concepción de los tratamientos y las políticas frente al tema del consumo de sustancias psicoactivas, están encaminadas hacia la prohibición del acceso del sujeto frente al objeto droga según lo sustenta Velosa (2009), en tanto que los programas de prevención tienen como objetivo la eliminación del consumo, acompañado de discursos moralistas frente a las conductas no aceptadas por la sociedad, tratando así de reintegrar a las personas a las dinámicas socialmente aceptadas, contribuyendo así al mejoramiento en la calidad de vida del sujeto.

### **3.2 *Revisión de antecedentes***

En el presente apartado se pretende dar cuenta de una revisión bibliográfica sobre las orientaciones metodológicas y la efectividad de los tratamientos en adicción a SPA, en el caso de la comunidad terapéutica, grupos de autoayuda y teoterapéutica. Es pertinente reconocer que los problemas que se derivan del consumo de sustancias psicoactivas son

múltiples y causantes de diversas problemáticas en la sociedad actual, a causa de esto los diferentes modelos han asumido el sujeto que participa de este proceso de rehabilitación desde una perspectiva diferente, siendo la orientación de estos modelos la que guie los procesos de acompañamiento del sujeto en situación de adicción.

En cuanto a la *comunidad terapéutica*, se considera como una de las mejores medidas dentro del campo de salud mental, puesto que a partir de esta perspectiva es posible realizar un acompañamiento del sujeto de manera individual y en comunidad. En cuanto a las perspectivas teóricas de estos estudios se sustenta que los programas de atención basados en la psicoterapia tienden a corresponder principalmente con terapias conductuales, sin embargo también se llevan a cabo abordajes desde la perspectiva del aprendizaje social, psicodinámica, teoría del desarrollo y teoría evolutiva de las adicciones, como lo plantean (Murcia & Orejuela, 2015; Sánchez, Gradolí & Morales, 2004; Vargas, Jimenez & Redondo, 2015).

Por otro lado, los estudios realizados desde esta perspectiva han hecho indagaciones con el fin de comprender los objetivos de las intervenciones realizadas por profesionales en este campo hacia los sujetos que se encuentran en situación de adicción, encontrando que la principal orientación metodológica de este modelo está en la terapia individual y grupal.

Los estudios alrededor de este modelo se han orientado en calcular los índices de consumo, las principales causas de consumo, las veces que los pacientes asisten a consultas psicológicas especializadas, las recaídas que han tenido durante el proceso de recuperación y la deserción de los programas de atención. En este sentido el estudio realizado por Vargas et al(2015) encontró que durante estos procesos se encuentran cambios significativos

relacionados con deserción de los sujetos en la atención psicológica, otros efectos de estos procesos se presentan ante las reacciones causadas por la sustitución de los opioides, mencionando también que para estas comunidades es fundamental el lugar que tienen las entidades gubernamentales en el apoyo a estas comunidades para la prestación de sus servicios en la salud pública.

La metodología del modelo terapéutico conduce a los sujetos a procesos de atención psicoterapéuticos que buscan un cambio a nivel social y psicológico; en esta línea de pensamiento Galaviz(2015)justifica que estos programas de atención son predominantes porque tienen gran relevancia y presencia en diferentes contextos. Aunque se reconoce que en este modelo se emplea el uso de medicamentos, la base de toda intervención se encuentra en la escucha y el diálogo, como se sustenta en el estudio realizado por Fiestas & Ponce (2012), que buscó llevar a cabo una revisión sistemática de la eficacia de las comunidades terapéuticas.

En cuanto a la eficacia de las CT, se encuentra que estos procesos dependen principalmente de la decisión del sujeto de mantenerse constante en el proceso, gracias a la producción de recursos evidenciando allí algo de la responsabilidad subjetiva, que se moviliza en los sujetos que logran sostenerse dentro de estas comunidades, para asumir estilos de vida saludables, esto sin dejar de reconocer que las recaídas o el Craving (*un deseo muy fuerte de consumir*) pueden presentarse como eslabones durante este proceso (Sánchez et al, 2004).

Respecto a los *grupos de autoayuda*, se encuentra que estos se conforman en relación con un interrogante sobre la situación de las personas después de que recibían un alta

hospitalaria a causa de la adicción, en tanto que, en el momento de regresar al escenario cotidiano, el sujeto se encuentra expuesto al contexto en el que adquirió la adicción. Por lo tanto, el concepto de ayuda mutua resulta significativo en estos espacios, ya que permite la posibilidad de confiar en otro que además se ha encontrado en una situación de consumo.

La principal orientación metodológica de este modelo consiste en el proceso de los 12 pasos, que establece un conjunto de situaciones a seguir por el sujeto en condición de adicción, esta orientación posibilita una interacción más cercana en la que el sujeto construye una relación de dialogicidad con otro, lo que le permite sentirse acogido ante su situación. Respecto a ello, Pascual (2009) sustenta que “este sistema sirve para analizar los déficits, buscar soluciones, compartir vivencias, penas, alegrías, compromisos y afianzar la abstinencia, de unos con otros” (p.125).

Los estudios realizados alrededor de este modelo se han orientado a comprender la forma en que se reproduce el modelo de los 12 pasos y los grupos de autoayuda para enfrentar otras adicciones, como es el caso de la comunidad de Alcohólicos Anónimos, quienes han llevado a cabo estudios con el fin de identificar que al emplear este método es posible “ayudar a los pacientes a aceptar tratamiento y mantenerlos en el mismo durante más tiempo, por lo que reduce la dependencia al alcohol” (Ferri, Amato & Davoli citados por Pascual, 2009, p.126).

En el caso de los estudios encontrados, en cuanto a la rehabilitación en los grupos de autoayuda, está el realizado por Espin (2014), en el cual se puede identificar que la orientación metodológica de los grupos de autoayuda, en el caso de Narcóticos Anónimos (NA), se llevan a cabo mediaciones, prácticas y estrategias que permiten un proceso de

recuperación de la persona. Estas se han creado con el fin de atender a los sujetos en adicción más allá de una perspectiva legal o médica, considerando que la atención a personas en situación de consumo se lleva a cabo principalmente por parte de psicólogos o psiquiatras en la mayoría de los casos.

Sin embargo, es necesario considerar que las dinámicas de este modelo se organizan de manera diferente en relación con el modelo terapéutico, pues el grupo se encuentra orientado por personas que no tienen formación académica en adicciones. Por su parte, se ha creado en esta perspectiva la figura de un padrino que se encarga de guiar a los miembros de grupo, este es quien establece la comunicación entre la comunidad de NA y las personas que se incorporen al tratamiento.

Hay que mencionar, además, que en la comunidad de Narcóticos Anónimos se considera que las personas pueden alcanzar un proceso de recuperación a su adicción, no de cura, en tanto que la adicción se considera de la siguiente manera, “proceso en el cual el sujeto se apega al consumo continuo de alguna sustancia en particular; tal adhesión dificulta al individuo expresarse de forma integral en casi todos los aspectos de su vida” (Espin, 2014, p.100). En esta definición se comprende la adicción como una enfermedad de la cual el sujeto se puede recuperar y la principal acción para ello es adquirir nuevamente la posibilidad de decidir que en algún momento se había perdido a causa de la droga y encauzar sus intereses hacia una nueva orientación, para llegar a ello es necesario que la persona asuma su rol de adicto, por medio de ello reconstruirá sus prácticas.

Por lo que refiere al estudio llevado a cabo por Pulido, Moyers & Martínez (2009), en el cual se tomó una muestra de grupos de autoayuda en México, dada su gran proliferación en

el país, se encontró que una de las características fundamentales de estas metodologías es que realizan abordajes basados en el principio de anonimato, lo que es considerado por esta comunidad como “la base espiritual de todas las tradiciones” (p.131).

Dicho lo anterior, esta indagación recopiló información acerca del tratamiento, funcionamiento y efectividad de los grupos de autoayuda, encontrando que el carácter anónimo puede ser un limitante para esta comunidad ya que no hay una divulgación de los procedimientos que se llevan a cabo. En este estudio también se encontró que hay falencias, tales como altos índices de maltrato físico, emocional y que se tratan problemas que no están relacionados con las adicciones.

Respecto a la *comunidad Teoterapéutica*, se encuentra que es una de las formas de tratamiento con una orientación metodológica que se diferencia de los modelos mencionados anteriormente puesto que en el centro de este proceso se encuentra la creencia en Dios y la idea de espiritualidad surge como el fin para hallar la forma de recuperarse de la adicción.

En el estudio realizado por Mendes & Souza (2015), se sustenta que por medio de la espiritualidad se puede encontrar la posibilidad de mejorar la calidad de vida, repercutiendo esto en la salud mental de la persona. Ya que este modelo de rehabilitación impulsa la educación en valores como la espiritualidad, responsabilidad, honestidad y amor. En esta investigación se indagó sobre el papel de las comunidades teoterapéuticas en la recuperación y rehabilitación de adictos, desplegando estrategias de recuperación como la evangelización. El uso del recurso moral es fundamental puesto que consumir SPA

representa la lejanía con Dios, por lo tanto, la recuperación representa una aproximación con él.

En cuanto a las investigaciones realizadas en esta perspectiva se encuentra que Florez & Posso (citados por Murcia & Orejuela, 2014), han revisado diferentes estudios en los que dan cuenta de que los elementos claves para el desarrollo de este tratamiento son “fe religiosa, el apoyo, la presión positiva y bienvenida ofrecida por el grupo, la oferta de reconstruir sus vidas con apoyo incondicional y la alianza creada con los líderes religiosos” (p.162)

En relación con la efectividad de los tratamientos, resulta necesario comprender que los modelos proponen metodologías diferentes para los procesos de recuperación, en este sentido la rehabilitación dependerá también de la disposición del sujeto, es decir, asumir un grado de responsabilidad subjetiva frente a su situación de consumo y una acción responsable para su mejoría. En cuanto a las formas de evaluar la eficacia de los procesos de rehabilitación, se ha utilizado los ensayos clínicos controlados, en otros casos la obtención sistemática de la conducta de la persona, a través de grupos de control y comparación, con el fin de realizar seguimientos antes, durante y después del tratamiento.

Con el fin de comprender el lugar que tiene la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias Parra, Padilla, López, Rodríguez, Martínez & Martínez (2011) plantean que hay ciertas condiciones que deben cumplir estos modelos para llevar a cabo el proceso de rehabilitación, entre estas se debe tener en cuenta que hay tratamientos diferentes y en esta medida se debe buscar el más apropiado para cada persona, se deben abarcar las necesidades que tenga el sujeto en situación de adicción, los

programas de rehabilitación se deben evaluar frecuentemente y en caso de hacer cambios se deben ejecutar y por último el tratamiento se debe llevar a cabo por decisión propia, siendo esta última una condición necesaria como factor de motivación para iniciar un proceso de rehabilitación, según lo sustentan Acosta(2011), Marina (2001), Eslava, Brands, Adlaf, Giesbrecht, Simich& Miotto(2009) y Medina & Rubio (2012)

Por consiguiente, en la presente revisión bibliográfica se realizó una búsqueda de información que permitió comprender los tres modelos de rehabilitación. Se encontró en esta revisión que los estudios están principalmente enfocados en comprender las orientaciones de los programas, los índices de consumo y la prevalencia en los programas de las personas en situación de adicción. Teniendo en cuenta esto, para generar reflexión sobre la forma en que se han configurado las metodologías para la rehabilitación de sujetos adictos, es necesario comprender la responsabilidad subjetiva que hay en estos modelos, en tanto la posibilidad que tiene el sujeto de asumir una postura activa frente a su proceso de rehabilitación.



#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Actualmente, las sustancias psicoactivas constituyen uno de los temas con mayor relevancia dentro del ámbito social. Por ende, encontramos en la literatura en psicología estudios orientados a tratar de comprender las causas y consecuencias de por qué el sujeto usa las sustancias psicoactivas y éstas a su vez deterioran su calidad de vida. Tema del cual el presente estudio no ocupa su principal interés.

En dicha revisión bibliográfica desde la psicología, también encontramos al menos dos perspectivas de intereses: la primera se enfoca en analizar las causas del consumo; la segunda en el estudio de la eficiencia de los tratamientos de rehabilitación, reflejada en estadísticas que en la mayoría de los casos señalan el porcentaje de sujetos que logran recuperarse, las recaídas y la deserción.

Algunos estudios, como el realizado por Castro (2013), mencionan que el tiempo de los tratamientos se ha institucionalizado, y hoy por hoy dichos tratamientos han quedado en manos de las instituciones siendo ellas las que definen su duración, sustentando que:

Son las empresas las que deciden sobre la duración de los tratamientos, su frecuencia y sus métodos, desconociendo con ello los tiempos singulares del paciente, de su padecer, así como del juicio clínico del profesional sobre los aspectos que deben orientar un tratamiento. (p.83)

Por lo tanto, en este momento existen políticas de Estado que reconocen el consumo de SPA como una enfermedad, y esto permite a su vez que el consumo de SPA y sus tratamientos sean incluidos en el plan obligatorio de salud POS, significando un asunto de responsabilidad estatal el ocuparse en comprender qué es lo que sucede en los tratamientos

y en poder medir la eficacia de los mismos, para contribuir al bienestar de los ciudadanos enfermos de dicha patología.

En este sentido, es labor pensar cómo en instituciones que han estado al margen de las políticas públicas y que funcionan principalmente bajo la modalidad de ayuda ciudadana, alternativas de beneficencia, iniciativas por parte de personas bondadosas, caritativas o rehabilitados con ánimo de ayudar a otros, logre conocerse lo que se está haciendo y de qué forma llegar a un plano de mayor certeza sobre el curso de los tratamientos, una vez comprendido en qué consisten sus metodologías, intereses y la posibilidad verdaderamente de impactar en el tratamiento de los sujetos suscritos.

De esta manera, la mayoría de tratamientos se consideran eficientes cuando un sujeto logra dejar la droga o disminuir su consumo, por lo que el énfasis del tratamiento pareciera estar colocado en la droga misma y no en el sujeto que deja de consumir. No obstante, desde la psicología sabemos que es una acción responsable del sujeto que consume, está en poder organizar una posición distinta frente a la droga, ya sea que se disminuya el consumo o deje de hacerlo. Entiéndase por responsabilidad, según la RAE la “capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente”.

Podríamos entonces señalar que toda condición en un tratamiento de adicciones, que no dependa de la acción de una nueva droga o una acción quirúrgica (como lo son los demás tratamientos en salud), busca palear el problema de la droga que requeriría de una acción del sujeto sobre su conducta. En este sentido, esta revisión se dirige a comprender la responsabilidad subjetiva, en estos tres modelos de tratamiento, la Comunidad terapéutica,

Grupos de Autoayuda y modelo Teoterapéutico, siendo la responsabilidad subjetiva según Restrepo (2008), lo que permite al sujeto que acude a estos espacios de rehabilitación encontrar una vía resolutiva frente a aquello que le aqueja.

Así, pues, es importante entender qué es lo que en realidad posibilitan estos modelos en función de mover algo, de devolver algo en la responsabilidad subjetiva de las personas que atienden, más allá de las diferentes técnicas, metodologías o formas de abordaje que emplean. Por esto se plantea el siguiente interrogante **¿Cuál es la responsabilidad subjetiva implicada en tres modelos de tratamiento Comunidad terapéutica, Grupos de Autoayuda y Modelo Teoterapéutico?**

Por lo tanto, la búsqueda alrededor de la responsabilidad subjetiva se hará tras revisar los elementos centrales del modelo, es decir, la noción de adicción para validar si en dicha noción hay algo más que la consideración del objeto de la droga y no al sujeto que consume, la idea de ayuda en la manera en que el modelo instala la posibilidad de ayudar, de hacer terapia, de conseguir algo en el sujeto, en el método, entender como la metodología empleada le devuelve o no responsabilidad al sujeto sobre su consumo y finalmente revisar la efectividad, en términos de como se espera la mejoría.

## 5. OBJETIVOS

### *5.1 Objetivo General*

Comprender la responsabilidad subjetiva implicada en tres modelos de tratamiento: Comunidad terapéutica, Grupos de Autoayuda y Modelo Teoterapéutico, a partir de una revisión bibliográfica.

### *5.2 Objetivos Específicos*

- Definir la noción de adicción en la Comunidad terapéutica, los Grupos de Autoayuda y el Modelo Teoterapéutico.
- Identificar la idea de ayuda en la Comunidad terapéutica, los Grupos de Autoayuda y el Modelo Teoterapéutico.
- Describir los métodos empleados por la Comunidad terapéutica, los Grupos de Autoayuda y el Modelo Teoterapéutico.
- Inferir cual es la efectividad de la Comunidad terapéutica, los Grupos de Autoayuda y el Modelo Teoterapéutico.

## 6. METODOLOGÍA

La presente investigación se configura a partir de una revisión teórica de las principales características de tres modelos de rehabilitación en consumo de SPA, con el fin de comprenderla responsabilidad subjetiva que se asume por el sujeto adicto en el tratamiento de rehabilitación a sustancias psicoactivas como los son la comunidad terapéutica, los grupos de autoayuda y el modelo teoterapéutico, dado que la mayoría de investigaciones sobre las sustancias psicoactivas se orienta al consumo, causas y consecuencias, pero con poco rigor se realizan estudios del lugar del sujeto dentro de dichos procesos de rehabilitación.

El procedimiento que se llevó a cabo, consiste en una revisión de antecedentes bibliográficos sobre esta temática, posteriormente se consideró necesario contextualizar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto colombiano y las políticas de atención que actualmente se han diseñado para atender a los consumidores. Lo cual refleja que el diseño de estas está principalmente centrado en la promoción, prevención y mitigación de la existencia de sustancias, más no es tan clara en materia de atención, pues hoy por hoy contamos con un estudio a nivel Nacional del año 2008 frente a la realidad actual, que cada vez más revela incrementos en el consumo.

Como segunda medida, se indagaron las diferentes teorías existentes sobre el modelo de comunidad terapéutica, los grupos de autoayuda y el modelo teoterapéutico, para realizar una caracterización e identificar sus metodologías, formas de intervención y modos de evaluación, buscando con ello comprender la responsabilidad subjetiva que se asume durante el proceso de rehabilitación en estas modalidades. En este sentido y con el fin de

afianzar la información teórica encontrada, se acudió al discurso de expertos que trabajan actualmente en instituciones con esta modalidad o que han tenido experiencia en la misma, lo cual permitió contrastar los referentes teóricos encontrados con las vivencias de estos profesionales.

Para obtenerla información de dichos expertos, se indagaron instituciones que operan los modelos objeto de investigación y posterior contacto telefónico para concertar una entrevista presencial; dicha entrevista semi-estructurada, permitió dar cuenta de la noción de adicción, las metodologías, evaluación y la efectividad de los programas.

Tras los hallazgos, tanto teóricos como de experiencias, se realizó la caracterización de la información de cada uno de los modelos desde las siguientes categorías, noción de adicción, idea de ayuda, método y efectividad. Las cuales han sido definidas de la siguiente manera:

**Noción de Adicción:** Lo que el modelo ha considerado como adicción para así pensarse el sujeto que atiende.

**Idea de Ayuda:** La forma en que el modelo instala la posibilidad de ayudar, hacer terapia.

**Método:** Herramientas, técnicas y metodología de intervención del modelo.

**Efectividad:** Lo que el modelo espera que pase en el sujeto después de su intervención.

Lo anterior permitió clasificar la información para posterior análisis general en relación con la categoría de responsabilidad subjetiva.

## 7. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se abordó la revisión conceptual de las categorías que permitieron el análisis de los tratamientos de rehabilitación en consumo de SPA. Dicha revisión tuvo dos componentes, el primero comprendido en la revisión literaria, incluso facilitada por algunas de ellas y un segundo componente referido a lo profesional, es decir, una fuente de profesionales que han trabajado en ellas, para lo cual se entrevistó al psicólogo Diego Castañeda de la Fundación Claret y experto en la Comunidad terapéutica, David Ortigón, psicólogo de Aldeas Infantiles experto en Grupos de Autoayuda y Camilo Alvarado, director de fundación Taller del Maestro y experto en el modelo Teoterapéutico. Lo anterior se realiza entendiendo que varios de estos modelos no obedecen a un carácter institucionalmente claro ni se configura un tratamiento formal, por lo cual fue necesario acudir al discurso de los profesionales que han tenido experiencia en ellas.

El proceso llevado a cabo posibilitó la comprensión de elementos clave de cada tratamiento en adicción a SPA, en cuanto al surgimiento de cada comunidad en términos del contexto histórico, las principales características del modelo, los métodos empleados en la comunidad y la forma en que se concibe el proceso de recuperación en adicción; de igual modo, se planteó la categoría de Responsabilidad subjetiva para comprender la forma en que a través de estos modelos es posible construir una noción de responsabilidad, siendo ésta asumida por el sujeto frente al tratamiento de rehabilitación.

### **7.1 *Revisión del modelo comunidad terapéutica (CT)***

Explorar los postulados teóricos, contextos y escenarios donde los modelos de rehabilitación tienen protagonismo permitirá realizar un acercamiento a las dinámicas que allí se establecen, para reconocer aspectos relevantes de las construcciones metodológicas y tratar de comprender el constructo de sujeto que se piensa.

El término de comunidad terapéutica (CT en adelante), se origina en una modalidad de tratamiento de salud mental con ex combatientes de la segunda guerra mundial, esta denominación tomada por el Dr. Maxwell Jones, psiquiatra inglés, que utilizó por primera vez hacia 1952. Este psiquiatra logró que tanto médicos y pacientes participaran de actividades diarias mediante asambleas, involucrando características desde una visión holística del hospital como la actitud permisiva, incrementando la participación de los pacientes de forma activa, promoviendo dinámicas de interacción con los equipos médicos y sus pacientes, logrando así la ampliación de la base de la terapia y la rehabilitación, según lo plantea Goti (2000).

No obstante, aunque la mayoría de revisiones teóricas de las CT denotan sus orígenes en salud mental, la retrospectiva de la historia de las mismas remonta a grupos de alcohólicos anónimos, asociación cristiana de jóvenes, la reforma protestante y ciertos grupos cristianos. Sin embargo, actualmente se fundamentan en modelos médicos y psiquiátricos. Según Goti (2000) estos espacios se constituyeron por ex adictos y alcohólicos rehabilitados, quienes participaban en sus propias terapias durante reuniones de garaje o residenciales buscando reducir el consumo de drogas. Así, estas prácticas fueron adoptando elementos institucionales e incorporando profesionales y dando relevancia a las



experiencias de sus integrantes. Ahora bien, la palabra terapéutica proviene del griego “therapeutikos”, que significa cambio, y “comunidad” se define como “aquel grupo de personas que se unen para alcanzar uno o varios objetivos que por sí solas no podrían o les sería muy difícil cumplir” (Pérez, 2010, p.145.)

A su vez, frente al concepto, Becoña & Cortes (2008) dirán que las CT se definen como:

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

Por su parte, la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (2009) menciona que las CT son un modelo de trabajo y de vida, que busca acompañar al sujeto y otorgarle la capacidad de influir en su propio proceso, contribuyendo a la rehabilitación, recuperación y restauración. A su vez, considera como importantes contribuyentes al proceso terapéutico, aspectos como la familia y la red social, al igual que vivir y compartir en la comunidad, esto enmarcado en aspectos como el respeto, valores y derechos del ser humano, para propiciar un ambiente de solidaridad y fraternidad.

En esta misma medida, the National Institute on Drug Abuse (2012), el cual durante muchos años se ha dedicado a la investigación de enfoques y modalidades de prevención y tratamiento para el abuso de drogas, hoy para el caso de las CT menciona que las

comunidades se dan en entornos residenciales libres de drogas, y que incorporan un modelo jerárquico compuesto por tratamiento y etapas. De alguna forma, difiere de otros modelos de rehabilitación debido a la importancia que se le otorga a la comunidad, por encima de otros aspectos, ya que está compuesta por aquellos que integran el proceso de recuperación y los que brindan dicho tratamiento, por estas razones el modelo hace referencia a la comunidad como método.

Si bien hemos visto diferentes definiciones para comprender el concepto y aspectos fundamentales de las CT, se pensaría que estos son similares en cuanto a la información y descripción de las mismas. Por lo tanto, diríamos entonces que las CT operan bajo una modalidad residencial que integran una serie de elementos que van encaminados a fortalecer las conductas adaptables ante la sociedad, y eliminar aquello que aqueja, o por lo cual se acude a las CT. Se procura desde este modelo brindar a los sujetos una atención integral, fortalecida en los grupos de ayuda compuestos tanto por pares como por un equipo de profesionales, que contribuya al mejoramiento de su calidad de vida mediante la potenciación de hábitos y actitudes saludables que impliquen un cambio en su entorno social.

Así pues, las CT se orientan desde una premisa de reeducación y rehabilitación buscando la eliminación de la droga, tratando que aquellos sujetos procuren elaborar un proyecto de vida distinto, tomando “consciencia” de que tienen un “problema” o una “enfermedad”, para no solo dejar de consumir sino manejar un ideal de sobriedad libre de drogas. Esto sustentado en que “hubo algo en la vida del adicto, que cambió el rumbo de su vida y no pudo continuar un proyecto de vida por donde debería”<sup>2</sup>. Para esto, las CT

---

<sup>2</sup> Definición de la Orientación de las CT, según lo refiere el Ps. Diego Castañeda, de la Fundación Claret, de Cali.

utilizan terapias tales como terapia individual, de grupo, de confrontación, entre otras, que van encaminadas al manejo de un ideal de “deber ser” para “hacer”, aspectos que se reflejan en los alcances de los sujetos dentro del proceso que lleva en la CT, para que de esta forma logren tener una vida responsable y la capacidad de identificar riesgos externos, fortalecido desde el “hacer”.

Por su parte, Goti (2000) plantea que “actualmente el consumo de drogas agrupa una serie de elementos que enmascara, encubre, compensa y descompensa un problema a nivel familiar y personal” (p.25). Por lo tanto, aquellas personas que acuden a las CT pueden experimentar una drogadicción traumática que refiere al enfrentamiento que hace el sujeto a algún evento traumático por el que atraviesa o atravesó; la drogadicción por neurosis actuales, que en este caso hablaría de un conflicto activo que adquiere relevancia ante el conflicto infantil por el cual se ha construido la adicción; la drogadicción por transición, como el mecanismo de defensa del adicto adquiere una forma de transición con componentes tanto neuróticos, psicóticos, obsesivos depresivos o paranoicos. Por último se hace referencia a una drogadicción por problemas sociales, configurando aspectos como familias disfuncionales, problemas económicos o abandonos.

De esta forma, podría decirse que las CT se configuran desde diferentes aspectos, como por ejemplo las motivaciones, las demandas sociales y problemas estructurales. Lo cual adquiere una connotación de atención, buscando así una forma de ser orientado frente a aquellos aspectos que interfieren en su calidad de vida o la de sus familias. Estos aspectos se potencian mediante la atención del grupo interdisciplinar que conforman dichas comunidades, involucrando valores, objetivos y mecanismos de acción que permitan brindar a los residentes un acompañamiento, para así cumplir las etapas establecidas y tener logros frente a ellas.

Encontramos dentro de las etapas de la CT una etapa de admisión para evaluar el perfil de la persona, la cual puede llegar por voluntad propia o bajo presiones; se prefiere sea por decisión propia. Allí también empieza un proceso de adaptación a las dinámicas que ofrece la CT tanto con los demás residentes con sus filosofías y objetivos, que permitan al nuevo integrante ir adquiriendo cambios en aspectos internos y externos de su vida. Una segunda etapa es la del tratamiento y rehabilitación, en esta etapa se verán reflejados los procesos de crecimiento y cambio para el residente, la CT le habrá otorgado más responsabilidades que lo lleven a avanzar, aquí se potenciarán habilidades como aprendizaje, crecimiento laboral e irá reconociendo en conjunto con el grupo los logros adquiridos, teniendo la potestad de seguir avanzando o retirarse del proceso.

La tercera y última etapa se refiere a la reinserción, en la que el residente saldrá a enfrentar la realidad después de haber estado refugiado y acompañado, tanto por sus compañeros como por el equipo de profesionales. En esta etapa deberá asumir los nuevos retos que la sociedad demanda con las herramientas y logros obtenidos en la CT; esta se considera una de las etapas más difíciles, ya que el ex residente pondrá a prueba su compromiso, experimentando en libertad, alejado de cualquier mecanismo de control(Goti2000).

Estos procesos, determinados por etapas dentro de la CT, están encaminados a lograr que los residentes logren objetivos durante su estadía, permitiendo reincorporarse a la vida social. Dichos logros se reflejan en aquellas conquistas que antes no les fue posible obtener, motivo por el cual la CT brindará las herramientas y posibilidades que le permitirán al ex residente sostener sus vínculos y dinámicas en sociedad.

Dentro de las conquistas que reflejan las etapas, uno de los aspectos importantes es el conjunto de valores que se enfatizan, “estos son asumidos como algo implícito que se conquista en el transcurso del proceso, estos se deben cumplir para lograr preservar tranquilidad en las dinámicas”<sup>3</sup> así, pues, estos van tomando una forma adquisitiva, que se obtiene en la medida que el sujeto gana algo en el proceso y, de esta forma, si no lo alcanza pues se configura como una pérdida.

De acuerdo con las dinámicas que se establecen dentro de las CT, una de las figuras que representa los valores son aquellos educadores que alguna vez hicieron parte de la CT como residentes y, al terminar su proceso, vuelven a ellas para compartir sus vivencias y ayudar a los demás. Esto es una de las muestras significativas frente a lo que pueden alcanzar una vez han tenido conquistas en sus etapas, puesto que las CT asumen que los sujetos han tenido una deficiencia en sus valores, por lo tanto no saben lo que realmente tienen e ingresan a ellas para descubrirlo.

Actualmente, dentro de nuestro contexto regional, las CT trabajan con un modelo de intervención basado en la consciencia, mediante una técnica llamada meditación trascendental, la cual busca determinar el sujeto en función del problema que tiene y a partir de allí intervenir para que este problema ya no sea tal y, por el contrario, se convierta en una oportunidad de cambio. Este modelo se sustenta en una científicidad, resultado de una serie de técnicas utilizadas y validadas por investigaciones hechas desde la neurología, demostrando la actividad cerebral en la meditación y en la afectación que puede traer el consumo de SPA en la misma<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> El lugar de los valores durante el tratamiento en las CT, según lo plantea el Ps. Diego Castañeda, de la Fundación Claret, de Cali.

<sup>4</sup> La CT es un modelo que tiene una base teórico-epistemológica sustentada en la investigación, según lo plantea el Ps. Diego Castañeda, de la Fundación Claret, de Cali

La técnica utilizada se acompaña de un trabajo grupal que a futuro tiene efectos terapéuticos y permitirá al sujeto estar “tranquilo”. En el desarrollo de dicha técnica se desencadena una serie de reacciones, que probablemente no solo respondan a los efectos del consumo de SPA en su vida sino que generan otros efectos, una vez esto sucede la CT interpreta dichas reacciones como una forma de liberación de energía del cuerpo y tensiones, por lo cual se producen dichos estados emocionales alterados en su mayoría. La fundamentación de dicha técnica proviene de un modelo de consciencia desde el “darse cuenta de” y “hacer”.

De este modo, las CT buscan, a través de sus terapias, modelos de intervención y componentes (familiar, psicológico, pedagógico, social) que los sujetos que allí acuden, logren asumir su vida de forma responsable y alcancen un ideal de calidad de vida que fue alterado por razones atribuidas al consumo de SPA.

## ***7.2 Revisión del modelo Autoayuda***

Referir a los grupos de autoayuda nos lleva a mencionar estudios antropológicos que remontan sus orígenes a fases tempranas de las sociedades humanas, en los que la ayuda mutua cumplía un papel fundamental como facilitador de la supervivencia, pues de esta forma, los clanes y tribus realizaban prácticas cooperativas para la recolección de alimentos y defensa de grupo, lo que permitió una nueva forma de organización social, a diferencia de aquellos grupos que utilizaban como forma de supervivencia la competencia. Así pues, esta nueva forma de organización proporcionaría ayuda material, apoyo emocional, defensa de grupo, conservación de prácticas culturales y creencias religiosas; tal como lo menciona Katz y Kropotkin (citados por Gracia 1997), estas teorías constituyeron

en su momento los conceptos de ayuda mutua y el cooperativismo como forma de interacción en la organización social, que hoy sustentan a los grupos de autoayuda.

Estos grupos se definen de la siguiente manera.

Según Katz y Bender (citados por Gracia 1997, p. 58), los grupos de autoayuda son pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad en común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.

No obstante Villalba (1996) nos dirá que los grupos de autoayuda surgieron en EE.UU en los años 40 en el periodo histórico de entreguerras. Se publicó el libro de Alcohólicos Anónimos promovido por dos ex alcohólicos quienes deciden apoyarse entre sí conservando la abstinencia. El aporte de este libro se da gracias al diseño de un programa que se compone por 12 pasos, que integra al grupo para el proceso de rehabilitación de personas que han pasado por circunstancias similares. Dicho programa se expande y es adaptado a diferentes grupos con modalidades codependientes para el inicio de su proceso de rehabilitación.

Actualmente, el programa de LDS FamilyServices ha realizado una adaptación de los 12 pasos para alcohólicos anónimos, diseñada bajo el programa de recuperación de adicciones. Haciendo referencia a los siguientes aspectos:

Tabla 1.  
Programa de los doce pasos para la recuperación

<b>1. La sinceridad</b>	Admita su incapacidad para superar sus adicciones por sí mismo y que ha perdido el control de su vida.
<b>2. La esperanza</b>	Crea que el poder de Dios puede restaurar su salud espiritual por completo.
<b>3. Confiar en Dios</b>	Decida entregar su voluntad y su vida a Dios, el Padre Eterno, y a Su Hijo Jesucristo.
<b>4. La verdad</b>	Escudriñese y realice un valiente inventario moral por escrito de sí mismo.
<b>5. La confesión</b>	Admita la naturaleza exacta de sus errores ante sí mismo, ante su Padre Celestial, en el nombre de Jesucristo, ante la debida autoridad del sacerdocio y ante cualquier otra persona.
<b>6. El cambio de corazón</b>	Prepárese por completo para que Dios erradique todas las debilidades de su carácter.
<b>7. La humildad</b>	Pida humildemente a su Padre Celestial que le libre de sus debilidades.
<b>8. La búsqueda del perdón</b>	Redacte una lista con los nombres de todas las personas a las que haya ofendido y dispóngase a reparar sus agravios.
<b>9. Restitución y reconciliación</b>	En lo posible, realice una restitución directa a todas las personas a las que haya ofendido.
<b>10. La responsabilidad diaria</b>	Prosiga con su inventario personal y cada vez que cometa un error, admítalo sin dilación.
<b>11. La revelación personal</b>	Válgase de la oración y la meditación para conocer la voluntad del Señor y tener fuerzas para aplicarla en su vida.
<b>12. El servicio</b>	Tras haber logrado un despertar espiritual gracias a la expiación de Jesucristo, comparta este mensaje con otras personas y viva estos principios en todo momento.

Fuente: Guía para el proceso de recuperación en adicciones. 2005.



De acuerdo con lo anterior, podríamos decir, que el programa de 12 pasos conforma una de las bases metodológicas de los Grupos de Autoayuda, la cual constituye una forma de organización dentro de su proceso de rehabilitación que les permite, como grupo, atravesar por unas fases que integran elementos de fortalecimiento personal, espiritual y de orden experiencial.

Para profesionales que han hecho parte de dichos grupos, como es el caso de “el proceso de 12 pasos, este será el momento donde el sujeto empieza una especie de movimientos en su vida y principalmente se asuma como sujeto consumidor, sujeto enfermo”<sup>5</sup>, es decir, que esta será una de las puertas de entrada al grupo de auto ayuda, un momento de reconocimiento de aquello de lo que se carece o se ha perdido y hace que se acuda al grupo, donde se empezará a compartir, a través del discurso con el otro, una problemática en común, hecho fundamental para que una persona haga parte del mismo e inicie su proceso. El discurso compartido toma relevancia desde el momento que es atravesado por otro y esto lo denota la modalidad de operar del grupo, una modalidad de tipo ambulatoria, que a su vez permite que se vayan asumiendo elementos de forma individual.

Adicional a esto, la metodología de los grupos de autoayuda también integra una premisa, “solo por hoy – solo por hoy no consumo” este como un elemento que explica su finalidad, la cual está sustentada en no lograr la abstinencia total del sujeto, a cambio de vivir el día a día, reconociendo en el “hoy” quién es y lograr que no consuma. A su vez, se busca que este “no consumo” no le signifique hacerse daño a sí mismo, a su familia y a la sociedad, incorporando elementos que lo hagan funcional y que le permitan hacer llevadera “la enfermedad que no tiene cura”

---

<sup>5</sup> Descripción del proceso de los 12 pasos, según el Ps. David Ortegón experto en el tratamiento de adicciones.

Así, los grupos de autoayuda abarcan diversos campos de aplicación, en lo que respecta a las drogodependencias han adoptado procedimientos establecidos por alcohólicos anónimos, en los cuales, según Caplan (citado por Gracia, 1997), procuran que los miembros del grupo rompan su adicción mediante orientación individual, grupal y la preparación de dificultades futuras, proceso en el cual participan miembros del grupo con un grado de experiencia relevante, mediante los encuentros de grupo donde se permite compartir la incomodidad, el estrés y las dificultades producidas por el síndrome de abstinencia; así se fortalece el rol individual importante en el proceso de rehabilitación. De esta forma, los grupos propenden escenarios donde puedan desarrollarse actividades y nuevos vínculos amistosos, ofreciendo distracción para afrontar momentos difíciles.

Uno de los mecanismos utilizados dentro de los grupos de autoayuda, es la ayuda como terapia, principio que refiere a que aquellas personas que ayudan son las que obtienen más ayuda, es decir, que ayudar a otros es ayudarse a sí mismo; de esta forma ayudarse entre los miembros del grupo proporciona beneficios, ya que se desempeña el rol de proveedor de ayuda y apoyo, según lo expone Gracia (1997).

Para autores como Gartner y Riessman (citados por Gracia, 1997) existen tres mecanismos adicionales para explicar el desempeño del rol de ayuda, estos son:

1. La persona que ayuda es menos dependiente,
2. Enfrentando el problema de otra persona, la persona que ayuda tiene la oportunidad de observar su propio problema desde la distancia,
3. La persona que ayuda obtiene un sentimiento de utilidad social al desempeñar ese rol. (p.82)

Así, la persona que asume el rol de ayuda debe desarrollar expectativas frente al mismo y adquirir habilidades, actitudes, conductas, que en su desempeño le permitan percibirse de una nueva forma y puede llegar a apropiarse del rol; en ese proceso de ayuda, la persona puede actuar con la premisa “debo estar bien si soy capaz de ayudar a otros” y de este modo sentirse compensado por el otro al que ayuda y reducir el sufrimiento, según Gracia (1997).

Dentro de la metodología de intervención de los grupos de autoayuda, uno de los principales factores también lo compone el proceso de grupo. Para Katz (citado por Gracia, 1997) el proceso de grupo cumple la función de dar apoyo entre sus miembros, logrando establecer entre ellos expectativas y normas de conducta, que a su vez proporcionan retroalimentación entre sí, para compartir problemas en común y redefinir la forma de afrontar las dificultades, fortaleciendo así lazos de solidaridad entre iguales.

Para Clinard (citado por Gracia, 1997) el proceso de grupo ayuda a los miembros a integrarse y cambiar el concepto de sí mismo, experimentando la solidaridad de grupo, “estos procesos de grupo ayudan a reemplazar los sentimientos ‘míos’ por sentimientos “nuestros”, proporcionan a las personas sentimientos de pertenencia a un grupo y redefinen ciertas formas de conducta” (p. 83). El grupo fomenta la ayuda entre iguales, en tanto que en él se definen límites, se acuerdan espacios para el diálogo y ocupa el tiempo libre.

En relación con la retroalimentación, Garner y Riessman (citados por Gracia, 1997) dirán que, “la participación en un grupo ayuda a ocupar el tiempo y reemplazar actividades como la adicción” (p.83).

En este sentido, el proceso de grupo proporciona una forma de intervención que facilite a los miembros establecer vínculos y experimentar confianza entre sí, ya que comparten problemáticas similares, lo que permite fortalecer el apoyo entre el grupo y llevar los procedimientos sin inconvenientes y sin sensaciones de aceptación o rechazo a lo que enfrentan.

Los grupos de autoayuda proporcionan beneficios tanto a sus miembros como a familiares y a la sociedad mediante el ofrecimiento de recursos, operando bajo ningún costo para sus miembros, pues precisamente se fundamenta en el fortalecimiento de componentes voluntarios en la sociedad, específicamente en donaciones, ayudas públicas y el compromiso de sus integrantes. Estos componentes hacen parte de una “orientación al servicio que tiene una connotación de deuda simbólica”<sup>6</sup>, pues refiere a la ayuda, verbal y experiencial, que el otro ha proporcionado en su momento y retribuyendo de la misma forma, por lo tanto esto compone una de las mayores fortalezas como grupo.

En esta medida, algo que comprende una de las características principales, es el establecimiento de relaciones entre personas o casos, prevaleciendo su orientación al aprendizaje desde la experiencia, más que un entrenamiento o educación formal, ya que, para los grupos de autoayuda, “el rol importante no lo desempeña la figura profesional, sino las personas ‘tratadas’, centrándose en la dimensión emocional, social y espiritual, en lugar de aspectos técnicos” según lo sustenta Borman (citado por Gracia, 1997, p.57).

No obstante, los mecanismos no profesionales de intervención de los grupos de autoayuda, hacen referencia a las dificultades que pueden tener los procesos profesionales, resultado de las demandas sociales, específicamente los costos elevados que pueden tener

---

<sup>6</sup> La ayuda o servicio fortalece la relación con la comunidad y la unidad con el grupo, según lo plantea el Ps. David Ortégón, de Aldeas Infantiles SOS.

los procesos y con ellos el poco acceso por parte de la población con pocos ingresos para obtener los mismos. En esta medida, la figura del profesional no se elimina, tiene una participación en las actividades de grupo y aportes siempre y cuando el grupo considere pertinente, es decir que no ejercen un rol de liderazgo dentro de las mismas, ya que dicho liderazgo es asumido por el grupo y sus discursos vivenciales.

En cuanto a la dimensión de la figura profesional dentro del grupo, se puede comprender que “opera bajo una connotación que se centra en las necesidades del consumidor, asumiendo más puntos de vista para su intervención, sistemas de creencias y expectativas”, como lo sustenta Garther y Riessman (citado por Gracia, 1997, p.87).

Tabla 2.

Contrastes fundamentales entre el acercamiento profesional y aprofesional que caracteriza a los grupos de autoayuda.

Profesional	Aprofesional
<b>1. Énfasis en el conocimiento y la comprensión, principios subyacentes, teoría y estructura.</b>	1. Énfasis en los sentimientos y en el afecto (concreto y práctico)
<b>2. Sistemático</b>	2. Experiencia, institución y sentido común y sabiduría propia.
<b>3. “objetivo” se utiliza el distanciamiento y la perspectiva.</b>	3. Subjetivo, cercanía e involucramiento personal.
<b>4. Empatía.</b>	4. Identificación.
<b>5. Comportamiento estandarizado.</b>	5. Espontaneidad (expresión de la propia personalidad).
<b>6. Orientación externa.</b>	6. Orientación interna (desde adentro)
<b>7. Praxis (práctica dirigida teóricamente).</b>	7. Práctica.
<b>8. Uso limitado y cuidadoso del tiempo, evaluación sistemática, curación.</b>	8. Lentitud, el tiempo no importa, seguimiento

Fuente: Gracia, E. (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós trabajo social.

### ***7.3 Revisión del modelo teoterapéutico***

Las comunidades teoterapéuticas, según Jaramillo (2007), provienen de la escuela de Teoterapia que se origina en un movimiento protestante norteamericano, la cual difunde la sanidad física, partiendo de la sanidad espiritual con fundamentos de doctrinas religiosas; estas a su vez integran contenidos de orígenes de CT, es decir del programa “Synanon”.

Por otra parte, su funcionamiento está basado en una modalidad residencial, atendiendo no solo casos de adicción a sustancias psicoactivas, sino también casos de depresión, tendencia al suicidio, entre otras. El contexto del desempeño de estas fundaciones son espacios rurales, predominando un ambiente de campo, específicamente refiriendo a la forma en que el sujeto pueda obtener un retorno a la naturaleza, buscando generar una actitud ecológica y humanista dentro del proceso de desintoxicación, como lo plantea Jaramillo (citado por Orejuela & Murcia, 2014)

Sin embargo, estudios como el realizado por Castrillón (2008), en los que se argumenta que:

Desde el punto de vista del universo cristiano pentecostal, la adicción a las drogas y los que consumen, se representan satanizados, haciendo del usuario de drogas una metáfora de cierta bestialidad, un atavismo que impide su

salvación lo que podría significarse como un obstáculo perdurable para construir una trayectoria de vida cristiana garantizadora de una purificación.

(p.85)

Para esta autora, los sujetos que residen en la modalidad pentecostal son sujetos que rechazan el mundo, no precisamente para negarlo sino para guardar distancia y lograr incorporar nuevas relaciones que la sociedad demanda. Así también, dentro de las dinámicas funcionales de estas instituciones, el relato de vida comprende un punto de apoyo relevante, en el cual se define la post - institucionalización en la vida del sujeto, estableciendo vínculos entre ex residentes en los cuales se adquieren roles de liderazgo o como terapeutas voluntarios.

En este sentido, Castrillón (2008) se refiere a comunidades teoterapéuticas pentecostales que enmarcan su estructura religiosa cristiana en un proceso de conversión, tanto para los residentes como ex residentes como única forma de rehabilitación. A diferencia de aquellas comunidades teoterapéuticas no pentecostales, que si bien están conformadas por un discurso religioso cristiano, su proceso de rehabilitación no está orientado a construir un fin en sí mismo, por el contrario se enfoca en la interioridad más que en la exterioridad.

Así mismo, Murcia & Orejuela (2014) especifican de las comunidades teoterapéuticas que sus espacios de atención están orientados a sujetos que presentan necesidades, en aspectos como el ambiente familiar y de hermandad, con carencia emocional; también falta de recursos para enfrentar adicciones. De esta forma, se hace necesaria una orientación con medidas religiosas, adquiriendo importancia y relevancia las dinámicas de grupo sobre las individuales.

Para estos autores, el adicto dentro de las comunidades teoterapéuticas cambia el estilo de vida y sus conductas mediante un proceso de observación y aprendizaje, estableciendo una relación directa desde lo espiritual a través de la biblia y manuales de comportamiento moral. En este mismo sentido, mencionan que dentro del proceso de rehabilitación la CTT, comprende la siguiente alternativa de intervención:

Según Jaramillo (citado por Murcia & Orejuela, 2014), la primera fase comprende la desintoxicación, la realización de dinámicas de relajación, atención psicológica, reflexión interior y trabajo espiritual; en la etapa del tratamiento específico, la revisión habitual de expedientes clínicos; en la fase de rehabilitación se incorporan actividades de laborterapia, colaboración dentro de la comunidad y talleres de índole ocupacional. Por último, durante la etapa de reinserción y seguimiento, se realizan acompañamientos tanto al sujeto como a su familia, dichos acompañamientos fundamentados en principios bíblicos e integrando áreas psicológicas, sociales y de terapia.

Por otra parte, para el Director de la fundación Taller del Maestro<sup>7</sup>, ubicada en la ciudad de Cali y que opera bajo la modalidad de teoterapia, la drogadicción hace parte de una “enfermedad mental” estando las personas condicionadas por consumo de SPA, haciéndose necesario que a través de la “palabra - biblia” se intervenga a los “muchachos”.

De esta forma, los miembros de esta fundación, dentro de su intervención, parten de la premisa de que el sujeto ha perdido su “capacidad de decidir” como consecuencia de estar “enfermos”. Y por lo tanto consideran que las intervenciones psicológicas se quedan cortas en momento de atender a los “muchachos” y se hace necesario acudir a la “palabra”, ya que una vez inmersos en el discurso de “Dios” tendrán una herramienta que propicie

---

<sup>7</sup>Camilo Alvarado, Director fundación Taller del Maestro.



“fortaleza”, asumiendo ésta como generadora de “voluntad para recuperarse” y esto sustentado en que la “palabra - biblia es lo más grande” que puede tener una persona para lograr cualquier objetivo. En estos casos la “palabra de Dios” vendrá a cumplir el papel de soporte y fundamento en el proceso de rehabilitación para los sujetos que han acudido a estas fundaciones por consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de la metodología que plantea esta fundación se encuentra la residencia de los sujetos durante el periodo de un año, aunque éste puede presentar algunas variaciones en el tiempo debido a los avances en el proceso de recuperación de cada sujeto. Dicho periodo está compuesto por 3 etapas, cada una con una duración de 4 meses, estas refieren a un proceso de orientación, regeneración y sanidad interior, cada una compuesta por cartillas, que contienen talleres, a su vez videos, basados en el perdón, la esperanza y la fe, todos estos sustentados en versículos de la biblia y diseñados por comunidades cristianas americanas.

Estas etapas buscan la adaptación y fortalecimiento espiritual de los sujetos, por lo tanto, para esta comunidad, la fase final referida específicamente a la sanidad interior toma relevancia, ya que se potencia el perdón y la integridad, “atendiendo el daño desde lo espiritual” a través de versículos de la biblia, propendiendo una inclusión tanto familiar como socio laboral, y liderazgo que se vea reflejado como ejemplo para los demás miembros. Por lo tanto, aquellos que terminan el proceso con los elementos brindados por la fundación se asumen como “personas bien instruidas”, a diferencia de aquellos que pueden abandonar el proceso, que son catalogados como “personas incompletas, no instruidas”.

Respecto a estos procesos, la Fundación, dentro de su etapa final adicional, orienta al sujeto para que asista a grupos de apoyo, usando cartillas y videos en la dinámica llamada “celebrems nuestra recuperación”, esto con el ánimo de que el sujeto tenga una reincorporación en la vida social, sea “útil” y logre integrar a su familia, resaltando la importancia de la “palabra – biblia” “ porque a través de la palabra los muchachos y sus familias volverán a tomar mejores decisiones; en la medida que se toman mejores decisiones, mejorarán los hábitos y el comportamiento, su enfermedad va desapareciendo y la mente se recupera”.

De este modo, la Fundación menciona que busca propender a través de la biblia una orientación que está encaminada a la recuperación de los valores que la sociedad ha perdido, y que la fuerza de la “palabra” logre restaurar a los sujetos que están dentro de estas instituciones. Si bien la fundación no niega la existencia de un equipo profesional para la intervención de estos sujetos, considera de vital importancia que aquellos que hagan parte de ésta contemplen la importancia de la “palabra – biblia” para así tener una buena intervención y buenos resultados en los sujetos, de lo contrario no podrán hacer “parte de”

#### ***7.4 Responsabilidad subjetiva***

*La responsabilidad subjetiva exige para poder atribuirle el resultado dañoso a un sujeto activo determinado, que se tenga en cuenta la esfera volitiva la cual está integrada por el ámbito cognoscitivo y por la capacidad de autorregulación de su conducta, ya que tratándose de imputables, tendríamos que aceptar simplemente su culpabilidad natural.*

(Restrepo,2008, p.12).

El anterior concepto, retomado del derecho civil, también nos habla de responsabilidad objetiva (refiriendo específicamente a la causa lesiva resultado de un daño), en la cual no se tiene en cuenta la voluntad de la conducta del sujeto, a diferencia de la responsabilidad subjetiva, en la que se asume el conocimiento por parte del sujeto de dicha conducta, para ocasionar el acto lesivo.

Para Restrepo (2008), la responsabilidad subjetiva desde el derecho civil también incluye un componente de culpa, el cual se puede presentar como dolosa o culposa, siendo la culpa dolosa la que refiere a la intencionalidad positiva de hacer daño a alguien con conocimiento de lo ilícito y el acto culposo como aquel que no prevé el daño ni tiene una intencionalidad, pero aun así es causal de delito. Para el caso de la droga, no podemos hablar de una responsabilidad objetiva, esto ya ha salido del marco legal, ya que en nuestro país consumir drogas no está penalizado, pero sí hay una responsabilidad subjetiva de un daño, de una condición del sujeto al hacerse cargo de sus conductas de consumo que tienen impacto tanto en su vida como en la de los demás.

Los conceptos anteriores se retoman desde el derecho civil, ya que tras la caracterización de los modelos de rehabilitación y objeto de estudio de la presente investigación sus constructos no se fundamentan en bases psicológicas, lo cual nos lleva a desarrollar un análisis desde una perspectiva diferente a la de psicologizar los tratamientos que de entrada han decidido no ser psicológicos.

Así, pues, pensar en la relevancia de la responsabilidad subjetiva dentro de los tratamientos para rehabilitación a SPA permite comprender como el diseño de estos modelos de intervención, sus ofrecimientos y sus formas de operar van a permitir a aquellos sujetos que han decidido acudir a estas instituciones tengan una vía resolutiva frente a aquello que le aqueja y que de alguna forma ha interrumpido su proyecto de vida. En este

sentido, reconocer cómo dichos modelos permiten a los sujetos que atienden llegar a tomar una consciencia de su problema, y lograr que estos se hagan cargo de su sufrimiento y poder obtener una respuesta diferente a la de refugiarse en la droga.

En este sentido, con la categoría de responsabilidad subjetiva se espera que el ejercicio terapéutico permita un acto transformador en el sujeto, ya que éste ha logrado hacerse cargo de su sufrimiento tras producir nuevos recursos que le permiten reconocer aquello que le aqueja y así encauzar sus acciones a nuevos proyectos que retomen su calidad de vida o restablezcan la calidad de la misma.

#### ***7.4.1 ¿Porqué estudiar la responsabilidad subjetiva presente en un proceso terapéutico?***

La responsabilidad subjetiva vendrá a ocupar uno de los aspectos más relevantes dentro de la terapia, puesto que abrirá las puertas a los elementos resolutivos que el sujeto incorpora a su proceso de rehabilitación una vez el tratamiento lo hace cargo de su proceso, y por ende la terapia lo movilizará a hacer algo con aquello que le aqueja, además de los recursos que emplea por sí mismo para obtener un resultado diferente al de refugiarse en la droga. Así, pues, la comprensión de un modelo terapéutico nos permitirá, más allá de conocer sus fundamentaciones, poder identificar de qué manera le proporciona al sujeto la responsabilidad respecto a su sufrimiento y cómo esto, de alguna forma, posiciona al sujeto como protagonista de un modelo de tratamiento y no la droga como objetivo principal.

La transversalidad de la responsabilidad subjetiva dentro del presente estudio, es el elemento de análisis principal para identificar en cada uno de los modelos de tratamiento

revisados, de qué forma se le devuelve algo al sujeto mediante la terapia y como le posibilita recursos personales que contribuyen a su proceso de rehabilitación

## 8. ANÁLISIS

A continuación se mencionarán cuatro categorías de análisis tras la revisión anteriormente planteada, para comprender de qué manera en cada uno de los modelos de tratamiento aparece la responsabilidad subjetiva. De acuerdo con lo anterior, llamaremos noción de adicción, idea de ayuda, método y efectividad, a los siguientes aspectos:

	<b>Modelo Comunidad terapéutica</b>	<b>Modelo Grupos de Autoayuda</b>	<b>Modelo Teoterapéutico</b>
<b>Noción de Adicción</b>	<p>El sujeto ha perdido el curso de su proyecto de vida, afectando la calidad de la misma y la de su familia. Es así como se configuran diferentes factores que pueden llegar a definir la adicción como una enfermedad, partiendo de que esta puede deberse a: un evento traumático por el cual pudo pasar o estarle pasando al sujeto, en la que se puede configurar un episodio que necesitará de un proceso de intervención que le permita resolver y afrontar aquello que ha conllevado al consumo de SPA como medio resolutivo. Otra podrá constituirse en una drogadicción de tipo estructural que puede obedecer a un conflicto infantil, que comprende un problema de</p>	<p>El sujeto atraviesa un momento difícil de su vida, el cual trastorna la calidad de la misma. Dentro de las dinámicas de afrontamiento de dichas dificultades, la adicción vendrá a ocupar el lugar de unión dentro de un proceso de grupo. Es decir, que el compartir una problemática en común, mediada por el discurso, vivencias y experiencias, fortalecerá su proceso de rehabilitación. El fortalecimiento entre grupo (la ayuda entre sí), ayuda a no sufrir porque hay otro que ha atravesado por lo mismo y permitirá hacer más llevadera la problemática, la cual se ha aceptado y se comparte con un otro, otro que, a través</p>	<p>El sujeto ha perdido sus valores, y se reflejan carencias familiares y emocionales. Es decir que la adicción aparece como algo “negativo” que irrumpe en aspectos fundamentales para la calidad de vida y por lo tanto se hace necesario que través de la orientación espiritual, sustentada en bases religiosas y morales, el sujeto retome el curso de vida generando una estabilidad a sí mismo, a su familia y a la sociedad.</p>

orden estructural primario que no resulta conquistador en el momento de que el sujeto pueda resolver aquello que le aqueja, ya que éste lo hace mediante el consumo de SPA. del apoyo, contribuirá a hacer sostenible su día a día, en la medida que estos propenden sostener un nivel de sobriedad al menos por su dinámica diaria.

Finalmente, puede darse una adicción de orden social, en la que se pueden ver inmersos aspectos familiares, sociales, económicos, etcétera. Aludiendo a factores disfuncionales dentro de las dinámicas familiares, o patrones sociales que tienen repercusión en el comportamiento del sujeto, llevándolo a una suerte de resguardo o complemento en las SPA.

<b>Idea de Ayuda</b>	Orientar desde una perspectiva múltiple, que contiene una dimensión orgánica, psicológica, social y educativa bajo el manejo de un equipo interdisciplinar conformado por profesionales, que a través de sus intervenciones y formas de evaluación propendan por lograr conquistas en la vida del sujeto, lo cual contribuirá a la construcción de un proyecto de vida sostenible en su proceso de rehabilitación.	Romper la estigmatización de ser sujetos que consumen, mediante el fortalecimiento del discurso y la escucha, mediados por vivencias similares, permite el fortalecimiento del apoyo mutuo y este a su vez se configura como un medio terapéutico, en la medida en que el ayudar a otro fortalece el proceso individual y por ende el grupal.	Guiar al sujeto mediante versículos bíblicos, propendiendo por el fortalecimiento espiritual y recuperación de valores perdidos. Dicha guía, es ofrecida por un experto que conoce de las santas escrituras, con la finalidad de lograr que el sujeto tome mejores decisiones y que estas a su vez contribuyan en
----------------------	--	---	---

sus comportamientos, para que así se reincorporen a la sociedad de forma útil.

<p><b>Método</b></p>	<p>Operan bajo una modalidad residencial, involucrando un proceso compuesto por fases en las cuales interviene un equipo interdisciplinar de profesionales. Dichas fases comprenden una primera etapa de admisión y aceptación, seguida por la etapa de tratamiento y rehabilitación y finalmente una etapa de reinserción, en la que el objetivo es que el sujeto se reincorpore tanto a la vida familiar como social, con un proyecto de vida sostenible.</p>	<p>Reuniones y encuentro de grupo, modalidad no residencial, espacios no institucionales. Estableciendo relaciones de persona a persona, compartiendo un aprendizaje “experiencial” e incorporando una guía compuesta por 12 pasos, que basa sus contenidos en los elementos que el sujeto empieza a incorporar para iniciar su proceso de integración al grupo.</p>	<p>Operan bajo una modalidad residencial, retiro espiritual, propendiendo por el no consumo. Integran un proceso de fases, partiendo desde la etapa de desintoxicación, seguido por una etapa de tratamiento y, por último, una etapa de reinserción y seguimiento. Todas estas fundamentadas en versículos bíblicos, potenciando lo espiritual y lo moral, integrando áreas como la psicológica, social y de terapia con una filosofía religiosa.</p>
----------------------	---	--	--

<p><b>Efectividad</b></p>	<p>Propende por que el sujeto construya un proyecto de vida sostenible, conservando un ideal de alejarse de la droga, pero, como meta principal, el sujeto una vez finalice su proceso de rehabilitación, debe lograr un mejoramiento propio y, en esta medida, sostener una</p>	<p>Las conquistas del proceso grupal están dadas en las vivencias del día a día y no como algo que busque erradicarse de la vida del sujeto, en el caso de las SPA. Ésta no promete un sujeto libre de drogas, ya que su premisa parte del</p>	<p>Reincorporación social, familiar y laboral, desde el aprendizaje espiritual y moral, sin abandonar la orientación religiosa, por el contrario, lograr la incorporación de la familia a dichas dinámicas. Es decir,</p>
---------------------------	--	--	---



---

calidad de vida, que le permita insertarse de nuevo en la sociedad y por ende en sus dinámicas familiares.	vivir el “Solo por hoy” y sostener un control en eso que afronta en su dinámica diaria, pero no como algo que se sostendrá en el tiempo. Así, pues, que las recaídas serán algo que se espera dentro del proceso y que en el apoyo mutuo como grupo se fortalecerá para continuar.	lograr un sujeto libre de drogas, alejado de lo negativo, conducido hacia un nuevo camino, camino de Dios como se ha postulado en las santas escrituras.
--	--	--

---

**Noción de adicción:** configurar la idea de adicción como una enfermedad, como en el caso de las comunidades terapéuticas, nos lleva a revisar, como primera medida, las causas por las cuales se puede presentar, o al menos lo que los referentes teóricos han asumido.

La adicción, desde un orden traumático, ya sea de un hecho pasado o actual, nos llevaría a pensar que se puede constituir como un evento temporal, un episodio que causó un comportamiento en el sujeto resguardándose en el consumo de SPA, pero que tras la intervención y acompañamiento, en este caso de la CT, en algún momento retornará el curso normal de la vida del sujeto. Podría resultar esperanzador el hecho mismo que este tipo de causa, en la cual se ha configurado la adicción, logre un resultado en el sujeto tras su proceso de rehabilitación, es decir, como algo que pase y no que permanezca.

La adicción de tipo estructural, que puede referir a un aspecto de corte neurótico, en el que la droga llega a ocupar el lugar del faltante y en esta medida algún componente edípico primario, es decir, de orden inicial, se movilizará en términos de la adicción. Esto podría

llevarnos a pensar que es algo que va a permanecer en la vida del sujeto y, por tanto, mediante la rehabilitación como en el caso de la CT, se podrá controlar o equilibrar para que así el sujeto logre tener una calidad de vida sostenible, ante la sociedad y ante aquello que lo aqueja.

La adicción de orden social, puede pensarse desde lo que implican las dinámicas intrafamiliares, y lo que conlleva a que estas se gesten de forma sostenible, es decir que de alguna forma aporten algo significativo en la vida del sujeto, ya sea desde la construcción de sus valores, aspectos afectivos, acompañamiento y por ende la desintegración de las mismas. Como también de aspectos contextuales donde habita el sujeto, el desempleo, la falta de oportunidades para la educación y la violencia.

En relación con los grupos de auto ayuda, la idea de adicción está enmarcada desde la unión; la unión respecto a un sufrimiento que se comparte con otro desde lo vivencial y en esta medida se propende por ayudar a que el otro, que está pasando por algo similar a mi vivencia, no sufra, es decir, ayudar a no sufrir. En este sentido esto configura una problemática común que de alguna manera desestabiliza la vida del sujeto y hace necesario que se resguarde en otros que logran comprender el sufrimiento por que ya han vivido lo mismo.

La ayuda, en este caso está mediada por el discurso en el que hay otro que escucha el sufrimiento, lo comprende y apoya, para que así el proceso de rehabilitación se dé desde algo que busca integrar el proceso de otro al proceso propio como medio terapéutico.

Por su parte, el modelo teoterapéutico asume una idea de adicción desde una perspectiva negativa, pues se sustenta que tras el consumo de SPA el sujeto ha desviado el camino de su vida y, por ende, esto ocasiona una pérdida en sus valores, lo cual puede deberse al poco fortalecimiento familiar y la falta de afecto que esté experimentando en su

vida. Lo cierto es que el modelo propende por orientar al sujeto a que retome el rumbo de su vida bajo los lineamientos bíblicos que configuran el deber ser, es decir que si ya hay unos fundamentos religiosos para constituir un ideal de vida, el sujeto mediante dichos fundamentos logre encaminarse y contribuya a un mejoramiento de su proyecto de vida.

**Idea de ayuda:** para la CT, la idea de ayuda se configura desde una perspectiva múltiple comprendida desde las dimensiones orgánica, social, psicológica y educativa, es decir, un equipo interdisciplinar que, tras distintos procesos de evaluación, realiza su intervención con el objetivo de lograr un proceso de rehabilitación que aporte a que el sujeto construya un proyecto de vida sostenible.

Por tanto, esta idea de ayuda no se constituye como algo casual dentro de la vida del sujeto sino que, por el contrario, todo esto es debido a una suerte de conquistas que tras ese modelo interdisciplinar implementado el sujeto logra y éste lo hace de forma paulatina, direccionando sus conquistas para obtener un mejoramiento propio.

Los grupos de autoayuda enmarcan su idea de ayuda en romper la estigmatización de ser sujetos que consumen SPA, en la medida en que los miembros del grupo son sujetos que ya han sido sufrientes, por eso la dinámica de compartir sus vivencias por medio del discurso es uno de los elementos de apoyo más relevantes, ya que la experiencia previa permite comprender lo que está atravesando el otro, por lo tanto, siempre se propende por ubicarse en el mismo lugar, tanto el rehabilitado como el rehabilitador.

En este sentido, los grupos de autoayuda asumen un saber vivencial, ya que la ayuda está dada desde el ejemplo, los valores personales, desde lo esperanzador, donde el reflejo de aquel que en su momento atravesó el sufrimiento hoy comprende la situación desde una perspectiva que integra y aporta, tanto al proceso de aquel que ha llegado para pedir ayuda como al proceso propio. En esta medida, el saber que allí se constituye no está por encima

de los miembros del grupo, sino por un saber que se construye y se fortalece desde lo vivido.

En el caso de la comunidad teoterapéutica, la ayuda se constituye bajo la idea de guiar y esta ayuda es de carácter espiritual, es decir, quien ejerce el papel de experto, o quien ofrece al sujeto elementos para su proceso de rehabilitación, es alguien que, en este caso, conoce de las santas escrituras, es una persona consagrada espiritualmente y en esta medida es capaz de encaminar la vida de este sujeto que, por alguna razón, se desvió del camino que ya está previamente escrito y por el cual hay que restablecer la ruta de vida.

Por lo tanto, dicha ayuda es de orden moral, buscando restablecer un conjunto de valores que se han perdido y por causas como estas, el sujeto ha buscado la droga como medio de resguardo. Es así como, mediante las santas escrituras representadas a través de discursos bíblicos, se propende por el restablecimiento de los valores cristianos buscando que el sujeto retome el camino de Dios, un camino prefigurado que le permitirá pensarse una vida sostenible para sí mismo y su familia, mediante el cumplimiento de los valores cristianos y de los lineamientos bíblicos que se han diseñado para vivir la vida de Dios, el deber ser.

**Método:** las fases que ofrece la CT dentro de su metodología para el proceso de rehabilitación comprenden un conjunto de evaluaciones de la mejoría del sujeto que se alcanzan de forma paulatina, es decir, que hay una suerte constructivista en la que se van logrando conquistas en el proceso, tras el alcance de metas, evolución y ascensos de los parámetros que se ofrecen en cada una de las fases del modelo. Es decir que el sujeto es partícipe de la construcción de su propio proceso de rehabilitación, denotando ser capaz de mejorarse gradualmente como resultado de una conquista humana.

El hecho mismo de operar con una modalidad residencial y una figura de alejamiento social, que además pretende conservar el no consumo, permite que el sujeto se integre a la figura de comunidad y de alguna forma recupere las dinámicas que allí se establecen; además, una vez se enfrente a las demandas sociales, tras la finalización de su proceso de rehabilitación, conserve y potencie el proyecto de vida que ha logrado constituir mediante las conquistas dadas en su proceso.

Para los grupos de autoayuda, las reuniones de grupo y no operar bajo una modalidad residencial, por el contrario en espacios abiertos no institucionales, permiten instaurar sus vivencias, fortalecer sus procesos mediante la ayuda a otros e incluso no solo a aquellos que comparten un sufrimiento por el consumo de SPA, sino el involucrase en proyectos de comunidad que les permita ofrecerle algo a otro que lo necesita, dar a otro algo de ese saber o aprendizaje que ha recibido en su momento.

Así mismo, lo que ofrece la guía de 12 pasos, son parámetros para que el sujeto cada día evalúe su proceso y establezca un orden desde el qué hacer y cómo hacer para que logre un reconocimiento propio de los avances que tiene dentro de su mejoramiento y en esta medida, reconozca la ayuda que le puede ofrecer a otros y, por ende, lo que va adquiriendo para sí mismo.

La comunidad teoterapéutica, ofrece un modalidad residencial enmarcando una dinámica de retiro espiritual, es decir, que además de propender por el no consumo genere un espacio de reflexión guiado por sustentos bíblicos y que, en esta medida, también se potencien otro tipo de actividades, como por ejemplo de índole artística, educativa y laboral que propendan por la potenciación de un saber que luego puede ser un medio de subsistencia para el sujeto.

Las fases que el modelo ofrece constituyen los avances y construcciones que va alcanzando el sujeto, con el objetivo de volver a tomar un camino establecido y por el cual debe guiar su vida; en este caso, refiere a la vida de Dios y la que él ha dejado establecida en los constructos bíblicos, para que así se logre una conquista espiritual y, en esta medida, el control de su vida no se ponga en riesgo, por el contrario le permita afianzar los lazos religiosos. Todo esto se ofrece mediante profesionales del ejercicio educativo, psicológico y social, que parten de una convicción religiosa, por medio de la cual guían a los sujetos en su proceso de rehabilitación.

**Efectividad:** la CT orienta su meta en lograr que el sujeto constituya un proyecto de vida, que no solo dé cuenta de su mejoramiento en cuanto al no consumo, sino que éste sea capaz de regresar a las dinámicas sociales y, por ende, responder a las demandas que se le hacen. Busca que dicho proyecto de vida se sustente, tanto en el fortalecimiento personal como laboral y que este dé cuenta de las nuevas proyecciones que ha logrado el sujeto, tanto para su bien propio como el de los demás, siendo así una persona útil inmersa en el nexo social.

Por su parte, los grupos de autoayuda dejarán a merced de vivir su día a día como un garante de los logros que obtienen en su proceso de rehabilitación, es decir, que bajo la premisa del “solo por hoy”, el sujeto construye su proceso en su dinámica diaria, que refiere a lo que aprende, aporta, fortalece y constituye en un tiempo real, propendiendo por sostener un proceso libre de drogas, al menos por ese día en el que ha decidido integrarse a un grupo que comparte su sufrimiento y que en esta medida fortalece su mejoramiento. No con esto prometiendo un ideal de sostener en el tiempo una sobriedad respecto a las drogas, porque precisamente a lo que apunta el afrontar la demanda que genera su diario vivir, es al menos resguardar su proceso de rehabilitación por el día que está transcurriendo.

En el caso de la comunidad teoterapéutica, la efectividad se orienta a reincorporar al sujeto en las dinámicas sociales, laborales, educativos y sobre todo espirituales, es decir que el proceso de rehabilitación sea garante de que el sujeto incorpore a su vida los constructos religiosos y que estos a su vez sean los que guíen tanto sus decisiones como los proyectos que emprenda, en función de tener una calidad de vida sostenible en la que incorpore un proceso reflexivo producto de los postulados bíblicos, generando un bien propio y el de su familia. Es así como el proceso teoterapéutico también propende porque la familia del sujeto en rehabilitación tenga un papel fundamental dentro de dicho proceso y por ende logre establecer vínculos con las dinámicas espirituales que allí se ofrecen.

Podríamos decir, entonces, que la CT habrá permitido mediante su proceso de intervención, conformado por fases, que el sujeto se haga cargo de las conquistas que debe alcanzar en cada una de estas, de tal manera que él quiera inscribirse de forma voluntaria a conquistar algo y que dichas conquistas cobren un sentido personal, logrando constituir la posibilidad de ver un camino diferente al de la droga.

Así, el modelo de CT posibilita, a aquellos que se inscriben en su proceso, que adquieran una suerte de conquista subjetiva, un grado de responsabilidad relevante sobre su situación, en la que logren desprenderse, reconocer, tomar consciencia, hacerse cargo de su proceso de rehabilitación, la generación de un cambio y la construcción de un proyecto de vida en aras de buscar retomar un camino que lo reincorpore a la sociedad.

En el caso de los grupos de autoayuda, puede incluirse tres aspectos importantes, que permiten visualizar lo que realmente el modelo otorga al sujeto en el proceso de rehabilitación. En el primero de estos, denota la responsabilidad subjetiva carente ante una comunidad moral que puede indicar en qué momento el sujeto efectivamente está mejorando o no, es decir, con un estándar de mejoría por el cual el sujeto puede ser

tamizado y comprender que tan importante es su nivel de progreso, en la medida que la comunidad que lo mira, en este caso el grupo de autoayuda, son personas igualmente consumidoras, sufrientes y no necesariamente allí se dé una evaluación, por lo que no hay otro no enfermo que pueda omitir un juicio desde otra perspectiva. De esta forma, el nivel de flexibilidad moral que toma una comunidad de enfermos llega a ser tan alto que se pueda ver en riesgo la responsabilidad, es decir, aquello a lo que el sujeto le hace frente.

El segundo aspecto se refiere al grado de significación que el modelo le otorga al apoyo del grupo: este no necesariamente responsabiliza, ya que el grupo siempre va estar allí sirviendo de sostén, paliativo personal y mental para cuando la fuerza personal se debilita, es decir, que el grupo viene a constituir una fuerza externa y no personal, en la cual los otros se responsabilizan cuando “yo no puedo ser responsable”, “no me hago cargo de”.

El último aspecto se orienta al discurso, uno de los fundamentos principales del modelo, el discurso del por qué el sujeto ha llegado a refugiarse en la droga, es decir un discurso victimizado que se da como consecuencia de factores tanto sociales, económicos, biológicos y ambientales. Es decir, que el sujeto ha sido víctima de un sistema que lo condiciona, por tanto no necesariamente en el discurso de la victimización la terapia se da, ya que si los factores están puestos fuera del sujeto, ¿qué en realidad le puede devolver el modelo sobre eso que le aqueja?, ¿de qué lo hace responsable? De esta forma, la metodología del modelo no necesariamente le está devolviendo algo eficiente al sujeto para que se haga cargo de su sufrimiento.

Ahora bien, en el modelo teoterapéutico hay un camino moral trazado, pre establecido que de alguna manera busca que el sujeto retome y reconozca la importancia de los designios de Dios para que obtenga logros en su proceso y contribuya a su calidad de vida. No obstante, en la misma medida en que el sujeto debe tomar consciencia de la



relevancia de aquello designado por Dios para retomar el rumbo de su vida se puede ver desdibujada la responsabilidad y aquello de lo cual el sujeto debe hacerse cargo.

Es decir, si la responsabilidad del no consumo y las conquistas que el sujeto pueda lograr en su proceso de rehabilitación están puestas en Dios, como aquel que todo lo puede y logra, entonces el sujeto habrá tomado una suerte de moldeamiento respecto al deber hacer, algo que ya le ha sido designado para que se reincorpore a la sociedad, más no de hacerse responsable de aquello que lo ha conllevado a refugiarse en la droga y por ende de lo que debe hacerse cargo para tener una vía resolutiva frente a su sufrimiento. Podríamos decir, entonces, que el modelo teoterapéutico, en su fundamentación espiritual y las santas escrituras, genera en el sujeto un desplazamiento de su conducta de no consumo por la idealización de Dios y sus designios, adquiriendo, como en el caso de los modelos médicos, el reemplazo de la conducta adictiva por los fármacos.

Para este caso, el reemplazo de la conducta adictiva por Dios, por ende el condicionamiento del sujeto frente a su pensar y actuar en función de una programación designada como única vía resolutiva ante el hecho de consumir, puede denotar una causal puesta totalmente fuera de la responsabilidad que debería asumir el sujeto como protagonista de su proceso de rehabilitación.

## 9. CONCLUSIONES

Tras los hallazgos del presente estudio, podemos iniciar mencionando que cada uno de estos modelos coincide en que dentro de sus metodologías se han rehusado al uso farmacológico, lo cual nos lleva a pensar que hay una condición del sujeto en su actuación que reconocen como fundamental para el uso de las sustancias y, por ende, de su curación. Por lo cual, se valen de ideas voluntarias, o discursos de superación personal que notablemente denotan la ausencia de un soporte científico, lo que hace que la mayoría de sus constructos esté amparado desde las vivencias y la información teórica sea escasa. Por lo tanto, las tres terapias asumen el hecho de creer que los sujetos por sí mismos y, tras pasar por los métodos del modelo, están dispuestos a transformar voluntariamente sus conductas; así, en ese hecho hay algo subjetivamente responsable, además del acto mismo del sujeto que busca ayuda y que acude a este tipo de instituciones.

Sin embargo, esto no quiere decir que la responsabilidad subjetiva logre darse dentro de la rehabilitación, es decir, por el hecho de no usar fármacos y valerse de una condición que el sujeto debe dinamizar a nivel personal, algo en su transformación, no por ello hay una responsabilidad subjetiva asignada.

Por ejemplo, en el caso de la CT hay una orientación del modelo a otorgar al sujeto un nivel de responsabilidad en su proceso de rehabilitación, que paulatinamente adquiere mediante las conquistas personales ofrecidas en su metodología de fases y permite que sea el sujeto mismo quien construya la posibilidad de establecer vías diferentes a las de la droga como camino para concretar un proyecto de vida. En este sentido, el hecho mismo de que el modelo permita que el sujeto se rete ante sus avances, reconozca y tome consciencia de que es él quien deberá hacerse cargo de su proceso de rehabilitación, abre las puertas

para que se dé la movilización de una conducta diferente, en la que la droga no sea su destino.

Por su parte, el modelo de grupos de autoayuda a simple vista, como su nombre lo indica, pareciera establecer un ofrecimiento de autonomía en el proceso de rehabilitación, pero, en realidad, la responsabilidad subjetiva aparece desdibujada a la luz de la posibilidad que encuentra el adicto de involucrar tantas causales por fuera de sí mismo, desde las cuales puede justificar su dependencia. Es decir, el modelo le otorga relevancia a aspectos como la flexibilidad moral que no incluye la evaluación de un otro no enfermo que de alguna forma no justifique su mejora en función de un sufrimiento compartido, de igual manera, ofrece el apoyo de grupo como uno de los procesos primordiales en la terapia, pero éste adquiere una connotación poco positiva ya que la responsabilidad se ve reflejada en el grupo como protagonista del proceso y esto puede enmascarar la responsabilidad que debe tener cada sujeto para su rehabilitación. Además de la victimización del discurso, que da cuenta de las causas que han llevado al sujeto a consumir, como algo que condiciona y la devolución sobre sí mismo puede darse o no, dado que no es una condición necesaria dentro de la metodología del tratamiento.

Y por último, el modelo teoterapéutico también refleja una responsabilidad subjetiva desdibujada, fundamentada en un camino moral pre establecido, en el que el sujeto debe tomar conciencia de lo negativo que ha hecho para refugiarse en la droga y esta conciencia como única vía resolutive soportada en los designios de Dios y única forma retomar las riendas de un proyecto de vida sostenible. No obstante, desde el momento en que se le atribuye a Dios como garante de los logros de la rehabilitación, el sujeto mismo ha perdido la posibilidad de hacerse cargo de su proceso y, por ende, movilizar una conducta fuera de la droga por otra que se sustenta en la idealización de Dios.

Es por esto que, aunque el modelo no incorpora elementos farmacológicos dentro de su intervención, éste adquiere una connotación de desplazamiento de la conducta adictiva hacia la conducta moral religiosa, es decir, que ésta perfectamente puede cumplir con la función del fármaco como medio de reemplazo y tener la misma finalidad, solo que, en este caso, de forma simbólica. Así, puede mostrarse como una metodología totalizante y que probablemente no posibilite una movilización en el sujeto que vaya más allá de cumplir a cabalidad con algo designado y no como algo que le permita cuestionarse y llegar a reflexionar sobre sus particularidades subjetivas y logre ser garante de su propio proceso.

De esta manera, tras la revisión literaria y el discurso del experto, hemos podido reconocer cómo cada uno de los modelos le ha otorgado un nivel de responsabilidad a los sujetos que atiende; también cómo esta responsabilidad facilita el proceso terapéutico y, con ello, su mejoría.

## 10. DISCUSIÓN

Si comprendemos que la responsabilidad subjetiva es uno de los elementos fundamentales para el ofrecimiento de un proceso de rehabilitación y, por ello, garante del proceso terapéutico, la realización de este estudio, después de reconocer la forma en que cada modelo le otorga responsabilidad al sujeto dentro de su proceso de rehabilitación, ofrece una reflexión hacia aquellos que, desde el ejercicio psicológico, participan en la intervención de la rehabilitación por consumo de SPA.

Es decir, que más allá de que el sujeto obtenga logros por el hecho de no consumir, es de vital importancia reconocer al sujeto en su particularidad y, por ende, que aquellos métodos de intervención estén orientados a esto. Si la responsabilidad subjetiva hace un llamado a devolverle al sujeto algo de lo cual debe hacerse cargo, de posicionarse como protagonista de su proceso de rehabilitación y, en esta medida, poder movilizar algo de su conducta que genere una resolución diferente a la de drogarse, por ende la función de quienes soportan y participan de estos procesos tendrá que orientarse de igual forma.

En esta medida, el rol del guía, educador, orientador, profesional o par, dirija su que hacer sea cual sea su metodología, a poder establecer un precedente en función de aquello que el sujeto incorpora como propio, lo reconoce, cuestiona y moviliza a generar nuevas conductas. De tal manera, que pueda tomar conciencia de que aquello que le genera un sufrimiento está puesto en él y no en factores externos que puedan generar dependencias hacia nuevas conductas que solo cumplan la función de paliativos mientras se encuentre inmerso en una institución.

## 11. REFERENCIAS

- Albarracín, D. Brands, B. Adalaf, E. Giesbrecht, N. Simich, L. Wright, M. (2009). El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores en Bogotá, Colombia. *Revista latinoamericana Enfermagem*. 17, p. 788-795.
- Arnedo, M. (2010). *Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogaalcohol
- Castrillón, M. (2008). Entre “Teoterapias” y “Laicoterapias”. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos sujetos sociales”. *Psicología&Sociedade*, 20 (1), 80-90.
- Espín, O. (2014). Padecer la adicción: una etnografía dentro de un grupo de Narcóticos Anónimos. *Dimensión antropológica*. 62 (21), p. 88-121.
- Fiestas, F. & Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 29 (1), p. 12-20.
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. (2009). *Comunidad terapéutica, una definición operativa*. Tomado de: <http://asociacionchilenadecomunidadesdecomunidadesterapeuticas.org/wpcontent/uploads/2013/06/ComTerapJPfinalvalida.pdf>
- Galaviz, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*. 11 (3), p. 367-379.
- Goti, M. (2000) La comunidad terapéutica un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva visión
- Gracia, E. (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós trabajo social

- Gobierno Nacional de la República de Colombia. (2010). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Consumo\\_Adolescentes\\_en\\_Conflicto\\_2009.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf)
- Gómez, J. (2012). 8 Mitos de la Legalización de las drogas. Bogotá: IEMP ediciones. Recuperado de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/8%20mitos%20drogas%20e-book.pdf>
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39. 153-170.
- Jaramillo, H. (2007). El Shaddai. Aspectos espirituales. Manual terapéutico. Recuperado de: [http://www.fundacionelshaddai.org/Docs/documentos/Aspectos\\_espiritualesShaddai.pdf](http://www.fundacionelshaddai.org/Docs/documentos/Aspectos_espiritualesShaddai.pdf)
- Ley 1566 de 2012. Diario Oficial 48508, Bogotá D.C, Julio 31 de 2012
- López, A. (2011) Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*. 20 (2), p. 53-70.
- López, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*, 20 (2), 53-76.
- Marina, P. (2001). ¿Es posible un tratamiento diferentes de las adicciones?. *Revista Asociación española de neuropsicología*. 21 (79), p. 9-53.
- Medina, O. & Rubio, L. (2012) Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 41 (3), p. 550-551.
- Mendes, F. & Souza, M. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Comunidade saúde educação*. 19 (54), p. 515-526.

- Ministerio de la Protección Social (2004). *Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia*. Recuperado de: [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/Actualizacion\\_guia\\_atencion\\_farmacodependencia\\_2\\_.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Actualizacion_guia_atencion_farmacodependencia_2_.pdf)
- Ministerio de protección social. (2007). *Política pública de reducción y atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica\\_nacional\\_consumo.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf)
- Ministerio de protección social, (2008). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Nacional\\_Consumo\\_2008.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Nacional_Consumo_2008.pdf)
- Ministerio de Protección social. (2014) *Estudio Nacional de sustancias psicoactivas en Colombia*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UN\\_ODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UN_ODC.pdf)
- Murcia, M. y Orejuela, J. (2014) Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7 (2), 153-172.
- Naciones Unidas. (2003). *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)
- National Institute on Drug Abuse.(2012) *Principles of drug addiction treatment, a research –base guide*. US: NIH Publications.
- Organización panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf?ua=1>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2011). *Informe Mundial sobre las drogas*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_spanish.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2012). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)



- Pascual, F. (2009). La autoayuda en drogodependencias en el siglo XXI. *Revista Española de drogodependencias*. 34 (2), p. 124-127.
- Pérez, F. (2010). Origen Alemán de la comunidad terapéutica. *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*. 105, p. 145-149.
- Proyecto de Ley 239 de 2008. Senado de la República de Colombia, Bogotá D.C, 20 de agosto de 2009.
- Pulido, A. Moyers, M. & Martínez, A. (2009). Algunos datos acerca del funcionamiento de una muestra de grupos de autoayuda en México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 1 (1), p. 85-97.
- Resolución 5261 de 1994. Ministerio de Salud, Bogotá D.C, 5 de agosto de 1994.
- Restrepo, C. (2008). La responsabilidad subjetiva y la responsabilidad objetiva en el régimen sancionatorio establecido en el estatuto tributario. Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.
- Rodrigo, A. Padilla, D. López, L. Rodriguez, C. Martínez, A. Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 5, 435-442.
- Sánchez, E, Tomás, V. & Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6 (3), 159-166.
- Sánchez, I. (2009). La Organización de los Grupos de Autoayuda Anónimos. *Administración y organizaciones*. p. 127-148.
- Vargas, S. Jiménez, M. Redondo, E. Zuñiga, L. (2015). Resultados de un programa de drogodependencia en el hospital William Allen Taylor de Turrialba. *Revista médica de la universidad de Costa Rica*. 8 (2), p. 24-34.
- Villalba, C. (1996) Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Revista Intervención Psicosocial*, 5 (15), 23-41. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol3/indice.htm>