

***¿LA RELIGIÓN COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?: ADOPCIÓN DE DOGMAS
RELIGIOSOS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE CONSUMIDORES DE
SPA***

**UNA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
PSICÓLOGO
UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA**

**JOSE MONTILLA LONDOÑO & RUBÉN DARÍO NARANJO
JUNIO 2015**

**¿LA RELIGIÓN COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?: ADOPCIÓN DE DOGMAS
RELIGIOSOS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE CONSUMIDORES DE
SPA**

JOSÉ BREYNER MONTILLA LONDOÑO

RUBEN DARÍO NARANJO GÓMEZ

**Trabajo de Grado para
Optar al Título de Psicólogo**

**Director
MARCO ALEXIS SALCEDO
Magister en Filosofía
Universidad del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
2015**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN	12
PROBLEMA	16
OBJETIVOS.....	19
METODOLOGÍA	20
Enfoque de investigación.....	20
Participantes.....	20
MARCO CONCEPTUAL.....	22
Religión y Sufrimiento Psíquico.....	22
De la Problemática de la Adicción a las Sustancias Psicoactivas	27
Los Aspectos a Considerar en un análisis de las Intervenciones Psicológicas.....	31
Encuadre de la institución.....	31
Características de la intervención interpersonal	35
Características del practicante.....	37
Concepción de la enfermedad.....	39
Etapas y mecanismos terapéuticos.....	41
Aspectos extra terapéuticos.....	45
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	48
Encuadre de la institución.....	48
Características de la intervención interpersonal	58
Características de los practicantes	67

Concepción de la enfermedad	69
Etapas y mecanismos terapéuticos	73
Aspectos extra terapéuticos:	80
DISCUSION DE RESULTADOS	85
LA COMUNIDAD TERAPEUTICA.....	85
ASCESIS	96
EL LÍDER: UN MODELO IDENTIFICATORIO EN LA VIDA COTIDIANA	111
CONCLUSIONES	123
REFERENCIAS	127

TABLA DE IMÁGENES

<i>Imagen 1. Espacio central de la Fundación Fuxión 7</i>	<i>12</i>
<i>Imagen 2. Espacio de la biblioteca, televisor y sitio para recibir las llamadas de los padres o familiares.....</i>	<i>12</i>
<i>Imagen 3. Espacio de la cocina de la fundación, donde los mismos internos preparan sus alimentos.</i>	<i>13</i>
<i>Imagen 4. Espacio de las oficinas administrativas, consultorios terapéuticos y oficina del capellán.</i>	<i>13</i>
<i>Imagen 5. Canchas de futbol y micro futbol.</i>	<i>14</i>
<i>Imagen 6. Sala de reuniones.</i>	<i>14</i>
<i>Imágen 7. Pequeña granja dentro de la fundación.....</i>	<i>15</i>
<i>Imagen 8. Panorámica de las Cabañas.</i>	<i>15</i>
<i>Imagen 9. Normas Generales de la fundación.....</i>	<i>50</i>
<i>Imagen 10. Normas Cardinales de la fundación.....</i>	<i>51</i>
<i>Imagen 11. Organigrama administrativo de la fundación Fuxión 7</i>	<i>52</i>
<i>Imágen 12. Horario de los pacientes dentro de la fundación.....</i>	<i>53</i>
<i>Imagen 13. Manual de funciones del jefe de economato, jefe de cocina, cocinero, pianista y fogonero.</i>	<i>55</i>
<i>Imagen 14. Actividad semestral “kermes” compartiendo el almuerzo padres y pacientes en la fundación.....</i>	<i>56</i>
<i>Imágen 15. “Kermes” para recaudar fondos para la fundación.....</i>	<i>57</i>
<i>Imagen 16. Espacios de esparcimiento como la televisión y los juegos, compartidos por los líderes y los pacientes.</i>	<i>62</i>
<i>Imágen 17. Linea de formación.....</i>	<i>64</i>

Imagen 18. Listado de pacientes con fecha de ingreso..... 73

*Imagen 19. Ayudas del socio grama, tareas pendientes, pianos (lavado de la loza) para los
pacientes que han incurrido en alguna falta..... 77*

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemorables el hombre empezó a involucrar elementos externos en su historia de vida para dar un sentido de sí. Algunos de estos elementos fueron de gran provecho para el diario vivir y las exigencias rutinarias, pero otros han causados más problemas que beneficios.

En este trabajo no se pretende dar un discurso moral, ni tan siquiera se pretende entrar en el debate de lo bueno o malo, se trata de analizar un tema de interés social: la dependencia a las drogas. Se extraerá este tema con pinzas del terreno de la moral y se pondrá en un campo de análisis que irá más allá de los planteamientos sobre mundos utópicos, sin vicios o llamados al desenfreno y al permisivismo.

Además, se tomó a la droga como un elemento utilizado para cambiar las perspectivas sensoriales y cognitivas sobre el mundo o ante sus diferentes escenarios; y se tomará la drogadicción como la situación en que hay un uso o apego incontrolable a los cambios en el organismo conllevados por el consumo de las drogas alucinógenas.

Si bien es cierto, existen drogas que modifican en alguna medida los sentidos, de las cuales se abordarán de manera específica en las llamadas *ilegales*, por ejemplo la marihuana, el bazuco, la cocaína, heroína.

Es importante resaltar la palabra “ilegales” utilizada en el párrafo anterior, pues desde los autores o el origen de su etiqueta podemos empezar las discusiones propias que se pretenden plantear. Es la sociedad con sus costumbres la que se encarga de volver una cosas legal (moral, aceptada, digna, buena) o ilegal (inmoral, prohibida, indigna, mala) y al mismo tiempo diferencia de lo que se puede llamar una costumbre normal y un vicio perjudicial. Al ubicarse en el contexto actual, parece ser entonces que las drogas igualmente se dividen en legales e ilegales, inclusive, si se quiere, se puede ir más atrás, y podemos decir que aunque en algunas cosas exista mucha similitud se pueden dividir entre drogas y productos; un ejemplo claro es la diferencia marcada entre una planta de café y una de amapola, y en sus resultados (ambos en igual presentación) se etiqueta al polvo negro como bueno y al blanco como malo, y su uso es destinado respectivamente para el consumo en público y el consumo en las sombras.

En este sentido, se podrían utilizar los mismos productos de ejemplo para hacer notar que aunque, además de su presentación y origen, causen los mismos efectos de dependencia o inclusive de distorsión en los sentidos, sigue existiendo la prohibición para unos y la permisividad e inclusive publicidad para otros.

Este parece no ser la base de los problemas con la droga que denuncia a gritos la sociedad, el problema nace en que los que utilizan las drogas llevan su consumo a un extremo tal que empieza a afectar su entorno y a causar cambios notables en sus relaciones familiares, laborales y sus estados de ánimo.

Estos cambios comúnmente no son notados por los consumidores sino por las personas que los rodean; esto explica que la mayor parte de las personas que son incluidas dentro de tratamientos de rehabilitación no son llevadas a las instituciones por su propia iniciativa sino por la exigencia de sus familiares; además explica por qué las personas que permanecen comúnmente solas en las calles se acostumbran a esa vida de consumo y no tomen medidas para cambiar las cosas.

De este modo, las personas que tiene en alguna medida problemas en su entorno por el uso excesivo de las drogas y acuden a diferentes tratamientos para lograr una mejora o un cambio en su vida que elimine los problemas acarreados, en este caso, la vinculación a centros de rehabilitación en donde inician procesos de reestructuración.

En este punto se pudo delimitar y definir el objetivo del presente estudio, pues teniendo ya diferenciado a las personas con las que se trabajó, se continuó ubicándolas en un contexto específico. Podemos decir que el drogadicto puede entrar en diferentes tratamientos y utilizar mil métodos para intentar dejar el consumo, pero para este estudio los limitaremos a uno, la Teoterapia aplicada a la drogadicción.

Para hacer esta selección de tratamiento se utilizó como base sus logros y beneficios relatados por diferentes expertos en el tema. Con la Teo terapia hablamos de una propuesta de intervención orientado por una entidad no humana, Dios, y su objetivo es lograr la sanación (inclusive podemos llamar la purificación) del paciente.

De esta manera, se abordaron las cualidades de la Teoterapia, desde las narrativas de los participantes, de forma que se evidencia el proceso de rehabilitación de un paciente a través de la Teoterapia para evaluar las razones de sus logros o dificultades en el tratamiento de personas diagnosticadas como adictos a sustancias psicoactivas.

Ciertamente abordar tal cuestión es entrar en un terreno difícil de manejar: la religión. Para ello se tuvo en cuenta que el surgimiento de la religión se ha evidenciado desde principios de la humanidad, múltiples en sus propuestas y en sus pautas y formas de vida sugeridas;

En realidad, las religiones no son tan numerosas como se pretende. Cuando se la despoja de los ornamentos culturales que las recubre y de las formas más o menos elaboradas de supersticiones que las dotan de apariencia de diversidad, salvando algunas diferencias, no quedan más que dos fundamentales: monoteísmo y politeísmo (Frossard, citado por Fernández (2012). pág. 40).

Además de otras características en común que se le podrían atribuir, las creencias religiosas y los temas de espiritualidad son usados actualmente en procesos de reconversión de las personas, como es en el caso de la rehabilitación de sujetos adictos a sustancias Psicoactivas (SPA). Esta clase de tratamiento despierta un interés hacia la forma en que estas creencias propician el cambio en las personas y ayudan al re-organizamiento de la vida del sujeto, haciendo que presente mejorías en los campos de las actitudes, influyendo en el surgimiento del amor propio y por los demás, lo cual encuentra reglamentado dentro de las creencias religiosas.

En el presente estudio, se profundizó en los elementos en los cuales la religión actúa en el sujeto aportándoles en la reestructuración de sus hábitos de vida. En efecto, los resultados se cimientan en las experiencias de personas en estado de drogadicción que pasaron por programas de Teoterapia y pacientes que aun están inmersos en estos programas, tanto nuevos como antiguos, para medir su nivel de adaptación a una vida guiada por la palabra sagrada de un Dios y sometida a procesos o métodos estrictamente religiosos.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN

La fundación tiene por nombre Fuxión 7, la cual se encuentra ubicada en la vía hacia Buenaventura a la altura del corregimiento El Saladito, aproximadamente a 40 minutos del casco urbano de la ciudad de Cali. Se encuentra funcionando en una casa finca en la cual se compone de una casa central que funciona como cocina, espacio de juegos, oficinas administrativas, consultorios terapéuticos,



Imagen 1. Espacio central de la Fundación Fuxión 7



Imagen 2. Espacio de la biblioteca, televisor y sitio para recibir las llamadas de los padres o familiares.



Imagen 3. Espacio de la cocina de la fundación, donde los mismos internos preparan sus alimentos.



Imagen 4. Espacio de las oficinas administrativas, consultorios terapéuticos y oficina del capellán.

Las instalaciones cuentan con un espacio para que cada líder desarrolle las actividades de los programas de intervención, el cual es una sala grande que está dotada de asientos, tablero, sonido y video beam.



Imagen 6. Sala de reuniones.

Además la fundación también cuenta con sitios de esparcimiento y práctica de deportes, como las canchas de futbol y microfútbol, piscina, gimnasio y una pequeña granja.



Imagen 5. Canchas de futbol y micro futbol.



Imagen 7. Pequeña granja dentro de la fundación.

Además de esto, los internos pernotan en 6 cabañas, en las cuales se agrupan varios pacientes por cabaña.



Imagen 8. Panorámica de las Cabañas.

PROBLEMA

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno social de múltiples manifestaciones y formas de comprensión. En la actualidad el consumo de SPA es una problemática social que se encuentra en aumento, y con ello las múltiples formas de rehabilitar a las personas que han caído en esta adicción.

Desde la antigüedad hasta el siglo XIX. El consumo de drogas y sustancias químicas o naturales que conduce a un estado alterado de lo normal, ha sido una actividad que pertenecía, en algunos casos a lo sagrado, en otros al recreo, y ya con más frecuencia en el siglo XIX, a la posible adicción a la sustancia (Basteiro, 2001. Pág. 131).

La adicción a sustancias psicoactivas puede llegar a ser visto, por diferentes sectores de la sociedad, como un grave problema al que se enfrenta las personas y que podría llegar a interrumpir una vida llena de posibilidades y talentos que aportarían a la sociedad. La droga afecta al individuo tanto internamente como externamente, porque además de la dependencia física (el cuerpo se acostumbra a trabajar en presencia de la sustancia y este exige su presencia) genera dependencia psicológica (la persona cree que la necesita y por eso la consume), teniendo en cuenta la sustancia consumida, puesto que en algunos casos se puede generar una sin presencia de la otra. También puede generar un conflicto con su entorno; es común ver a los individuos que consumen habitualmente drogas abandonar reglas básicas y necesarias para la convivencia social; abandonan también sus obligaciones, sus responsabilidades, cambian sus amigos y las actividades que empleaba en sus tiempos libres. A parte de esto, también establece puntualizaciones en cuanto a la vulnerabilidad social de los drogadictos:

argumenta que: 1) la extracción social de éstos sigue una distribución lineal, con una presencia ,más elevada de las clases medias; 2) el proceso de adicción deteriora al individuo y a su entorno familiar mucho más cuando se trata de sectores sociales vulnerables o cuando el adicto ha formado su propia familia y tiene hijos; 3) la mayor parte de los adictos, cuando realizan una demanda asistencias, se encuentran en situaciones de marginación o exclusión social (Comás Arnau, referenciado por Antrazyt (2001), 2001, Pág. 138).

Es así como el tratamiento para las adicciones, a través del pasar del tiempo, ha tomado diferentes nociones, practicas y acercamientos al paciente, pues se tiene claro que el adicto como tal, tiene nociones de riesgo de caídas y recaídas en la adicción, y al tratar de crear un método para abarcar todas las opciones de riesgo, se ha ido incursionando en diferentes modos de terapia, tratando de darle una solución más integral al problema de la adicción y su efectividad en los tratamientos.

El tratamiento de las toxicomanías ha sido siempre considerado como un problema sumamente difícil y complicado, que llevará un cierto tiempo. Éste requerirá grandes dosis de paciencia, de la acción de personal especializado y de multitud de técnicas terapéuticas, sin que por ello se pueda afirmar que el final de este largo y difícil tratamiento hayamos podido liberar al joven drogadicto de su dependencia a las drogas, pues la experiencia nos dice que el número de recaídas es enorme. (Izquierdo 2010; Pág. 125)

En este sentido, se ha tratado de establecer un tratamiento cien por ciento efectivos para ayudar a los adictos, pero hasta el momento no se ha logrado. Lo anterior es debido a que es preferible tratar al individuo desde antes de que se vea enfrentado a la posibilidad de consumir algún tipo de SPA para aumentar la posibilidad de rescatarlo. Al fin y al cabo, algunas sustancias psicoactivas, como la heroína, después de entrar al organismo crean una dependencia física casi imposible de eliminar.

Ahora bien, las praxis al momento de intervenir este tipo de población han ido cambiando y adaptándose a las respectivas formas culturales de la sociedad. Por su parte, el psicoanálisis se ha ido convirtiendo en una forma más de intervenir este tipo de problemática y se rodea de otras formas de prácticas como la religión. Para algunas comunidades, la terapia psicoanalítica no es una real alternativa, pues, según mencionan cristianos protestantes, es un humano pretendiendo curar a otro humano, y con la Teo-terapia según CENTI (2006) (Centro Internacional De Teo-Terapia Integral): *“es el tratamiento de Dios para el hombre en sus tres dimensiones: espíritu, alma y cuerpo. Es la respuesta de Dios a la necesidad integral del ser humano.* En este sentido, las distintas formas de intervención psicológica, entre ellos el psicoanálisis, ocupan muchas veces un lugar secundario en el proceso de rehabilitación de SPA, debido a los psicoanalítico y en general lo psicológico no trata con la cuestión del espíritu o Dios, puesto que este no es su objeto de estudio, lo que lleva a que se ven relegados a un segundo lugar por terapias que involucran a la adopción de dogmas religiosos, ya que estas si tiene como objetivo principal la erradicación de conductas de consumo.

Es así, como entramos a cuestionarnos sobre los efectos que origina los dogmas religiosos dentro el proceso de rehabilitación de SPA, analizando los factores que puedan explicar por qué la religión es para muchos drogadictos la opción para superar una condición de dependencia psicológica con drogas psicoactivas.

Aclarando esto, se puede fijar la pregunta que orientó esta investigación. ¿Qué factores psicológicos permiten que las prácticas y creencias religiosas ofrezcan alternativas de intervención para sujetos drogadictos?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores psicológicos que permiten que las prácticas y creencias religiosas implementadas en un centro de rehabilitación de la ciudad de Dagua se constituyan en una alternativa efectiva de intervención para sujetos drogadictos.

Objetivos específicos

- Caracterizar el proceso de intervención que se desarrolla en un centro de rehabilitación con enfoque teoterapéutico de la ciudad de Dagua para sujetos drogadictos.
- Establecer los factores de orden psicológico que afectan con mayor incidencia el proceso de rehabilitación de sujetos drogadictos en un centro de rehabilitación de la ciudad de Dagua.

METODOLOGÍA

Enfoque de investigación

El enfoque cualitativo es seleccionado para comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investiga) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significaciones, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

De esta manera, se realizó un estudio cualitativo para abordar los fenómenos que se analizaron por medio de categorías base sin hacer mediciones cuantitativas. Se analizaron aspectos relacionados con el campo de lo psíquico y la forma en que el sujeto se acopla a la sociedad y todas sus normas gracias a las leyes que le son impuestas directamente por la religión, en este contexto se emplean elementos propios del campo cualitativo, apoyándonos en entrevistas semi-estructuradas y registro fotográfico.

Participantes

El foco de exploración se centró en la población sujeta a procesos de rehabilitación de SPA, concentrándose de manera específica, en las figuras de intervención Teo-terapéutica llamados líderes, siendo estos los que tienen contacto directo con los pacientes inmersos en teoterapia. Se obtuvo a partir de entrevista semi-estructurada y observaciones de las terapias en la Fundación Fuxión 7, ubicada en el corregimiento de El Saladito vía Cali-Buenaventura. Entre el personal que fue explorado se encuentran los líderes, personas en estado de

drogadicción, personas que se encuentran en el proceso de Teo terapia, personas que lo han concluido, y personal administrativo. La influencia que puede llegar a tener la religión en una persona se puede sondear en diversidad de poblaciones, pero para este trabajo se enfocó la atención en los líderes que participan de manera activa durante el proceso de rehabilitación de los jóvenes que ingresan a la fundación en situación de drogadicción.

MARCO CONCEPTUAL

Religión y Sufrimiento Psíquico

Para empezar a hablar sobre la religión como una creencia social estructurada, es pertinente cuestionarse acerca de lo que puede llegar a significar la “creencia”, esta podría interpretarse como un estado mental, en donde el individuo tiene presente como verdadero, un tipo de conocimiento o experiencia, y por tanto es válido para sí mismo, otorgándole confiabilidad, lo que la mayoría de las veces se ve expresado por palabras o actos.

En la ciencia de la religión, la creencia es una concepción irracional de la existencia que afecta al núcleo personal del hombre, puede acreditar una fuerza interna frente a las apariencias externas, crea una ética y así resiste la prueba de una fundamentación (Dorsch, 1994. Pág. 169).

Es así como la creencia tienen la capacidad de transformar los comportamientos y pensamientos del hombre, puesto que toma la estructura de ley para este, con un consecuente castigo, haciendo que el hombre vea en las creencias una base para la consecución y desarrollo de su vida y las características que lo regirán en su actuar.

De esta forma, como lo señala Fromm (1950), *“la religión coloca la moralidad sobre una base muy endeble, si la validez de las normas éticas descansa en que son mandamientos de dios, el futuro de la ética se mantiene o cae con la creencia de dios”* (Pag 26). Es por esto que se puede dar el estatus de ley a la religión para el sujeto que adopta sus dogmas. Esta necesidad que tiene el hombre de regirse a una norma o tener algo que lo guíe es lo que hace que la religión se haya mantenido a través de la existencia de la humanidad en diferentes sociedades, porque además de brindar elementos para una vida espiritual, implícitamente ha

constituido en el hombre que la práctica y vivencia, las bases de convivencia necesaria en múltiples contextos.

Por su parte, la religión ha sido planteada también desde una forma patológica, por ejemplo Freud, en *ensayos como acciones obsesivas y prácticas religiosas, tótem y tabú, psicología de las masas y análisis del yo*, plantea que la religión está basada en la culpabilidad, el deseo y el mito; de esta manera la presenta como una manifestación patológica de un malestar en la sociedad, una neurosis colectiva. En el texto “*Actos obsesivos y prácticas religiosas*” Freud expresa de qué forma los actos que son realizados por un neurótico obsesivo tienen gran similitud con los actos que realiza una persona religiosa, todo esto se puede interpretar planteando que las personas se han visto arrinconadas a adoptar ideas religiosas y credos en un Dios, sin hacer uso de su propia razón, creyendo, por imposición cultural desde la crianza, que la razón es el hecho de pensar basándose en una idea ya impuesta, y que si se llegara a transgredir esa norma, simplemente sería algo descabellado y fuera de lo normal. Para los creyentes lo normal sería la idea religiosa y la palabra de Dios.

La religión surge en una etapa primitiva del desarrollo humano, cuando el hombre aún no puede usar su razón para enfrentarse con estas fuerzas interiores y exteriores, y tiene que reprimirlas, o tratarlas con la ayuda de otras fuerzas afectivas (Fromm, 1950. pág. 24).

Tomando como referencia lo anterior, se puede decir que la religión es la forma en que la sociedad pudo reglamentar algunos puntos que son claves para una buena convivencia y con esto puedo asegurar su subsistencia a través del tiempo.

No es difícil apreciar en qué consiste la analogía del ceremonial neurótico con los actos sagrados del rito religioso. Consiste en el temor que surge en la conciencia en caso de omisión,

en la exclusión total de toda otra actividad (prohibición de la perturbación) y en la concienzuda minuciosidad de la ejecución (Freud, 1907. pág. 2).

Entendiéndose así la neurosis, esta podría ser vista como una “religión privada” en el que la persona realiza sus actos de forma minuciosa, cultivando su ceremonial y practicándolo sagradamente; inclusive aparece la idea que en caso de fallar la práctica tendrá un castigo. En el neurótico la sensación de culpa lo tortura siempre mientras que, en el religioso, el castigo será la idea de “tortura”, que experimentará en el infierno por haber cometido algún pecado.

Se puede decir que la religión cumple el papel de norma, inculcando al sujeto una creencia que delega de por sí un único camino para lograr “ser feliz”, y que en caso de transgredir las leyes que forjan ese camino se caerá en desgracia. Parece así cumplir más o menos el papel de “policía” de la cultura, asegurando de alguna forma que el individuo no le dé vía libre a sus impulsos y que los reprima, creando así, un aspecto neurótico global. Siguiendo los planteamientos teóricos de Freud (1921) *“En el fondo, toda religión es una religión de amor para sus fieles y en cambio, cruel e intolerante para aquellos que no la reconocen”* (pág. 16). Al analizar este fragmento, se puede entrever cómo para aquellos que no han adoptado las creencias y los dogmas religiosos, se les prohíbe de alguna forma, pertenecer a esa “masa” de religiosos, y esto se convierte en una especie de castigo manifestado en la hostilidad y dolor que recibirá, en dos dimensiones, la del Dios en el cual no creen, y la de sus creyentes, que los miraran como distintos y pecadores, haciendo que, en muchas ocasiones por la misma presión social las personas se terminen incluyendo dentro de esta masa.

Ahora bien, la religión puede ser entendida desde varias perspectivas, tales como la del sociólogo Lenski (1961), *“un sistema compartido de creencias y prácticas asociadas, que se articulan en torno a la naturaleza de las fuerzas que configuran el destino de los seres humanos”*. (pág. 316). Igualmente, el sociólogo Emile Durkheim (1912), situaba la religión como, *“Suele considerarse como grupos en los que se establecen normas y creencias que varían según sus fundadores y las influencias de personajes místicos, sobrenaturales o divinos”*; pero comúnmente estas van encaminadas hacia un mismo fin: un crecimiento espiritual, una especie de manual para tener una vida más placentera y llena de gozo, un camino para encontrar a Dios, una unión entre el hombre y su Dios.

Por consiguiente, para construir una creencia que con el pasar del tiempo se sistematiza y se torne de un carácter religioso debe estar basado en algunos hechos, que después van a pasar por relatos populares que van de generación en generación a través de los que se pueden ver alterados y finalmente llega al punto en que se hace la escritura de los mismos para que sean considerados como una guía ó un manual que deben seguir los que se quieran considerar como miembros de una religión.

La religión es un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único (Geertz, 2003. pág. 89).

En efecto, se genera la consecución de la transformación de los comportamientos de los individuos que se incluyan en comportamientos religiosos, pues al hacerse partícipe de estas creencias adoptan todo el conjunto de normas y leyes que estas profesan, de tal forma

que el individuo abandona su concepción de mundo y sociedad individual, para optar la propia de la religión a la cual se ha adscrito, lo que concierne por ende una transformación voluntaria de pensamiento, comportamiento y actuar cotidiano dentro de la sociedad.

Por consiguiente, las creencias, en este caso religiosas actúan como un ente homogeneizador de una masa, un grupo con cualidades en común y objetivos compartidos que genera con ello una consecución y uniformidad en el pensamiento de sus integrantes, además de una facilidad para atraer y transformar nuevos integrantes a esta masa.

La psicología de las masas muestra hasta qué punto es escasa la acción ejercida sobre su naturaleza impulsiva por las leyes y las instituciones, y cuánta es su incapacidad para tener cualquier género de opiniones, aparte de aquellas que les son sugeridas. (Le Bon, 1895, pág. 12)

De la misma forma, como la masa establece condiciones que el individuo adopta como suyos por encima de sus propias condiciones individuales, y que por consiguiente le otorga una identidad como sujeto perteneciente a dicha masa, podría decirse que también actúan las comunidades terapéuticas, pues dentro de ellas existen normas y planteamientos los cuales el individuo al ingresar a la comunidad terapéutica, acepta tomar como suyas y dejar de lado los planteamientos individuales con los cuales el sujeto proviene, además de contar con un importante elemento homogeneizador, como lo es la creencia en un Dios.

De la Problemática de la Adicción a las Sustancias Psicoactivas

Las sustancias psicoactivas son también llamadas drogas; Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (Informe 10, Pág. 51).

En esta medida, el término farmacodependencia se empezó a utilizar en sustitución de la palabra “drogadicción”; tras un intento de la OMS, para estandarizar el significado de ésta, puesto que la palabra drogadicción cambia dependiendo de las diferentes culturas y costumbres, utilizando simplemente la palabra “farmacodependencia”, como aparece en el 33º informe de la OMS, *“por ejemplo, la palabra adictivo se emplea por lo general con el significado de «que engendra dependencia». Cuando la voz «drogadicción» se usa como término técnico parece referirse a casos graves de dependencia.”* (Pág. 24)

El problema de las adicciones y de manera específica de las sustancias psicoactivas es un tema que ha despertado la curiosidad de muchos y la creación de diversos métodos en búsqueda de una salida, por ejemplo:

El psicoanálisis es prácticamente la única teoría que se ocupa de la mente Humana... la aproximación psicodinámica permite un entendimiento holístico de cada paciente, pues considera las interrelaciones entre su biografía, su personalidad y su trastorno psiquiátrico -la adicción en este caso-, el que es visto como resultado de conflictos psíquicos” (por Gonzalo (2009 Bateman et al, 2000; Southwick & Satel, 1990, Pág. 2).

De este modo, el médico psiquiatra Dr. Gonzalo Acuña G. fundamenta, cómo la perspectiva psicoanalítica constituye una herramienta útil para el proceso de recuperación de las adicciones, tomando en cuenta el papel gravitante que este enfoque le asigna al inconsciente, las emociones y los mecanismos de defensa como determinantes de la conducta humana; Además de esto Acuña (2009) citando a LeDoux, (1992) y Van der Kolk (1996), *“en investigaciones neuropsicológicas y las llevadas a cabo con sujetos víctimas de trauma psicológico, han demostrado que los recuerdos emocionales pueden fijarse sin ningún registro consciente de su incorporación como tales”* (Pág. 2). Estos recuerdos podrían ser los que desencadenen traumas en momentos posteriores del desarrollo del sujeto, y los que pueden verse escenificados en las adicciones.

El trauma que ellos sufren es casi siempre una grave desilusión frente a una madre que, debido a su escasa empatía con las necesidades del niño, (...) no cumplió adecuadamente las funciones que el aparato psíquico maduro posteriormente debería ser capaz de realizar por sus propios medios (funciones de barrera de estímulo; de proveedor de necesarios estímulos; o de ofrecer la gratificación de un alivio de tensión) (Acuña 2009 citando a Kohut (1971) Pag 4)

De esta manera, Wurmser manifiesta que, al consumir sustancias, el yo del adicto ataca al superyó. Por último, el mismo autor señala que adicionalmente a los beneficios obtenidos, el yo del adicto –retorna envuelto en una crisis por el cuestionamiento a su valor- ahora, cada vez que consume, experimenta el plus de ver realizadas intensas fantasías narcisistas.

No obstante, el intento de salida de su crisis narcisista, a la larga no le sirve. Su precariedad se manifiesta por lo que Wurmser llama "el retorno de lo negado" (1987, 1984b), evidenciándose por mayor auto-castigo de parte del superyó, el que se expresa en forma de autocrítica, aislamiento social, ser desdeñado por otros, sufrir prisión e incluso la muerte.

También hay un retorno de la negada auto observación, trayendo cada vez mayor vergüenza y culpa. Finalmente, la debilidad de la solución adicta también se observa cuando se compromete una de las funciones “normales” del superyó, la estabilización de afectos, conduciendo a los fluctuantes cambios de ánimo que tan comúnmente se ven en este tipo de pacientes.

De este modo, existen autores que aluden que el problema de las adicciones guarda relación con eventos de la infancia, en mayor medida con el referente materno, por ello por ejemplo, según Khantzian citado por Acuña (2009),” *la etiología de estas vulnerabilidades proviene de "extremos de indulgencia o de privación durante la crianza (particularmente por parte de la madre), acaecidos en momentos tempranos del desarrollo"* (Khantzian & Khantzian, 1984). Khantzian observó (1985,1997) que los pacientes a menudo experimentan con distintas sustancias psicoactivas y luego escogen una de ellas como su droga de elección, en razón de que calma un determinado estado afectivo. Para él, los adictos a opiáceos habitualmente tratan de atenuar sentimientos de rabia, mientras que los adictos a cocaína intentan aliviar sentimientos depresivos o contrarrestar la hiperactividad. Khantzian también observa que el alcohol posee la propiedad de aminorar sentimientos de ansiedad, temores a la cercanía, o sentimientos de aislamiento o vacío que predisponen a la depresión (Khantzian, 1985, 1997). Considerando todo esto, acuñó el término "hipótesis de la automedicación" (HAM), como un modo de señalar que los adictos seleccionan una particular droga para así "tratar" su sufrimiento mental.

De esta forma el problema de las adicciones se puede tratar desde un campo psicológico y no solo fisiológico pues desde un punto de vista práctico, la aproximación psicoanalítica permite no sólo realizar una psicoterapia, sino también orientar la comprensión y el manejo de la relación paciente-terapeuta, las cuales se emplean comúnmente en los

centros de rehabilitación cuando se enfrentan a casos de personas que tienen un alto grado de consumo.

Además de estas terapias individuales y grupales Kaufman (1990,1994), profundizando en la necesidad de un *timing* para el tratamiento de los pacientes adictos, ha diferenciado distintas fases de tratamiento:

- una *fase temprana*, cuyo objetivo es el establecimiento de un vínculo terapéutico y la planificación de un tratamiento adecuado para el paciente.

- Una *fase media*, caracterizada por la estabilización de la conducta del paciente, por medio de la utilización de programas de prevención de recaídas (cognitivo conductuales) destinados a moderar el consumo o lograr la abstinencia, sea por la inclusión del paciente en un tratamiento de sustitución de su droga a través de la prescripción de metadona, buprenorfina u otro fármaco.

- Una *fase tardía*, caracterizada por la profundización en todos los aspectos internos del paciente que puedan ejercer un rol gravitante como precipitador de recaída. Es aquí donde podría entrar una terapia de orientación dinámica.

Pero aún después de estar sometido a diferentes formas de intervención en búsqueda de la cura a la adicción y se logre alejar a la persona de la sustancia que consumía, el porcentaje de las personas que recaen, independientemente de las diferencias del tiempo entre ellas, son muy altos. Las investigaciones conducidas con adictos, han evidenciado que los principales desencadenantes de recaídas y craving (entiéndase como síndrome de abstinencia, o las ganas de consumir)-dos componentes centrales en las conductas adictivas- son sus perturbaciones emocionales y los conflictos interpersonales (Brewer et al, 1998; Marlatt & Gordon, 1985; Cooney et al, 1997; Rubonis et al, 1994).

Si bien la psicoterapia psicoanalítica se centra en la personalidad como un todo con especial consideración a las emociones y a las relaciones interpersonales-, y este tipo de intervención podría constituir una potente herramienta, destinada en último término a prevenir recaídas del hábito adictivo puede presentar sus fallas al tener una falta de énfasis en el control sintomático del desorden adictivo; una escasa consideración por los elementos biológicos y sociales influyentes en el curso de la patología adictiva; y la ansiedad que suelen generar la neutralidad analítica y las interpretaciones, las que a corto o largo plazo favorecerían las recaídas, como una forma de acting-out de sus conflictos internos (Morgenstern y Leeds, 1993; Herman, 2000, Acuña 2009).

Los Aspectos a Considerar en un análisis de las Intervenciones Psicológicas

Teniendo en cuenta los postulados teóricos propuestos por Kleinman (1988), a continuación describiremos las categorías que corresponden a aspectos que son fundamentales en la evaluación de terapias alternativas o de carácter étnico, entendido como características propias de una comunidad, que se puede realizar de un sistema de intervención utilizado para orientar desde una perspectiva psicológica a una persona al enfrentar cualquier tipo de malestar psíquico.

Encuadre de la institución

El encuadre, hace parte fundamental de la terapia psicoanalítica, puesto que supone un conjunto de reglas en conjunto acordadas entre el paciente y el psicoanalista, que permite que en el transcurso de la terapia, se lleve un aparente orden y el acceso por parte del terapeuta

hacia el paciente sea más viable y cómodo para ambos, puesto que la organización de la tarea a realizar debe ser parte fundamental en la intervención psicoanalítica.

Toda tarea necesita estar enmarcada, delimitada, justamente para evitar la desorganización y el caos. Es decir que toda situación requiere normas, un sistema de reglas que regulan el funcionamiento, que opera como regulador de las relaciones y del vínculo con la tarea. (Beller, 1983)

Teniendo así que dentro de la terapia psicoanalítica, no todo está precisado al azar o a la conveniencia del curso de la terapia, sino que desde el comienzo está estipulado implícitamente que se ha de seguir un orden y una estructura de desarrollo en la intervención.

Se puede decir que uno de los aspectos centrales del encuadre puede llegar hacer el estado mental del terapeuta. Es por esto que se establecen un tipo de normatividad para el desarrollo de la terapia, configurando así un espacio para que la perspectiva personal del analista se vea lo menos influenciada hacia la retroalimentación que recibe el paciente. Como lo menciona Fraigne et al (2004): *“...a las transferencias, a la contratransferencia y en una disposición a interpretar acerca de los movimientos de las mismas en el encuentro entre analista y paciente en la sesión analítica, para favorecer el acercamiento del paciente a la motivación inconsciente de lo ocurrido durante la misma.”*.(pag.88). La regla clásica plantea que el analista se debe de encontrar en una situación de atención flotante, lo que le permitirá estar más atento hacia aquellas partículas implícitas del discurso y por ende realizar la invitación al paciente a su debido cuestionamiento.

Es por esto que el encuadre debe de ser de carácter transformativo, siendo así que a manera que la consulta avanza se vea enriquecida por los acontecimientos y situaciones que han sido narradas por el paciente, visualizando con esto un avance en el progreso interno del paciente respecto al motivo de su consulta y lo que hace que el tipo de encuadre, se vaya transformando y reduciéndose a un sentido mucho mas explicito.

Asimismo, los elementos del contrato que se van desplegando en el curso del tratamiento y la actitud continente del analista, van haciendo cada vez más explícito su encuadre, permitiendo que éste se constituya en continente de nuevos acontecimientos y que el paciente pueda comprenderlo e incorporarlo” (Fraigne et al, 2004, Pag 97).

De esta forma, la terapia ira en sentido de avance, con un orden cambiante ante las nuevas situaciones que aparezcan y que propicie el mejorar del paciente, con la libre atención del analista.

Dentro del encuadre, se conocen algunos elementos, aunque estos no deben ser de carácter obligatorio y dogmatico, puesto que deben de ir cambiando dependiendo de las generalidades del paciente y los devenires de cada terapia.

Debe ser invariable: mismas posiciones recíprocas, número establecido y regular de sesiones – al menos tres por semana–, duración uniforme de éstas de 45 o 50’ minutos, honorarios pagados regularmente, pago de las sesiones faltadas, anuncio por parte del analista de los periodos de vacaciones con suficiente antelación, reserva de éste en cuanto a su persona, prioridad al paciente para el uso y la libertad de palabra. Para el analista: secreto a guardar. (Urtubey, 1999 Pag 2)

Especificando así, elementos como los horarios de la terapia, la duración, los pagos y el secreto del analista deben ser considerados elementos a tener en cuenta a la hora de realizar el encuadre de la terapia.

Es así también, como quedan otros elementos a la cuestión del terapeuta, uno de ellos puede ser la neutralidad, aspecto importante a la hora de que el terapeuta, no se permita influenciarse por la transferencia que hay hacia el paciente, y que autoevalúe su condición frente al paciente, haciendo que esta transferencia no logre trastocar el campo consiente del terapeuta, como según Urtubey (1999): *“La neutralidad es un proceso de control del yo, sin el cual la distancia requerida para la toma de consciencia quedaría eliminada. Necesaria para este control, permite el desarrollo del proceso analítico sin interferencia indeseable y según el ritmo propio”* (Pag 6), dando a entender así que el analista debe de guardar cierta distancia del paciente, distancia que le permita acceder y establecer un vínculo con el paciente, pero no trascendiendo el plano de la terapia y la relación terapeuta-paciente.

Otro aspecto que Urtubey (1999) nombra, es el de la regla, el especificar desde un principio que la terapia se basara en decir todo aquello que el paciente crea conveniente sin importar su naturaleza:

Se debe formular la regla fundamental al principio del tratamiento, indicando en sustancia que el paciente dirá todo lo que le surja espontáneamente, aunque sea desagradable para el uno o para el otro, aburrido, repetitivo. Algunos la formulan, otros no, otros según...” (Pag 8),

Es posible con esto que el analista pueda hacer uso de su asociación libre para amarrar las ideas que el paciente tenga, y hacer así que no se vea cohibido por su propia represión a la hora de demostrar algún rasgo.

Características de la intervención interpersonal

En la relación que se establece entre terapeuta y paciente, siempre va de por puesto que existirá un intercambio emocional y psíquico, que permitirá que el analista tenga un encuentro con la situación que no está expuesta explícitamente en el discurso del paciente, lo que se conoce como transferencia, siendo esta un pilar básico en el desarrollo de la terapia siendo así que, dicho por Spivacow (s.f), en la relatoría sobre un conversatorio menciona: *“Cabría aquí recordar que para Freud el conocimiento de sí se daba siempre en el marco de una transferencia positiva, un amor de transferencia que habilitaba en un lugar de autoridad a la palabra del analista”*(Pag 1). Acudiendo así al sujeto del saber, la relación de poder entre analista y analizado, que provee así mismo una vía para la formulación de la transferencia, y que a partir de esta se pueda canalizar una retroalimentación, que lleven al mismo paciente a un descubrimiento de la realidad perseguida y oculta por el mismo.

Por otra parte, la intervención debe de estar rodeada, de un ambiente específico que facilite cierto comportamiento por parte del analista, esto facilitado por el encuadre al cual el analista considere pertinente y el paciente implícitamente acceda, es así como la atención juega un papel fundamental en el desarrollo y cauce de la terapia, siendo esta el estado excepcional del analista facilitando la verdadera comprensión de lo explícito e implícito que el paciente manifieste, proporcionando así una verdadera retroalimentación, lo cual puede llevar a la cura, es esto una característica fundamental del analista, como lo menciona Heinmann (1950): *“Tiene que percibir el significado manifiesto y el latente de las palabras de su paciente, las alusiones e implicaciones, las referencias implícitas a sesiones anteriores, las menciones a situaciones infantiles detrás de la descripción de relaciones corrientes, etc..”*(Pag 2), teniendo la capacidad de un punto de vista ajeno a las preocupaciones o

angustias propias del motivo de la consulta, lo que le permite hilar la situación y ordenar lo que aparentemente está ordenado, dando así una retroalimentación al paciente que le permita vislumbrar lo que realmente está buscando.

Es así como, uno de los nuevos aspectos que se puede tener en consideración a la hora de configurar la relación entre el paciente y el terapeuta, puede ser el acuñado por el término de contención.

Por contención, entiendo la instalación y luego el desarrollo de una confianza recíproca, cada uno en su rol, en un ambiente de trabajo, más bien agradable, donde la lucha contra la destructividad y la des-objetualización (descrita por A. Green) son llevadas por los mejores medios y en tiempo útil” (Urtubey, 1999, Pág 12),

Dando a entender así, que desde un principio se genere un espacio propicio para que entre el analista y el paciente se lleve a cabo una transferencia y contratransferencia, elementos necesarios para el desarrollo de la terapia y la transformación del paciente ante lo encontrado con la ayuda de su terapeuta.

En palabras de Salgado (1988),

Nuestra postura es que es tan importante el dominio de la formación teórica y técnica, como la estructura de personalidad de quien ejerce el arte y la ciencia de la psicoterapia; ya que como su agente, es un elemento comunicante, que se introduce en el sistema relacional en que interviene, produciendo una serie de efectos especiales y siendo afectado a su vez.”(pág. 380).

Definiendo con esto la forma en que la preparación de el terapeuta influye en el éxito de la terapia como tal, y no se refiere a una preparación netamente teórica sino que debe de estar acompañada de la calidad de persona y empatía que logre generar frente al grupo, poniendo en juego directamente la personalidad del terapeuta, y la facilidad con que pueda generar empatía con el paciente, siendo esto una gran entrada para la confianza del paciente hacia el analista y también un factor de favorabilidad de la transferencia, tan necesaria para un proceso de creencia y placebo en lo que el analista le dice al paciente.

A la hora de hacer referencia a las características de la intervención, también debemos de referirnos a los métodos que utiliza el terapeuta para abordar a su paciente, además de lo ya mencionado dentro del encuadre, también se encuentra algo de gran importancia a la hora de rescatar ciertos elementos del discurso del paciente, teniendo a continuación una visión de lo que se conoce como atención flotante.

Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado” (Laplanche & Pontalis, 1967, pág. 37)

Características del practicante.

No hay una definición exacta respecto al rol o caracterización que deba de tener el terapeuta, aunque se han definido a través de las teorías, ciertas características generales que

se deben de tener en cuenta a la hora de que el paciente acuda a cierto terapeuta, es así como lo organiza Winkler M et al (1989) de la siguiente manera: actitud, personalidad, habilidades y nivel de experiencia.

En lo que respecta a la actitud, Winkler M et al (1989) referenciando a Strupp (1979): *“plantea que el terapeuta debe tener una actitud tal, que favorezca un clima terapéutico que posibilite el cambio. Para que esta actitud promueva el cambio debe incentivar la autoexploración del paciente, debe ser de respeto, aceptación, comprensión, calidez y ayuda.”* (pág. 37), con esto tenemos referencia para caracterizar, la actitud que el analista debe de tener ante su paciente, con el fin de que le brinde una gran ayuda a la mejora durante el tratamiento.

Por otra parte, el concepto de personalidad, Winkler M et al (1989) referenciando a Lerner (1974) dice que: *“el factor operativo en el éxito terapéutico reposa mas en las cualidades personales del terapeuta que en su formación científica, características que giran en torno a la capacidad para establecer una relación psicoterapéutica”* (Pag 37) es así como se definen las cualidades personales que debe tener una persona para que logre cumplir adecuadamente el papel de terapeuta, generalmente teniendo como base el ser objetivo, honesto, de proceder ético, con gran contenido de perceptividad, empatía y facilidad para establecer vínculos.

De igual forma, en el apartado de las habilidades se debe tener siempre en cuenta la preparación y la idoneidad de la persona, teniendo en cuenta lo mencionado por Bados (2008)

referenciando a Bernstein y Nierzel (1980/1988) *“La terapia psicológica consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos.* (pág. 2) teniendo así que, el terapeuta debe saber de antemano muy bien los procedimientos a seguir, generando con esto una confianza en el paciente y además que el paciente sienta que verdaderamente se está haciendo algo con la terapia y que no puede llegar a ser un tiempo perdido.

Por último tenemos que la experiencia, juega un papel fundamental en cuanto al manejo de los pacientes, teniendo así que la experiencia ofrece un bagaje intelectual que puede no adquirirse en la academia, lo que facilita que el terapeuta tenga de por sí, una especie de afinación de ojo clínico, lo que le puede llegar a permitir darse cuenta con mayor facilidad de cuál es el mal que perturba a un paciente.

Existen estudios en los que se ha encontrado una directa relación entre la edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración, conductas que se ha encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los pacientes” (Winkler M et al, 1989, Pag 38).

Concepción de la enfermedad

La enfermedad puede ser un concepto discutido, pues lo que para uno es sano para otros es algo completamente anormal y la persona que lo practica rara vez se escapa de ser nombrada como “enfermo”, es por esto que algunos psicoanalistas afirman que incluso

cuando se habla que la cura para algunas “enfermedades” realmente no existe y tan solo se buscaba lograr que el paciente aprendiera a convivir de una manera sana con su enfermedad; aunque para otros la enfermedad puede curarse e inclusive prevenirse mucho antes que se asome en nuestras vidas, es así como el psicoanálisis no es visto como un ente de cura directamente, sino que a cuestiones sociales se acostumbra otorgarle el poder de la cura a otras cosas más cotidianas y que se creen socialmente de mayor incidencia, como lo dice Peskin (2008): *“En tanto no podamos aseverar con claridad que el psicoanálisis cura promovemos la idea que lo que cura es otra cosa, por ejemplo el amor, el Prozac o alguna variante de conductismo”* (Pag 37) dando por sentado el poder que poseen las cosas cotidianas y conocidas, influyendo en la creencia de que lo que cura es algo más cercano, conocido y confiable como aquellas estructuras o cosas que son mas socialmente aceptadas. Por otra parte, contrastando con lo mencionado por Braunstein 2005 referenciando a Kraeplin, menciona que *“para Kraeplin la entidad clínica o enfermedad mental es un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad en la fase terminal. El saber clínico consiste entonces en identificar a la enfermedad antes de su pleno desarrollo y poder fundar un pronóstico.”*

En la historia de la Medicina también podemos rastrear y encontrar dicotomías respecto a la visión del hombre enfermo. Conocida es la contraposición entre la visión hipocrática y la galénica.

En la primera el objeto de estudio era el hombre en su totalidad; planteo una teoría de los humores (de personalidad) y de la reacción global ante la enfermedad. Su atención estaba centrada en el sujeto enfermo, en el estar enfermo.

En la segunda la enfermedad aparece como un fenómeno autónomo de afectación corporal y con una terapéutica concreta. Su foco estaba en Tener una enfermedad. (Barbado A et al, 2005, Pag 1)

Esta enfermedad o malestar está acompañada de otras formas y fuerzas que afectan directamente las intervenciones.

El curso que adopta una enfermedad y lo que implica para el destino de un hombre dependen, no de la enfermedad, sino, sobre todo, del enfermo, de su actitud ante la vida y de la situación en ella. Todo enfermo no sólo tiene su enfermedad sino que él mismo y su destino hacen su enfermedad. La historia morbosa es siempre una biografía.” Barbado et al 2005 referencia Siebeck (citado por Rof Carballo). (Pag 3)

Etapas y mecanismos terapéuticos

Para una mejor respuesta y adecuación a las necesidades terapéuticas de los pacientes Sanabria & Villanueva (2001) afirman que: “ *y que se extiende más allá de la permanencia en el centro terapéutico, lo que permitiría secuenciar y potenciar algunas estrategias ligadas al tratamiento y, sobre todo, hacer más comprensible los resultados*”.(Pag 59)

Es así como la terapia psicoanalítica durante su desarrollo y encuentros con el paciente, después de haber sometido cierta reglamentación para el desarrollo de esta, internamente desde la concepción del analista se encuentran unas etapas o intervalos en donde se puede ir dividiendo y organizando las conductas que la persona puede ir afrontando, por medio de la retroalimentación que el psicoanalista le brinde y que le permita así, ahondar más

en su psique con el direccionamiento brindado por el terapeuta, en mención del psicoanalista Yildiz (2010), el análisis de un fenómeno psicoanalítico se puede dividir en diferentes etapas:

Confrontación o señalamiento. El fenómeno en cuestión tiene que hacerse evidente, tiene que resultar explícito para el Yo consciente del paciente. Por ejemplo, antes de poder interpretar la razón que pueda tener un paciente para evitar cierto tema en la sesión se tiene que poner frente al hecho de que está evitando algo.

Siendo esta la dadiva de devolución que el analista debe tener en cuenta, puesto que también la forma en que lo haga afectara directamente al paciente con algo que en realidad no quería afrontar, la situación del yo inconsciente, que a través de la confrontación a la cual el analista lleva al paciente, se puede hacer consiente.

De esta forma Yildiz 2010, *“la **aclaración o clarificación**. La aclaración se refiere a aquellas actividades que tienden a enfocar nítidamente los fenómenos psíquicos que se están analizando. Hay que extraer los detalles significantes y separarlos cuidadosamente de la materia extraña”*, que se puede ver como el paciente acude a ciertos contenidos del inconsciente, pero sin llegar a presentarse una relación de transferencia, siendo relacionado con el proceso de autorreflexión que los pacientes viven, acorde a su vida, su cercanía con Dios y lo que pueden hacer con ella, o lo que Dios puede hacer por ellos.

Por otra parte Yildiz 2010, la *“**interpretación**. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Más exactamente, significa hacer consciente el significado, el*

origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado.” Teniendo así como el analista debe ser capaz de extraer aquellos elementos que se dan por detrás del discurso, encausándolos y significándolos de una forma organizada, transfiriendo esa información a través de la retroalimentación, generando así una confrontación con la verdad oculta del paciente y llevando así el desarrollo de la terapia hacia una posible cura.

Por último según Yildiz (2010) se puede conocer como:

La elaboración o la translaboración. Se trata de una serie compleja de procedimientos y procesos que se produce después de presentarse un insight. La labor analítica que hace posible el que el insight lleve a un cambio es la translaboración. Principalmente se trata de las exploraciones repetitivas, progresivas y elaboradas de las resistencias que se oponen a que el insight conduzca a un cambio. La translaboración pone en movimiento muchos procesos circulares en los que el insight, el recuerdo y el cambio de comportamiento se influyen mutuamente

Es así como el analista puede entender aquellos pacientes, que durante la terapia dicen estar consientes de su problema, de aquello que los aqueja pero no hay modificación de su comportamiento para suprimir o lidiar con aquel problema, siendo esto tarea del analista el saber analizar y desmenuzar aquellos procesos enmarañados que se encuentran detrás de las resistencias que pueda presentar un paciente y que así le logre devolver al paciente un recurso un poco más completo del porque en primera instancia, en realidad el paciente no desea realizar el cambio.

Igualmente Yildiz (2010) resalta como punto importante que:

Los resultados indican que la incidencia del tratamiento en el área toxicológica no es uniforme ni afecta por igual a todas las sustancias, siendo más evidente la heroína (...) para el resto de las sustancias la incidencia es más desigual, apreciándose tendencias al alza en algunos casos.

La evolución terapéutica de los pacientes parece diferenciarse tres etapas. Sanabria et al (2003). La primera caracterizada por significativos descensos en el consumo, una segunda, en la que esa tendencia parece detenerse, apreciándose aumentos en algunos consumos simulando un “*efecto rebote*” que a su vez es corregido durante la tercera etapa, reduciendo o estabilizando el consumo en los niveles de la primera; por lo que esa etapa es una referencia pronostico respecto al resultado final.

Es por esto que los avances no son muy claros y no existe una teoría que hable de la drogadicción con conceptos, estadísticas, procesos, pautas concretas.

A grandes rasgos el proceso de recuperación de adictos parece transcurrir a través de tres etapas o fases:

a) Una primera fase de fuerte impacto y significativos descensos en cuanto al consumo de sustancias que aparece a corto plazo y es atribuible a la acción terapéutica.

b) Una segunda fase en la que se produce una especie de relajación de los efectos. La línea de mejoras parece identificarse e incluso se frena, llegando a producirse incrementos en el consumo de algunas sustancias. En esta fase parece producirse un efecto rebote o tendencias en alza

c) Una tercera fase en la que de nuevo se corta la tendencia en alza del consumo manifestada en la fase anterior para reducirse y aproximarse a los niveles de consumo o abstinencia de la primera. Supone una disminución del efecto rebote y aparece estabilización del consumo y abstinencia. (Sanabria, Villanueva, 2001, pág. 65)

Después de esto Sanabria et al 2001 menciona que

La estimación de la eficacia de un tratamiento por abuso de drogas puede variar en función del momento elegido para su valoración, dado que son muchos los procesos de asimilación, ajuste y adaptación llevados a cabo por los pacientes adictos tras el final de la estancia en el centro de tratamiento y en contacto con su entorno social e influye en las valoraciones llevadas a cabo. (Vaillant, 1988, Bustamante, 1990)” (Pag 59)

Aspectos extra terapéuticos

Para empezar podemos decir, como lo referencio Corbella & Botella (2003) que: *“La relación terapéutica es producto del encuentro entre el terapeuta y el cliente, y eta influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos”*. (pág. 212.)

La empatía y la calidez del terapeuta son partes que si bien no se configuran de manera necesaria para el establecimiento de la relación terapéutica, si hacen parte en la facilidad que relación que tenga el terapeuta con el paciente, facilitando los intercambios de información y el proceso transferencia, importante para entablar la relación terapeuta paciente.

Dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapéutica” (Bachelor y Horvanth, 1999). Comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza. (Henry y Strupp, 1994) (Piedrabuena 2011pag 22).

Es así como, los aspectos comportamentales de índole personal del terapeuta tienen una influencia en el paciente y en el proceso que se lleva con este, además de esto configurando unos patrones que por lo general han sido resaltados por los pacientes en diferentes estudios; teniendo así que se:

Sostiene que existen aspectos comunes que permiten comprender la influencia terapéutica y en sus estudios identifica los siguientes elementos comunes a todas las psicoterapias: Establecimiento y mantención de una relación significativa entre consultante y terapeuta; Provisión de una importante cuota de confianza y esperanza para aliviar el sufrimiento; oferta de nuevas informaciones, y por lo tanto, nuevas posibilidades de aprendizaje; Facilitación de la activación emocional; Aumento de las sensaciones de dominio y auto eficacia; e Incremento de las oportunidades para verificar los cambios y los logros en la práctica (Jerome Frank (1982) en Santibáñez et al 2008)

Es así como se enuncia una generalidad de aspectos que son de carácter extra terapéutico y que tienen gran influencia en los procesos que el paciente realiza con la terapia, caracterizando los procesos que se configuran dentro de la relación terapeuta-paciente, (en el caso de la teoterapia pastor-drogadicto) y que condensan el relacionamiento proporcionando así una evolución en el proceso terapéutico.

Por otra parte, como lo referencia Abarca O et al 2005: “

A medida que transcurrieron los años y aumentaron las investigaciones en este campo de estudio, el efecto placebo paso de considerarse una “complacencia” dada por el médico, a ser un conjunto de factores incidentales de un tratamiento que tienen efectos terapéuticos en el síntoma o trastorno (Strauss & Von Amon, 1996, en Perez, Morer & Martin-Santos, 2003) (pág. 1).

Es así, como el efecto placebo que puede llegar a tener el analista sobre el paciente enmarca así un gran aspecto extra-terapéutico que tiene gran influencia en el éxito de la terapia, haciendo así que el paciente tenga gran creencia en lo que el analista dice sobre sus situaciones o problemas expuestos, generando con esto una confianza que hará que aquello que es dicho en la terapia, el paciente lo reevalúe después de esta, para que así halla un trabajo más específico sobre lo que se hace dentro de la terapia.

La investigación científica y la práctica clínica han demostrado el valor de continuar los cuidados en el tratamiento de la adicción, teniendo en cuenta los procesos sociales que conlleva la problemática, además de la importancia del involucramiento del estado en su combate frente a las drogas.

Una variedad de enfoques que han sido probados e integrados en entornos residenciales y comunitarios. Al mirar hacia el futuro, aprovecharemos los resultados de nuevas investigaciones.

Los costos del abuso de sustancias le cuestan a los Estados Unidos más de medio billón de dólares anualmente y el tratamiento puede ayudar a reducir esos costos.

Se ha demostrado que el tratamiento para la drogadicción reduce los costos sociales y de salud en una escala mucho mayor que el costo mismo del tratamiento. El tratamiento es mucho menos costoso que sus alternativas, como es el encarcelamiento de los adictos".
(Volkow 2010)

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para presentar los resultados de la investigación y sistematizar la intervención psicológica desde un aspecto psicoanalítico, se presentaran los datos recolectados por categorías de la siguiente forma:

Encuadre de la institución

Las instituciones que se encargan de pacientes en estado de drogadicción actualmente financian los costo del programa cobrando una mensualidad a sus pacientes que varía dependiendo del tipo de institución; Fuxión 7 maneja unas tarifas que pueden alcanzar costos de \$600.000 y también puede haber ocasiones en las que pueda sostener a uno o más pacientes sin que paguen por su estadía, esto basado en la situación socio-económica que presente el paciente, la cual es investigada por el personal administrativo.

El que más paga, paga 600.00 y el menos paga 200.00, otros 400.000 o 500.000, tenemos que conocer la casa , lo que hace, hacemos visitas y miramos si realmente no puede, porque la otra vez no hacíamos las visitas y la gente nos decía que no podían pagar y cuando venían a visitarlos el fin de semana llegaban en camionetas lujosas a traerles regalos o cosas caras, entonces no era justo porque es un trabajo social muy grande el que siempre hemos hecho, sin contar que siempre hemos tenido gente gratis también (extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Estas se han tenido que someter a un proceso de cambio debido a que deben de empezar a implementar políticas, protocolos y normas estrictas dentro de sus programas porque la ley empezara a regular estas instituciones más de cerca y planean que hagan parte de la cobertura de salud del país, por esto existen exigencias para la institución en el manejo administrativo:

“Tenemos un encargado de la parte contable y de la auditoria, el no mantiene aquí, el todo lo hace externo, uno le lleva la documentación y él lo hace, la auditoria los balances y todo lo financiero.” (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Además de esto, el paciente a la hora de ingresar también debe de responder a ciertas exigencias que la norma exige, tales como la toma de exámenes para detectar alguna enfermedad que pueda llegar a ser peligrosa para los demás pacientes (Sida, Tuberculosis o enfermedades contagiosas o relevantes para el cuidado del paciente durante su tiempo en la institución), además se hace una valoración médica de ingreso y psicológica y el pago de una mensualidad para poder cubrir los gastos que acarrea hacer las nuevas modificaciones para lograr ser parte de las instituciones prestadoras de salud avaladas por el estado.

En el caso de los menores de edad, la fundación maneja su intervención totalmente en comunicación con los padres, recayendo la responsabilidad de costos, intervención y supervisión del comportamiento sobre estos, haciendo así que la fundación solamente cumpla el papel del ente de acogimiento y prestación de un servicio de tratamiento psicológico y espiritual.

Con los menores de edad el papá debe de venir y firmar un consentimiento informado, se hace unos documentos de entrada, firmar un contrato para que se comprometan a pagar, se les da la norma de las visitas, con los menores firma todo el papá” (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Después de que el paciente logre cumplir con todos los requerimientos para el ingreso, se empieza un proceso de contextualización en donde participan los directores, los líderes y pueden incluir a un paciente cuyo proceso de rehabilitación este avanzado, para que este cumpla el papel de “hermano mayor” el cual es el encargado de mostrarle el funcionamiento, las reglas y los deberes que se deben de cumplir dentro de la fundación.

Se le asigna los que es un “hermano mayor”, este le enseña las normas de la casa, está pendiente de él, que este cumpliendo con los horarios, que tenga sus cosas básicas. Los hermanos mayores son los mismos usuarios pero que ya llevan adelantado su proceso. (Fragmento de entrevista a un líder).

Además de esto, exhibido en una pizarra se tienen 2 tipos de normas que rigen, están las de carácter general las cuales rigen el comportamiento dentro de la fundación, con sus integrantes, pacientes y visitantes.

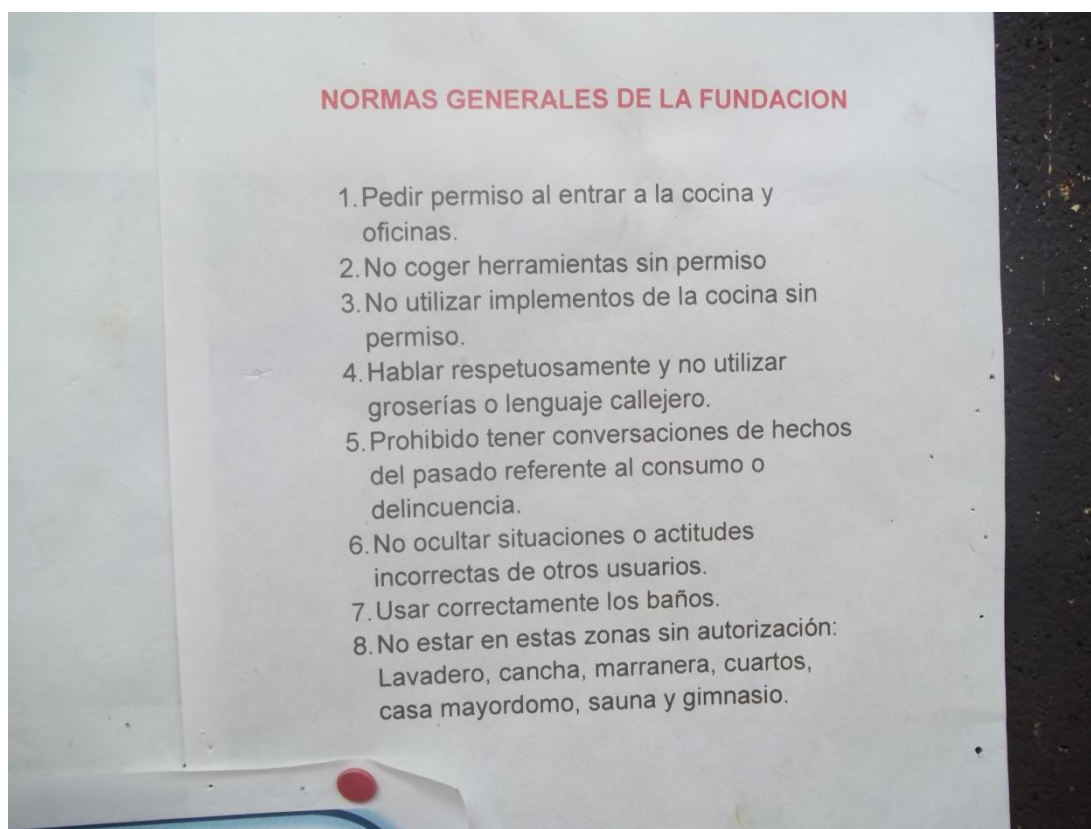


Imagen 9. Normas Generales de la fundación.

En están las normas de carácter cardinal, las cuales rigen a las personas como tal, por fuera de su nivel de paciente y atienden directamente al comportamiento que facilitan la convivencia dentro de un recinto.

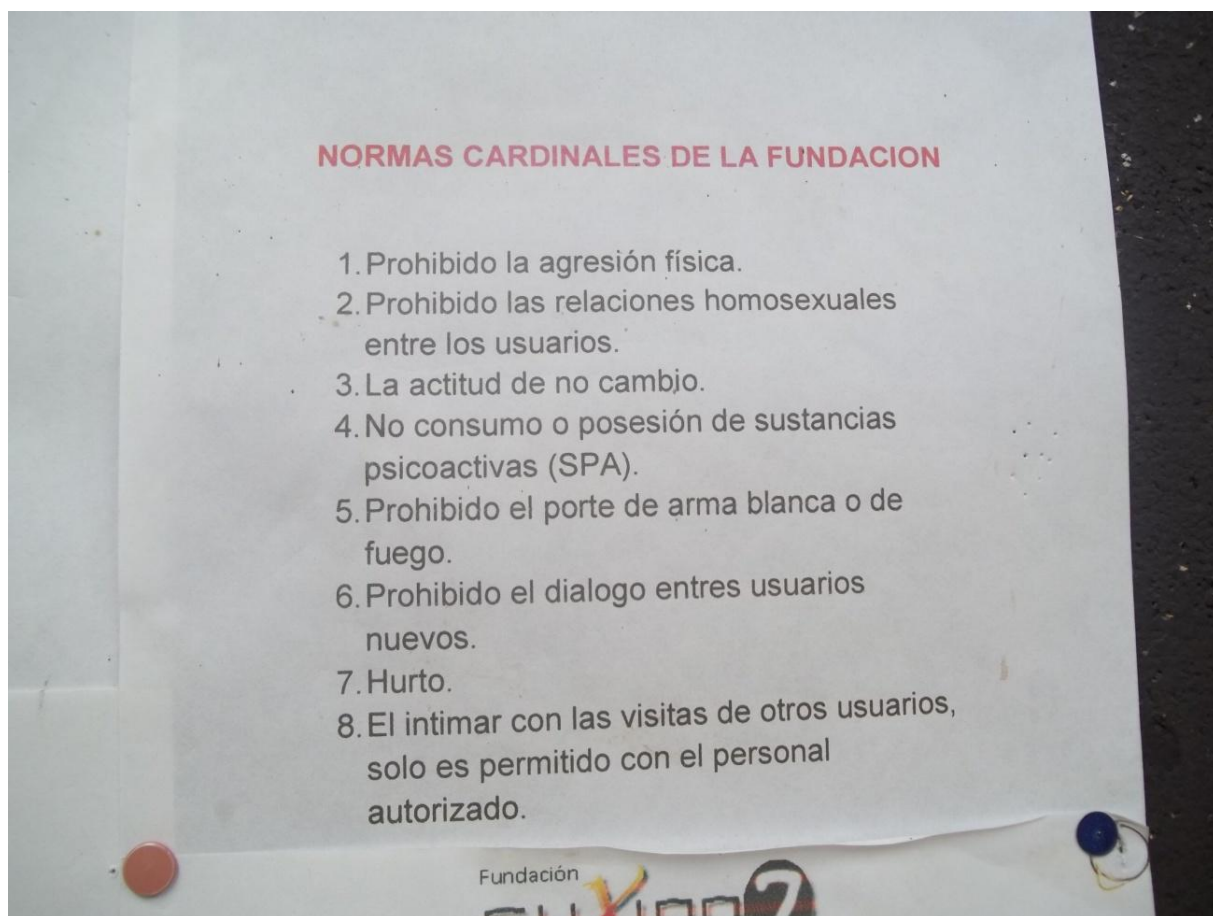


Imagen 10. Normas Cardinales de la fundación.

Es así como su funcionamiento es de carácter institucionalizado, organizándose interiormente hacia un nivel administrativo y también un pleno orden exteriormente con los pacientes y los familiares de los pacientes, por ejemplo, a la vista de todo el mundo tienen una estructura organizacional:



Imagen 11. Organigrama administrativo de la fundación Fuxión 7

Estos procesos de estructuración de las funciones y el cumplimiento rígido de los protocolos ha llevado también a que en sus actividades diarias se vea aumentado el control, y se establezcan horarios de rígido cumplimiento en donde cada paciente sabe cuáles van a ser sus funciones en la institución durante el día y la semana, de forma que sirve tanto para que el paciente mantenga su mente ocupada como para llevar un control de las actividades de cada uno.

HORARIO				
HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
6:30 a 7:30 am	LEVANTADA / BAÑADA	LEVANTADA / BAÑADA	LEVANTADA / BAÑADA	LEVANTADA / BAÑADA
7:30 a 8:00 am	INVENTARIO MORAL DIARIO (I.M.D.)	INVENTARIO MORAL DIARIO (I.M.D.)	INVENTARIO MORAL DIARIO (I.M.D.)	INVENTARIO MORAL DIARIO (I.M.D.)
8:00 a 8:30 am	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
8:30 a 9:00 am	ENCUENTRO DE LA MAÑANA	ENCUENTRO DE LA MAÑANA	ENCUENTRO DE LA MAÑANA	ENCUENTRO DE LA MAÑANA
9:00 a 10:00 am	ASEOS	ASEOS	ASEOS	ASEOS
10:00 a 11:00 am	GRUPO DINAMICO (Liberación de Sentimientos)	SOCIOGRAMA	GRUPO ESTATICO (Grupo de Confrontación)	FEDD - BACK (Logros y Dificultades)
11:00 a 11:30 am	REPOSO / TIENDA		REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA
11:30 a 12:30 pm	TERAPIA DE PROFUNDIZACION		TERAPIA DE PROFUNDIZACION	TERAPIA DE PROFUNDIZACION
12:30 a 1:00 pm	REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA
1:00 a 1:30 pm	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
1:30 a 3:00 pm	REPOSO / DORMIDA	REPOSO / DORMIDA	REPOSO / DORMIDA	REPOSO / DORMIDA
3:00 a 3:30 pm	ASEO DE HABITACIONES Y ALREDEDORES	ASEO DE HABITACIONES Y ALREDEDORES	ASEO DE HABITACIONES Y ALREDEDORES	ASEO DE HABITACIONES Y ALREDEDORES
3:30 a 4:45 pm	MANTENIMIENTO DEL HOGAR	MANTENIMIENTO DEL HOGAR	FITNESS / DESINTOXICACION FISICA	MANTENIMIENTO DEL HOGAR
4:45 a 5:00 pm	REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA	REPOSO / TIENDA
5:00 a 5:30 pm		TALLER DE	MANTENIMIENTO DEL HOGAR /	

Imagen 12. Horario de los pacientes dentro de la fundación.

Es así como en un tablero de información se encuentra ubicado un horario de todos los días, estipulando las actividades individuales y comunales que se deben de realizar, esclareciendo por horarios, desde la hora en que se levantan hasta la hora en que se acuestan, de Lunes a domingo, generando con esto un orden y disciplina al ser el horario de estricto cumplimiento por todos los pacientes, supervisado por los lideres de terapia, preparándolos según los lideres para el apego a las normas sociales, simbolización que se pierde cuando caen en la drogadicción y que el apego a la lectura bíblica y a Dios les ayudara para volver al “camino del bien”, donde existen unas reglas que se deben de seguir y respetar, y se debe de empezar con el cumplimiento de este horario.

Manejamos un horario que es necesario cumplir, aquí se levantan tarde, a las 6:30 para que puedan descansar, tener su mente relajada y en la tarde de 1:30 a 3:00 tienen su hora de sueño, entonces no podemos darles más porque descansan bastante.” (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Cada paciente tiene asignado un rol dentro de la institución que está atado a tareas específicas que se deben de cumplir en los horarios asignados o mencionados anteriormente, estas tareas pueden variar de ejecutor dependiendo de las decisiones de los líderes o del comportamiento de cada paciente. El jefe de economato, el jefe de cocina, los cocineros y el fogonero son escogidos dependiendo de las habilidades y disposición de los pacientes y el cargo de pianista es asignado para un paciente determinado y este es empleado en forma de castigo en casos de indisciplina o faltas a las normas o órdenes dadas por los líderes, con la idea de que no se vuelva a presentar una violación. El cargo de pianista corresponde a la limpieza de la cocina antes, durante y después de la preparación de los alimentos

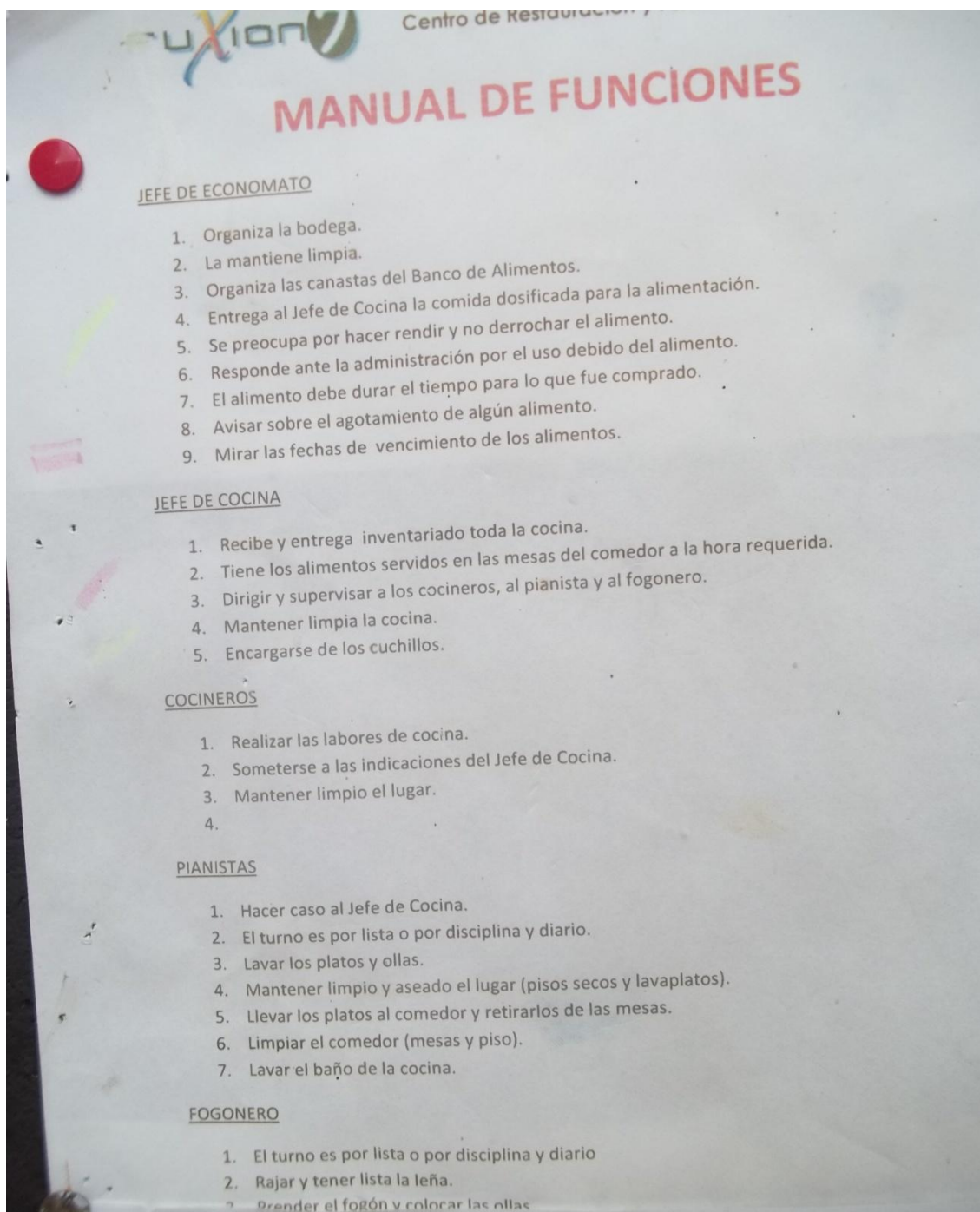


Imagen 13. Manual de funciones del jefe de economato, jefe de cocina, cocinero, pianista y fogonero.

El tiempo que permanece el paciente dentro de la institución puede variar dependiendo de su grado de adicción. Originalmente se tenía estipulado un tiempo de permanencia estándar de un año como mínimo y se manejaba la terapia de carácter grupal; este proceso de ha visto sometido a cambios en donde se está implementando la terapia de carácter individual surgiendo nuevos tiempos de intervención que se pueden llegar a reducir a la mitad.

Igualmente todos los pacientes independientes de su tiempo de internos en la fundación, pasan por un periodo de seguimiento periódico para valorar el efecto del proceso acompañado por una asistencia psicológica externa.

Durante el tiempo de permanencia en la fundación, el paciente no se encuentra totalmente aislado de sus familiares, pues además de los permisos controlados de recibir llamadas, cuenta con el derecho de tener días y horarios estipulados para recibir la visita de estos, aunque estos horarios también se pueden ver modificados por acontecimientos especiales como visitas no planificadas de personal especializado (pastores de otras iglesias o países) o actividades lúdicas y de esparcimiento con fines de beneficio para la fundación.

El tema de las visitas, ellos vienen domingos y festivos, después de las 11:00 am hasta las 3:00 pm, solo esos días, y las llamadas son viernes sábados y Domingo, se maneja un tiempo límite de 5 minutos, porque son muchos, a veces hay papas que no se alcanzan a comunicar, a veces hay personas que no tienen familia aquí entonces se les habilita visita entre semana, o hay personas que tienen familias en el extranjero y también se les permite llamadas entre semana para que no se congestione el teléfono los fines de semana. (Fragmento de entrevista con un líder)



Imagen 14. Actividad semestral “kermes” compartiendo el almuerzo padres y pacientes en la fundación



Imagen 15. “Kermes” para recaudar fondos para la fundación.

Dentro de la fundación se acepta cualquier persona que desee ingresar al tratamiento, siempre y cuando cumpla con los requisitos estipulados y el debido pago. Debido a experiencias anteriores, solo aceptan pacientes masculinos, puesto que se presentaron dificultades la unión en un mismo sitio de internamiento mixto que afectó la calidad de los procesos de los pacientes, puesto que hubo vinculaciones sentimentales y de orden sexual. Además de estas dificultades de orden al interior de la fundación, se vieron obligados a separar a las mujeres de los hombres, teniendo otro sitio de internamiento en otra finca, pero se tuvo que cerrar debido a dificultades en la obtención de recursos que pudieran financiar un sostenimiento de la segunda sede para mujeres.

“No trabajamos con mujeres, porque es un problema para nosotros. Tuvimos un centro especial para mujeres, acá cerca pero en otra finca, pero por recursos tuvimos que

cerrarla, pero duramos un año, se restauramos varias mujeres” (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Para contrarrestar las dificultades en los recursos, además de los ingresos obtenidos por el cobro de la cuota de sostenimiento a los pacientes, el gerente realiza viajes a otros países, invitado por iglesias evangélicas con el fin de predicar y de paso recolectar fondos en forma de donación para el sostenimiento de la fundación, además que en ocasiones los padres de algunos pacientes, también realizan donaciones a esta.

Los recursos se obtienen, además de los pagos, el director viaja a varios lugares como EE. UU. Porque lo invitan a predicar y a mostrar la obra que se ha hecho y a través de esas visitas le ayudan, él sale cuatro veces en el año, y a través de esos recursos nos ayudamos, más que todo es eso, esas ayudas que él trae de por allá, de república dominicana por ejemplo, hay varias partes donde lo conocen y lo invitan todo el tiempo.” (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Características de la intervención interpersonal

Las personas que están encargadas de la intervención son personas que han terminado el proceso, fueron re-educados en la misma institución y se quedaron para ayudar a restablecer las vidas de otros pacientes que pasen por su misma situación, estas personas también tienen un tiempo de internamiento en la institución y van rotando su estadía con otro grupo de terapeutas, para así crear un flujo entre los terapeutas con el fin de no aislarlos de la vida social, pues se entiende que tienen familia, y otras obligaciones por fuera de la fundación

Manejamos dos turnos, de miércoles a miércoles y descansan ocho días, están acá internos con ellos y luego descansan ocho días, en ese descanso llega el otro grupo y solo trabajan quince días al mes. Algunos se relacionan más que con otros y a de esa persona es el único que se deja intervenir, y a ese terapeuta le damos las herramientas, porque a él le tiene confianza entonces lo aprovechamos, le decimos que le hable de esto y esto, y el psicólogo también le da

herramientas para que lo aborde y pueda sacar cosas que necesitamos. (Fragmento de entrevista a sub gerente)

La intervención dentro de la fundación se divide en dos sentidos, el paciente primero debe relacionarse con el personal clínico, es decir el psicólogo, el psiquiatra y el farmacéutico; ante estas figuras de autoridad se muestran muy apáticos y establecen relaciones muy mínimas, pues toman estos encuentros como obligaciones dentro del proceso y se limitan a responder exclusivamente lo necesario sin aportar diálogos de mayor importancia para avanzar en la intervención. *“Ellos con el psicólogo y con todos los profesionales de salud son apáticos, es más difícil tratarlos desde la psicología, por que los operadores están por el piso con ellos entonces se sientan con ellos los escuchan, y el psicólogo todo lo hace en la oficina, entonces no lo ven, le dicen lo que les toca, porque les toca, pero no lo hacen por que quieran vivir un proceso psicológico, son poquitos los que se someten a ese proceso psicológico, pero hay que obligarlos a hacerlo”* **(aparte de entrevista con el capellán)** Por otro lado está la relación que se establece entre el paciente y los líderes, son relaciones de más cercanía que se logran a través de la empatía que genera el haber compartido las mismas experiencias. Esta cercanía se debe a que los líderes se encargan de las terapias individuales y grupales, son los que permanecen la mayor parte del tiempo al lado de los pacientes, se relacionan comúnmente en las diferentes actividades extra terapéuticas, como lo son los ratos de esparcimiento viendo televisión, jugando futbol o haciendo ejercicio. *“Para el paciente el terapeuta se vuelve casi el papa de ellos acá... ellos son muy importantes para el desarrollo de nosotros, pues los pacientes quieren ser como los terapeutas...”* (Fragmento de entrevista a la sub-gerente).

Además de esto tienen un punto de mucho peso a su favor, ellos ya han pasado por el tratamiento ó el programa por el que están pasando los pacientes y dan testimonio real (a

través de su vida libre de drogas) de que el programa puede servir para cambiar las adicciones, esto hace que sea más fácil creer en sus palabras y crear un ambiente de confianza en donde el paciente no se vea forzado a contarle todo al líder, por el contrario, se acerquen a él para expresarles sus sentimientos y contarle lo que les ha pasado de una manera natural y por iniciativa propia. De esta forma el líder se convierte en el intermediario entre el paciente y el personal clínico al llevar la información que se requiere para establecer o diseñar un método de intervención adecuado para cada paciente tomando los datos recolectados en sus intervenciones individuales que son tomadas por el paciente como diálogos o conversaciones amigables. *“Siempre que se hace una intervención se debe reunirse con el grupo de trabajo, se decide a quien se va a intervenir y se establece los pasos a seguir dentro de la intervención. Nunca se hace una intervención porque si, nos basamos en los datos que recolectemos en las terapias grupales o con las conversaciones que tengamos con ellos”***(a parte de una entrevista con un líder)**

Se encuentra prohibido por parte de los directivos de la fundación, la relación entre terapeuta y paciente por fuera de la institución, pues según sostienen eso puede hacer que las cosas se mezclen y entorpezca el proceso de re-educación del paciente.

Hay muy poca relación entre el paciente y el terapeuta fuera de los espacios de terapia, la idea es que no se dé, se da porque algunos de ellos se vuelven muy familiares, entonces salen de aquí y ellos se encuentran afuera y salen con ellos; siempre les hablamos de eso, que mientras estén en proceso no pueden ser amigos de ellos, si tratarlos bien y todo, pero no amigos porque se empiezan a mezclar cosas y ya van a tener una preferencia por él y no debe de ser así, cuando ya terminen su proceso pueden ser amigos o lo que sea, si se ha dado, porque ellos se pegan mucho a los terapeutas los terapeutas a los pacientes. (Fragmento de la entrevista con la subgerente)

Es así como, las relaciones dentro de la fundación entre los pacientes y los terapeutas son de gran confianza, pues además el hecho de que el terapeuta haya pasado por las mismas

situaciones en que los pacientes se encuentran hace que estos sientan un grado de identificación con su terapeuta, generando una confianza más personal y la relación terapéutica se establezca muchas veces después de terminado el proceso, por fuera de la institución.

“El terapeuta es visto por el adicto como un ejemplo,... dicen que es muy importante para ellos en el proceso... entonces los pacientes siempre quieren ser como los operadores porque son muy buen testimonio.” (Fragmento de la entrevista con la sub-gerente)

La cercanía que tienen los líderes a los pacientes facilita el trabajo del personal clínico, pues los datos que no puedan recolectar en sus terapias clínicas son llevados a ellos por los líderes provenientes de sus diálogos extra terapéuticos o en las terapias propias en donde logran un nivel superior de confianza. Esto hace que los datos empleados para el diseño de la terapia sean mucho más útiles y confiables.

...inclusive tienen más confianza con el terapeuta que con el mismo equipo clínico, con el psicólogo, con el enfermero, ellos con el psicólogo y con todos so apáticos, es más difícil tratarlos desde la psicología, por que los operadores están por el piso con ellos entonces se sientan con ellos los escuchan, y el psicólogo todo lo hace en la oficina, entonces no lo ven, le dicen lo que les toca, porque les toca, pero no lo hacen por que quieran vivir un proceso psicológico, son poquitos los que se someten a ese proceso psicológico, pero hay que obligarlos a hacerlo. (Fragmento de entrevista a la subgerente)



Imagen 16. Espacios de esparcimiento como la televisión y los juegos, compartidos por los líderes y los pacientes.

La afinidad entre el terapeuta y el paciente se establece por la compatibilidad que se pueda llegar a tener, es así como el paciente escoge por cual terapeuta quiere ser intervenido, generando entre los dos el tiempo de intervención por sesión, puesto que puede durar unas horas o todo un día, dependiendo de la magnitud del problema tratado y de la confianza que logre desarrollar el paciente hacia el terapeuta para darle los aportes necesarios para un buen desarrollo de la intervención.

Ellos siempre buscan un terapeuta que tenga más afinidad con ellos, el tiempo que tarda el paciente para interactuar con el terapeuta de la manera esperada depende, porque hay coloquios que pueden demorarse una hora o dos horas, o todo el día dándole a lo mismo, hay muchachos que son muy absorbentes, muy demandantes, pero de todas formas se les atiende (fragmento de entrevista a las subgerente)

Es así como la confianza se hace un elemento clave a la hora de establecer los vínculos de intervención entre el paciente y el terapeuta, teniendo con esto una metodología implícita dentro del manejo de los pacientes y de los terapeutas.

Uno no tienen una lista de las personas que están a su cargo, ellos se acercan porque uno les genera confianza y uno charla con ellos, le cuanta, y uno los aconseja. La confianza se logra dependiendo de la continuidad que uno tenga con la persona, porque hay unos que cuentan solo lo necesario por encima, pero más adelante como que no pueden con eso y lo sueltan. (Fragmento de entrevista con el capellán).

Los terapeutas deben de aprender a ganarse la confianza de los pacientes, para poder que las conversaciones brinden herramientas necesarias para ayudar, pero también deben de tener cuidado en no crear sentimientos que puedan interferir en el análisis y mantener un trato de confianza mas no de amistad.

Hay que mostrarse más que como el terapeuta o figura de autoridad, como el migo, para que haya cierta confianza ara que se abra con uno, pero se debe dejar claro que no porque le estoy dando la confianza vaya a ser imparcial a la hora de tomar decisiones. (Fragmento de entrevista con un líder)



Imagen 17. Línea de formación

La línea de formación es utilizada por los líderes para contar pacientes, asignar tareas, dar castigos o reconocimientos y recordar obligaciones. Deben de estar todos sobre la línea blanca del piso con la camisa por dentro, los zapatos limpios, las uñas limpias y cortas, además que siempre el encargado de llamar a la todos para que hagan la formación, es un paciente que se encuentra en fase terminal de su proceso de rehabilitación, siendo este el encargado de pasar revista y dar informe al líder asignado.

Muchas veces dentro del proceso de terapia, algunos pacientes no se abren frente a su terapeuta puesto que éste puede llegar a recordar figuras negativas del pasado, o por el contrario de forma inmediata se sienten identificados con algún terapeuta puesto que se facilita la empatía por algún recuerdo positivo, es por esto que el terapeuta tiene sumo cuidado de establecer los parámetros ante el paciente que haga que la terapia sea un espacio utilizado para realizar una buena intervención y no se convierta en un simple dialogo de

amigos en donde la subjetividad del terapeuta se vea comprometida por sentimientos o prejuicios.

“A veces los chicos creen que uno es frío, a veces alguien no se abra con uno por que uno les recuerda una figura negativa de su vida, o al contrario, y de pronto aparece la transferencia, por eso se debe crea cierto vinculo de confianza pero también mantener ciertos parámetros que nos distancien un poco, ahora ya ha cambiado, no se maneja la terapia de choque sino una terapia más humana” (fragmento de entrevista con un líder)

Estas intervenciones que se desarrollaban anteriormente en la fundación de manera general, se están viendo enfocadas ahora de una manera más puntual queriendo con esto brindarles las herramientas específicas que necesita cada paciente que comúnmente pueden variar dependiendo del tipo de adicción que posea, para esto se establece diferentes ciclos de intervención que pueden ser guiados por uno o diferentes líderes utilizando las herramientas que cada uno considera apropiadas.

El tratamiento personal queda complicado porque necesitaríamos más personal, pero si tratamos de llevar un tratamiento con cada uno, es como en ciertos lapsus de tiempo, un tiempo con uno y luego con otro, porque si nos dedicamos a uno solo no nos alcanza el tiempo, porque son cuarenta usuarios, el equipo se divide, y ellos se identifican con ciertas personas. (Fragmento de la entrevista al capellán).

A pesar de las restricciones que deben de tener en cuenta los líderes a la hora de establecer relaciones con los pacientes, estos hacen lo posible para que la estadía de cada paciente dentro de la institución sea lo más amena posible y logren olvidar que están alejados de sus familiares o seres queridos. Los líderes están muy atentos del estado de ánimo de los pacientes, de la forma que se sienten ante diferentes escenarios y de la evolución que estén

presentado durante cada etapa de la intervención. Esta muestra de interés del líder hacia el paciente se recibe como un inicio para mostrar confianza debido a que esto facilita que no se vea la relación desinteresada de un clínico-paciente, sino que el terapeuta sea visto con un líder, el cual es fácil y amigable a seguir.

No se dificulta crear confianza, yo soy el más madre de todos, estoy pendiente de ellos, muchos me buscan porque yo antes era muy permisivo, ahora he aprendido que uno “sí” no siempre es bueno, y ellos se chocan porque yo les digo “no”, entonces hay que explicarles como los niños porque el “no”, pero para mí es fácil crear confianza pero para otros es complicado, igual a veces hay personas que tienen muchas heridas y es difícil que se abran. (Fragmento de la entrevista con un líder)

Aunque las terapias se pueden llegar a dividir entre grupales e individuales, siempre se encontrara una constante: la fuente del aprendizaje y los feed backs de los terapeutas hacia los pacientes tiene un pilar fundamental y teórico que enmarca el proceso de intervención, en el cual se encierra el discurso del líder terapeuta como el contenido de las actividades realizadas.

“yo lo hago todo con la lectura de la biblia, creo que con la palabra de Dios es suficiente para que la mente de ellos pueda ser cambiada y su corazón.” (Fragmento de la entrevista con el capellán)

El terapeuta debe utilizar diferentes herramientas para lograr llegar al paciente, teniendo los diferentes factores que pueda mostrar el paciente, evitando errores que incurran en el alejamiento del paciente, es por esto que se tienen esencialmente mucha paciencia en el camino hacia la búsqueda de la confianza de los pacientes.

Todo lo positivo o negativo que haga el adicto va a afectar a su entorno, a su familia a sus seres queridos, haciéndoles entender esto se logra que ellos acojan las terapias, y uno los busca por ahí, les pregunta cómo están que sienten, hasta que un día te buscan y te dicen mi líder necesito

hablar. Pero se debe llevarlos a tomar consciencia para que ellos no sean egoístas y piensen en los demás. (Fragmento de entrevista con un líder)

Características de los practicantes

El tipo de relación que se construyen entre los pacientes y terapeutas hace que las características del practicante se conviertan en un punto donde se diferencia mayormente la terapia clínica con la teoterapia manejada en la mayor parte de estas instituciones Teo centristas. En la terapia clínica están muy diferenciados los pacientes de los terapeutas, esta diferenciación la hace el nivel de estudios o conocimientos académico y el poder que da el discurso clínico, lo cual hace que el paciente ponga en un nivel superior a él al terapeuta y lo tenga como una figura que además de representar autoridad puede resultar una figura que juzga, y esto puede delimitar mucho su discurso o su manera de desahogar sus experiencias y limita en gran medida la terapia.

No podemos decir que en la Teo terapia no exista un respeto igual, pues el rol *“Terapeuta – paciente, debe de estar claro, por más que yo me ría contigo, por más que yo llore contigo en más de una ocasión, se debe tener claro que es una manera de expresarse, que en algunas ocasiones él se abra y llore conmigo, o que uno le diga “vamos a tomarnos algo en la tienda”, o algo así, siempre mantener claro que es usuario – terapeuta, paciente - terapeuta, se debe tener claro tu quien eres donde estas y porque estas acá”.* **(Palabras de un líder terapéutico)** pero en su relación se pueden diferenciar elementos que facilitan la interacción.

La persona que le está hablando al drogadicto, también fue drogadicto, también paso por los mismos problemas que está pasando el paciente, tuvo las mismas preguntas y logro

resolverlas, y además, su sola presencia asegura que el tratamiento funciona, el mismo da testimonio con su propia historia que el proceso sirve y que las drogas se pueden dejar.

Todos los terapeutas que estamos acá hemos tenido problemas de consumo, exceptuando al director y la subdirectora, todos sabemos cuándo está mintiendo y es un factor muy importante para poder manejarlo, pocos empiezan a luchar por estas causas sin haber pasado por la problemática. (Fragmento de entrevista con un líder)

Esta característica de los líderes le da una herramienta vital al terapeuta que lo dota de habilidades las cuales nacen desde su propia experiencia y ayudan a facilitar la toma de decisiones y orientaciones en diferentes escenarios que se presenten durante la intervención.

Haber pasado por las drogas nos da un punto de vista más real y más subjetivo, porque puedo tener toda la disposición pero a veces no comprendo lo que realmente puede llegar sentir un chico, ayuda a ser muy muy objetivo y más centrado a la hora de tomar decisiones, (fragmento de entrevista con un líder)

Si bien todos los líderes han vivido la problemática y saben lo necesario que es poder contar con una ayuda para salir de la droga, el solo hecho de haber tenido esta experiencia no basta para ser líder dentro del programa de intervención, puesto que también son necesarias otras características de índole personal que permiten el adecuado funcionamiento y cumplimiento del rol como líder dentro de la institución.

Tenemos una capacidad de sacrificio y ayuda al otro, tenemos que sacrificar tu tiempo, tu vida social, tenemos que estar acá 24 horas 7 días a la semana, debemos ser tolerantes, tener templanza,, porque a veces hay que hablarles con firmeza, hay que tener mucho tacto, tener disposición de servicio. (Fragmento de entrevista con un líder)

Los líderes, quienes han sido re-educados dentro de la misma institución, deben de manifestar contestemente mediante su propio ejemplo que el cambio es algo posible, deben de

dar muestra que el tratamiento funciona dando una buena imagen de sí mismo ante los pacientes para que estos vean en ellos figuras positivas a las cuales seguir.

entonces los operadores, que son los que manejan los grupos, son muy íntegros muy juiciosos, nunca los ven que van a ir a una rumba nada de eso, cero rumba cero trago cero de todo, entonces ellos tienen ese estímulo de decirles a ellos que si se puede, de hecho todos ellos han sido re-educados, los operadores han sido personas que han cumplido su proceso y han sido re-educados aquí, ellos no son de otro lugar, entonces ellos decidieron quedarse a trabajar acá con nosotros a trabajar esa parte, (fragmento de entrevista con la subdirectora)

Todas las características, habilidades o herramientas que tenga la persona son medidas en el momento de la selección de nuevos líderes y son constantemente evaluadas durante el trabajo de intervención y acompañamiento a los pacientes, esto hace que los líderes se vean motivados a expandir sus conocimientos mediante diferentes estudios y preparación académica, con el fin de fortalecer sus conocimientos adquiridos por la experiencia y poder ofrecer a los pacientes y a la fundación un adecuado nivel de intervención y servicio.

A nivel interno la labor del educador es muy importante, porque es el guía, hay que estar aprendiendo constantemente del área terapéutica porque esto funciona como una empresa y el que no funciona lo sacan, estoy haciendo un diplomado para salir adelante, quiero hacer estudios en psicología, esto es una carrera que nunca termina”(fragmento de entrevista con un líder)

Concepción de la enfermedad

La drogadicción dentro del lenguaje de la teoterapia no es concebida como una enfermedad, sino como la causa de un malestar que se ha presentado con anterioridad a partir de desordenes emocionales, estos desordenes pueden manifestarse con, ó a través, de

problemas dentro del hogar, deterioros de relaciones familiares o de pareja, conflictos en cualquier ámbito; todos estos factores suponen una cosa, el alejamiento de Dios y el incumplimiento de su palabra. En otras palabras: *Antes de entrar al consumo empezó a tener desordenes, de comportamiento de comida y después viene el consumo, la enfermedad es un problema emocional, desde mi punto de vista lo veo como una depresión, la mayoría sufren de un problema de rechazo o depresión y encontraron en la droga un refugio.*” **(A parte de la entrevista con el capellán de la institución)**

La idea dentro de la teoterapia es ubicar de nuevo a la persona en una vida regida por la palabra de Dios, para que estos desordenes que llevan a la drogadicción no vuelvan a aparecer, es por esto que los rehabilitados se denominan re- educados, y no se trata de eliminar la drogadicción, y solo la drogadicción, dentro de la terapia, sino de identificar las causas que llevaron al paciente a entrar en el mundo de las drogas y corregirlas, de manera que aseguran una cura de raíz que pone fin a las adicciones. *“desde mi punto de vista lo veo como una depresión, la mayoría sufren de un problema de rechazo o depresión y encontraron en la droga un refugio.”* **(Palabras del capellán)**

La droga entonces es concebida como el producto de una serie de eventos desafortunados que hicieron daño a la persona y que lo encaminaron hacia la adicción, estas posibles causas pueden ser variadas pero se manifiestan comúnmente en desordenes en su forma de vida.

la drogadicción no es la enfermedad como tal sino la manifestación de una enfermedad, porque realmente el trasfondo de esto es el problemas de actitudes, uno antes de llegar al consumo empiezas a fallar en ciertas actitudes como entraren rebeldía, desorden, incumplimiento, un desorden emocional, o te deprimas por cualquier cosa y por ultimo llego al consumo, conclusión: la drogadicción no es la enfermedad sino la manifestación de una enfermedad, la enfermedad sería un problema emocional, básicamente, desde mi punto de vista, es más que

todo una depresión, si usted se pone a mirar todos han sido personas que han sufrido de depresión o rechazo y encontraron en la droga un refugio”(fragmento de entrevista con un líder)

Para los líderes las personas que entran al programa ya dieron un paso importante, el reconocerse como enfermos y reconocer la necesidad de una ayuda. Lo primero que se hace es empezar a cambiar el discurso del adicto para que empiece a dejar la droga en el pasado y se reconozca como alguien en un proceso de cambio

La mayor dificultad que se puede encontrar en este sitio es el amor que aun en ellos queda por las cosas de la calle, eso hace aun más difícil la labor, acá enfatizamos mucho la separación del mundo, nosotros como creyentes en Cristo no podemos estar rumbeando tomando, o tener una vida inmoral, entonces ese amor hace más difícil, porque ellos físicamente pueden cambiar, acá comen, pueden vestir mejor, pero si su mente y su corazón aun está contaminado por esas cosas, con el tiempo pueden dejar un habito pero socialmente siguen con una adicción y no pueden llevar una vida normal, (fragmento de entrevista con el capellán)

Lo que se busca entonces en las intervenciones es lograr que en el paciente se dé un cambio radial tanto en su manera de ver el mundo como en su manera de actuar

“Nosotros acá diferenciamos entre rehabilitación y restauración. Rehabilitación es volver al estado antes del consumo, y la restauración es cuando se vuelve una persona nueva, la palabra dice que cuando se está en Cristo es una nueva criatura, entonces el objetivo es que como tal sea una nueva persona” (fragmento de entrevista con el líder)

El paciente debe reconocer su estado de enfermedad como algo con lo cual debe luchar durante toda su vida y estar atento ante cualquier posible dificultad que pueda llegar a motivar una nueva recaída en las drogas.

Medicamente somos enfermos de por vida, porque es una enfermedad mental, el proceso nunca acaba, es una enfermedad más mental que física, porque la abstinencia física dura si mucho 15

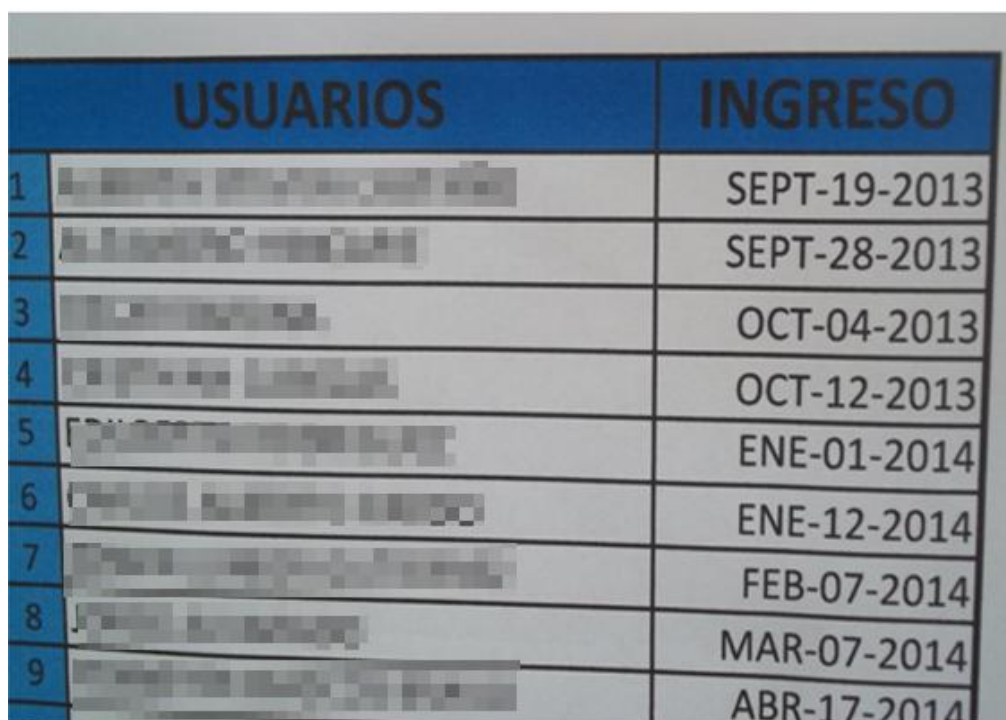
días, pueden pasar hasta un año, pueden llegar y simplemente lo que piensas puede ocasionar un recuerdo eufórico de carácter mental y se manifiesta físicamente, la abstinencia no es real, solo es producto de tu mente, toda tu vida debes de estar alerta día a día y no hay un final del proceso, acá aprendes herramientas para enfrentar la realidad afuera, para saber cómo vas actuar, como lo voy a hacer, por eso el proceso nunca termina, solo se debe confiar que dejo de ser adicto cuando se muera. (Fragmento de entrevista con el capellán)

Es por esto, que desde la teoterapia se denota como principal y esencial fuente de conocimiento e intervención, la palabra de Dios, puesto que consideran que la palabra puede llegar a intervenir por siempre en cualquier problema y alcanzar no solo la curación, sino el hecho de conllevar una vida totalmente sana, puesto que al tener creencia en Dios pueden dejar cualquier adicción que tenga, no solamente hablando del consumo de sustancias psicoactivas.

...entonces la palabra puede ser pilar fundamental para las personas creyentes, que creen en Dios y han tenido un encuentro con El, para ellas va a ser un pilar fundamental porque si ya conocen de Dios va a tener una tendencia de Dios y Dios va a seguir trabajando en esa persona hasta el final de sus días, si es no creyente no va a ser fundamental porque hay personas que han salido de acá y siempre han estado con Dios de manera regular, y en los días que estuvieron acá no trabajaron, no terminaron proceso y salieron y dejaron de consumir la droga, pero si tienen otros hábitos esclavizante como el cigarrillo el trago o la fornicación entonces espiritualmente lo consideramos como una persona que no ha sido totalmente libre, solo dejo el habito. (Fragmento de entrevista con el capellán)

Etapas y mecanismos terapéuticos

Los tiempos de permanencia en un inicio se veían regidos dependiendo del grado de adicción y del avance en el proceso de recuperación, teniendo así que como estancia mínima la permanencia de los pacientes en la institución por un año.



	USUARIOS	INGRESO
1	[blurred]	SEPT-19-2013
2	[blurred]	SEPT-28-2013
3	[blurred]	OCT-04-2013
4	[blurred]	OCT-12-2013
5	[blurred]	ENE-01-2014
6	[blurred]	ENE-12-2014
7	[blurred]	FEB-07-2014
8	[blurred]	MAR-07-2014
9	[blurred]	ABR-17-2014

Imagen 18. Listado de pacientes con fecha de ingreso

Debido a la transición que exige la ley hacia la institucionalización, el proceso dejó de ser general y empezó a ser de carácter individual, teniendo en cuenta con un apoyo profesional de orden médico y psicológico, los grados de adicción y avances en el proceso terapéutico, dejando así a razón de la evaluación individual el tiempo de permanencia en la fundación.

El paciente debe permanecer en la institución un año como mínimo, pero entonces ahora estamos haciendo un proceso individual, antes lo hacíamos general y hay muchachos que vienen de un consumo hace seis meses, él no necesita estar internado un año, podemos hacerle seis meses de internamiento y tres meses ambulatorio en Cali, hay gente que viene con problemas de drogas hace quince años, ellos sí deben de hacer el programa un año y eso que ese

tiempo es poquito para lo que debería hacer, entonces se analiza cada persona, pero normalmente dura el proceso para pacientes crónicos. (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

En así como, a los pacientes que presenten un grado de adicción menor, basado en el tiempo y constancia del consumo se genera otro tipo de tratamiento, que también ofrece la fundación pero cambia de ser de carácter interno a carácter ambulatorio, teniendo así que la necesidad de internarlo no es contemplada y puede llevarse un proceso psicológico desde la casa, solamente asistiendo a terapias programadas con una psicóloga externa.

“El tratamiento ambulatorio que hacemos es con el psicólogo en Cali, ahora estamos buscando una sede por que también nos lo exige la norma, eso también lo paga la EPS, y legan muchachos que han tenido poco consumo, como por ejemplo solo los fines de semana, y ellos no necesitan estar internados, se hace en la etapa inicial un trabajo ambulatorio, y si él no responde a ese trabajo a medida que pasa el tiempo va abusando de la droga y debe de pasar a otra fase, por eso debemos contar con eso.” (Extracto de entrevista con la Sub-Gerente)

Recién empieza el proceso de internamiento en la fundación en los casos en que se hace necesario, el cambio radical de hábitos y quehaceres diarios impacta directamente sobre la psique del paciente, haciendo así que entre en un estado de desespero y abstinencia debido a la adicción que tiene y con esto, que decida marcharse de la fundación a un lugar donde pueda consumir y así aliviar su malestar, pero según los terapeutas, es aquí donde se tiene la principal muestra de voluntad de cambio, puesto que ofrecen alternativas que pueden ayudar a disminuir los síntomas de la abstinencia de una forma diferente a consumir drogas.

“Las personas empiezan a sacar muchas excusas para no seguir con el proceso y aunque uno les brinde herramientas como medicamentos para manejar su abstinencia no lo

aceptan y algunos al final se deben dejar ir, pues vienen solo por complacer a la familia pero no está convencido realmente.” (Fragmento de entrevista con un líder)

Es así como en los primeros meses, el tiempo de adaptación y permanencia en la fundación se ve muchas veces comprometido y dependen de la capacidad que tenga el paciente para reconocer su enfermedad, y que posea la suficiente voluntad como para permanecer en la fundación.

“Mas o menos se demoran en adaptar uno tres meses, el primer mes es el más duro por la ansiedad, por que no están consumiendo, el segundo se estabilizan un poquito.” (Fragmento de entrevista con la subgerente)

Dentro de la fundación, se maneja esencialmente en la intervención grupal, formas de abordaje enfocado en la biblia y el proceso de auto reflexión, lo que facilita así que a la hora de hacer una intervención individual el paciente se acerque con una problemática pensada y enmarcada desde el proceso de auto reflexión que el mismo tuvo gracias a la incitación que se dio por medio las terapias grupales.

En una terapia grupal todos deben de ser partícipes, en el trascurso de la semana uno mira quien está en dificultades y se hace un plan de trabajo para ver a quien intervenir, toda intervención se hace de manera planeada y se debe de estar constantemente pendiente de quien lo necesita, se hace una reunión al inicio del día y se programa, si el paciente no quiere participar es un indicio que algo pasa, las terapias grupales son muy buenas porque se puede ayudar mutuamente.

(Fragmento de entrevista con un líder)

Siempre se le asignan actividades y tareas a los pacientes apenas entran, con el fin de que vayan trabajando en su cambio de vida, se vayan aclimatando con las condiciones de la fundación, de los demás pacientes y con lo que en las terapias con los líderes se trata que es lo del cambio de vida, siendo así el proyecto de vida parte integral de la conversión que se busca hacer en el periodo de internamiento.

“En mitad del proceso se hace un proyecto de vida, lo primero que se acaba con la adicción en el futuro, entonces se les exige que hagan un plan de vida, para que sean conscientes de que es lo que van a hacer y como lo van a alcanzar, deben de ver que en el día de mañana se deberán sustentar por si solos, se deben trazar metas a cumplir.”(Fragmento de entrevista con un líder)

Las actividades que van programadas durante el tiempo de intervención van dirigidas a ciertos puntos especiales en la vida del paciente, interviniendo así factores que desde la mirada bíblica son trascendentales en el enderezamiento de la vida de una persona, como la sanidad interior, la paz espiritual y la orientación de vida, generando así una conciencia en el paciente de por qué se cayó en la droga, y cómo hacer para salir de ella siempre desde una perspectiva bíblica y religiosa.

Son varias terapias en el día, hay una que se llama, orientación, Regeneración y Sanidad interior, cada una dura tres meses para un total de nueve meses, en esas terapias de Orientación participan los que apenas están entrando al programa para que conozcan el programa sepan por que cayeron en la droga, sepa cuáles son sus puntos débiles que los llevo a la droga, que ellos mismos hagan un recuento de lo que paso, también se le motiva a que este aquí, porque la mayoría llegan sin querer estar aquí, eso es raro que digan “ ya entre aquí y por fin voy a cambiar” la mayoría están aquí porque en sus casa les cerraron las puertas y no se los aguantaron más y les dieron a escoger entre la fundación y la calle, por eso esta la mayoría aquí. (Fragmento de entrevista con la subgerente)

Todas las actividades planeadas en la fundación tienen un contenido religioso, en donde también se exalta la auto-reflexión y el trabajo basado en los valores y la moralidad, generando una conciencia de cambio.

“Lo que hacemos en las reuniones, por ejemplo en el inventario moral ellos trabajan la actitud negativa del día anterior, ellos en la mañana se examinan así mismo, y dicen “mi actitud fue el egoísmo” y después ellos con la ayuda de un versículo que trate el tema, ellos escriben lo que consideran que Dios les está hablando de sus vidas frente a esa actitud; ellos mismos hacen el auto examen, es un tiempo personal, la compañía es como para que se cumpla el horario, que se ore antes de empezar, y se d un versículo para que se memorice”(fragmento de entrevista con el capellán)

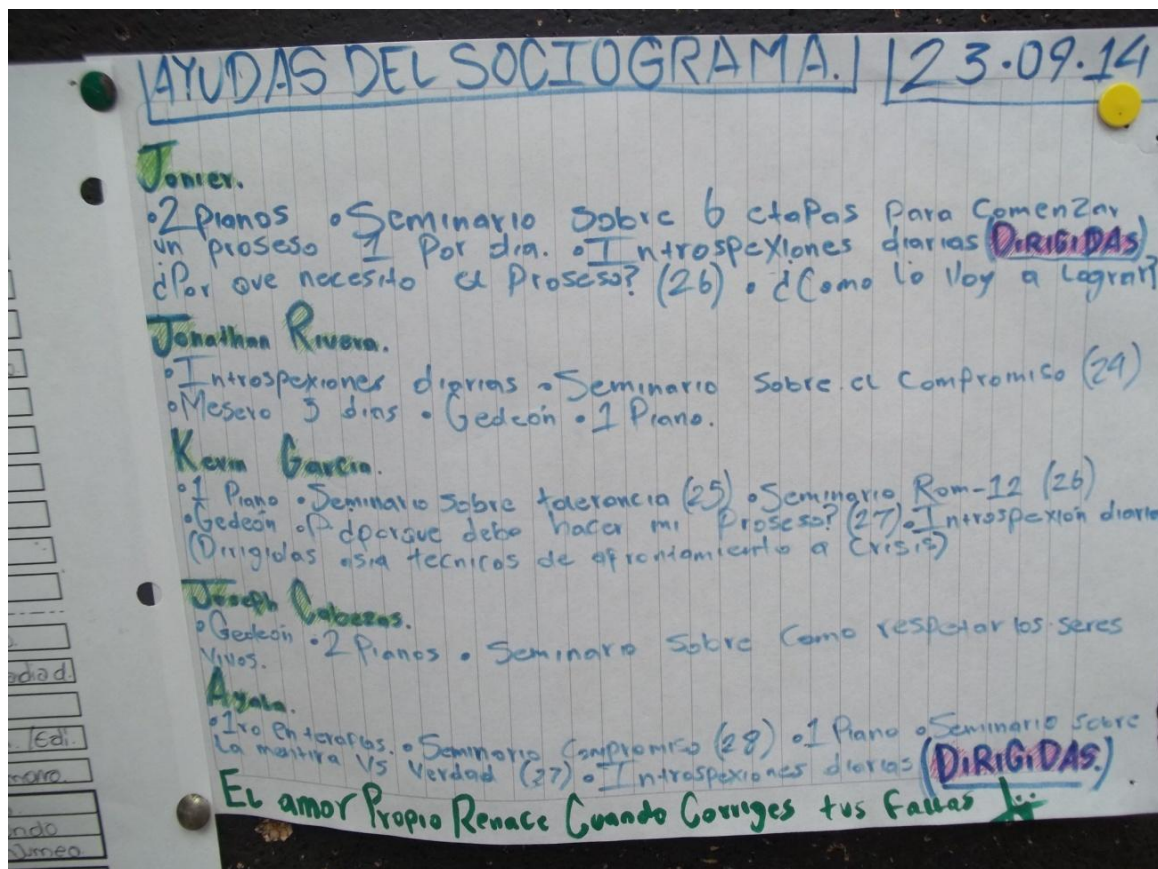


Imagen 19. Ayudas del socio grama, tareas pendientes, pianos (lavado de la loza) para los pacientes que han incurrido en alguna falta.

Dentro de las actividades diarias realizadas en la fundación, están los correctivos o castigos que le son aplicados a los pacientes que han incurrido en alguna falta o que no han cumplido con un compromiso o una actividad prevista, estableciendo así la premisa de que errar es de humanos, pero también reconociendo la consigna religiosa de que “Dios todo lo perdona, si hay arrepentimiento”.

Es ahí donde se puede observar que los castigos son implementados en la realización de actividades extra como “*el piano*” que consiste en el lavado de la loza donde se sirven los alimentos, o la realización de terapias grupales o individuales como seminario sobre el compromiso o seminario sobre tolerancia, donde se encargaran apoyados en la lectura de la biblia, el recordar ese valor o aspecto en que el paciente fallo, y retomar el camino de corrección de la falta y entendimiento de la infracción siempre estando apoyados en la lectura bíblica.

Se puede decir que las intervenciones se basan potencialmente en la palabra de Dios, en sus mandamientos, enseñanzas, normas, dictámenes y demás escritos en la biblia, a partir del seguimiento de su obediencia se puede medir el nivel de evolución dentro de la terapia. *“Soy partidario de llegar al cuestionamiento, que ellos se formulen las preguntas y se den las respuestas, los encamino a que se creen las incógnitas y que se den las respuestas, les enseño a pescar pero no le doy el pescado.”* **A parte de entrevista con un operador**

Conozco muy poco de teorías, pienso que sin Dios no somos nada, entonces yo me baso más que todo en el creador de todo, en Dios, el es mejor autor, en cuanto a lo terapéutico a lo clínico, el mejor medico, en todo para mí. Pero también hay otros modelos terapéuticos, hay muchas cosas que me faltan por aprender, pero el hecho de que haya más no significa que haga a Dios a un lado, y sobre todo en esta institución que como saben es Teo centrista. (Entrevista con el capellán)

La utilización de la palabra de Dios en la construcción del discurso terapéutico hace que las intervenciones estén guiadas hacia el cuidado del alma que en fines últimos se relaciona con el bienestar de la persona y procura generar un sentimiento de estabilidad psíquica el cual genera en él una autosuficiencia necesaria para seguir su vida sin necesidad de la utilización de drogas que lo lleven a diferentes escenarios que lo alejen de su realidad.

Nos basamos en el área espiritual, pienso que sin Dios no somos nada, solo Dios nos da la fuerza, yo consumía heroína y nada me llevo a tomar conciencia, solo cuando una persona que consideraba mi mejor amiga me toco y me dijo las cosas más dolorosas tomen conciencia y tome la decisión de cambiar, me baso en Dios, Él es el mejor autor en cuanto a lo terapéutico y lo clínico, pero hay muchas cosas que me faltan por aprender, pero acá manejamos mucho la palabra de Dios el conocimiento clínico y la experiencia personal... (Fragmento de entrevista a líder)

Por lo anterior podemos decir que se considera curado un paciente que logre solucionar los problemas con los que llego a la institución, pues estos problemas o desordenes son tomados como la causa o la fuente de la drogadicción y solo eliminando estos se puede garantizar una verdadera cura.

“No hay un método o modelo único, el modelo es como el paciente vaya trabajando en sí, acá hay terapias y herramientas pero solo en ti esta la fuerza.” (Fragmento de entrevista con un líder)

Los procesos de recaídas son el punto álgido dentro de la rehabilitación de adicciones, es algo que esta pronosticado y planificado dentro del proceso, puesto que desde el desarrollo de la terapia, los terapeutas tienen idea de quién puede volver a recaer, tomándolo como un paso más en el proceso de rehabilitación de una adicción, esto hace que el paciente reconozca sus errores dentro del proceso y pueda volver a iniciar su rehabilitación de manera mas consiente y provechosa hacia un cambio verdadero.

Las recaídas es un tema bastante delicado porque lamentablemente hacen parte del proceso, de 10 hay 2 que no necesitan recaer en su proceso, al paciente no se le dice eso porque va a pensar que si recae no hay problema, lo que se debe de hacer es decirles que no pueden echar para atrás y que si hay una recaída va a tener con quien contar, porque antes en las terapias de choque cuando el paciente salía no quería volver, acá se trata bien a la gente para que en el momento en que estén mal nos llamen y sepan que tienen las puertas abiertas, después se le dicen que las recaídas eran importantes y que el proceso de nosotros dura toda la vida. Si recaes es porque no fuiste sincero conmigo mismo y que te faltó trabajar en algunas cosas. (Fragmento de entrevista con el líder)

Al finalizar los ciclos de intervención es necesario que el paciente no se aleje totalmente de la institución pues esto hace que se aumente en gran medida los índices de recaídas; lo que se busca con la cercanía del paciente a la institución es que en el momento en que se sienta tentado a buscar la droga nuevamente pueda contar con una red de apoyo que estará establecida por los mismos terapeutas y compañeros con los cuales compartió durante su tiempo de internamiento.

Independientemente que los usuarios vuelvan o no a servir, más que todo lo importante es que no te desvincules, que vuelvas a si sea para saludar, es para formar una red de apoyo, la idea es que estén llamando, porque los que se alejan totalmente son más probables que puedan volver a caer. La idea es formar una red de apoyo para que al momento en que se sientan mal, sepan a quien acudir, puedes llamar a alguien y comentarle para que se pueda intervenir y evitar una recaída. (Fragmento de entrevista con un líder)

Aspectos extra terapéuticos:

Algunos aspectos que se deben tener en cuenta además de los mencionados anteriormente son: Antes de realizar cualquier intervención se hace un plan en el que participa

todo el grupo de trabajo de la institución, este plan es analizado a partir de la información que logra recolectar cada líder desde su acercamiento con el paciente, esta información llega a el personal clínico, encabezado por el psicólogo, el psiquiatra y el farmacéutico, y a partir de sus visiones empiezan a trazar un plan de intervención acorde a las necesidades de cada paciente.

Se tiene presupuestado dentro del proceso el momento en que la persona quiera abandonarlo, para esto tienen una serie de pasos a desarrollar a manera de plan de contingencia, primero se trata de persuadir al paciente mediante el personal que este más cercano a su caso, la persona trata de convencerlos de manera verbal exponiéndole las ventajas del programa y lo malo de una decisión apresurada, después de esta primera etapa se le ofrece una medicación al paciente para que este más calmado y su ansiedad desaparezca, lo cual permite manejar la situación y conseguir un lapso de tiempo mayor para trabajar con él y poder darle continuidad a su proceso; si después de esto aún persiste la idea de marcharse el paciente se debe dejar en libertad, no sin antes firmar un documento en donde exprese su deseo y justifique su salida del programa, este protocolo de salida se vuelve más rígido si el paciente es menor de edad ya que se debe dar parte a bienestar familiar si no se logra ubicar un familiar que lo reciba.

Las relaciones dentro de la institución se controla en busca de disminuir las probabilidades de que el paciente se retire del proceso, es por esto que las personas nuevas no se dejan relacionar entre ellas, y se les asigna un "hermano mayor" el cual debe enseñarle las normas de la casa y tratar de adaptarlo al ambiente de la institución, de manera que se sienta cómodo y reconozca las instalaciones de la manera más familiar posible.

El entorno que se vive dentro de la fundación, entre sus integrantes y líderes, es muy tranquilo, puesto que a pesar que la mayoría de los pacientes que están internados provienen

de un entorno hostil, dentro de la fundación afrontan un proceso de cambio, en donde por parte de los líderes la respuesta ante la violencia es un acto de amabilidad y persistencia.

El ambiente que rodea la institución es de paz, la parte espiritual nos ayuda mucho, es lo que nos identifica a nosotros, y por eso es que nos recomienda, no se ve una pelea, y si se ve se soluciones de inmediato, eso lo ocasiona los nuevos, porque piensan que acá los van a atacar, tienen ideas de la calle y vienen a la defensiva, y cuando ven que no es así ya cambian.

(Fragmento de entrevista con subgerente)

Los horarios de la fundación son de estricto cumplimiento, aunque siempre existen excepciones siendo así como estos horarios pueden ser modificados dependiendo estrictamente de decisiones de tipo directivo, o también de los encargados de cada actividad grupal (líderes) haciendo que el horario se modifique debido que existen actividades en las que interviene personal voluntario el cual se siente mas cómodo desarrollando cierto tipo de función.

Estos intereses específicos de los pacientes pueden ser utilizados por la institución para beneficiarse en actividades que se requiera para participación en eventos extra curriculares para buscar fondos para el funcionamiento de la fundación.

“Hay algunos integrantes que les gusta hacer actividades para recolectar fondos, entonces hacemos quermes cada 45 días, ellos nos ayudan a cocinar, a vender todo lo que se trae, también los que quieran donar algo lo pueden hacer” (fragmento de entrevista con la subgerente)

La terapia se alimenta de los discursos de los terapeutas y de los pacientes, de esta forma el terapeuta da su testimonio que nace desde lo personal e individual y también aporta lo acordado en las reuniones en donde participan el psicólogo y el psiquiatra delimitando los caminos de la intervención, por otro lado participa cada paciente contando su historia de vida

y su proceso dentro de la institución, esto facilita la empatía y sirve para brindar apoyo a las personas que acaban de llegar al proceso o presentan algunos problemas en éste.

Además, siempre la fundación esta en busca de generar nuevos espacios de aprendizaje, y que tal vez para aquellos pacientes que han caído en tristeza y que las terapias y el hablar con los terapeutas de siempre no le ha servido, llegan personas de afuera igualmente con una estructura religiosa no hacer terapia, sino hablar aspectos de la biblia, aspecto que suele ser general en los pacientes, la creencia en un Dios y encontrar confort al hablar sobre ello.

“De pronto si hay una actividad extra, visitas o alguien que vino a visitarnos y quiere compartir algo si se cambia el día.” (Fragmento de entrevista con la subgerente)

Los procesos de dialogo pueden ser grupales o individuales; en las terapias grupales se busca dar un mensaje a todos en donde se utiliza básicamente la palabra de Dios y las herramientas propias de cada terapeuta, igualmente se busca una retroalimentación de parte de los paciente para lograr medir de alguna forma la calidad del impacto que se genere y evaluar las terapias para futuras mejoras.

Las terapias individuales comúnmente nacen por iniciativa de los pacientes, estos buscan al terapeuta con el que más haya desarrollado afinidad o confianza para contarle sus problemas y necesidades, esto facilita el trabajo del personal clínico, pues guía el camino por el cual debe transitar la terapia, un efecto muy puntal es cuando el paciente cuanta problemas familiares en donde se crearon odios o conflictos entre los familiares, esta información se utiliza para guiar la terapia hacia el perdón; el perdón en este caso sería el camino para salir de la drogadicción y abandonar el odio que la origina.

Además del pedido naciente de parte del paciente, las terapias individuales pueden aparecer después de un consenso entre el personal clínico y los terapeutas en el cual se decide

por alguna falta o conducta en específico a quien es necesario intervenir, pero nunca se hace una intervención sin que todo el grupo de trabajo este de acuerdo y se desarrolle un plan estratégico o se diseñe un método para efectuarla.

Es concerniente a los aspectos extra terapéuticos, la mención que se hizo en las entrevistas sobre una experiencia que tuvo la fundación en el tratamiento de pacientes mujeres, en donde identificaban que era más “fácil” la adherencia al tratamiento por parte de estas, puesto que tenían un objetivo por el cual buscar su recuperación y evitar las recaídas, siendo esta una diferencia en los pacientes hombres, puesto que ellos presentan un mayor desapego por su familia o hijos, lo que a la luz de la sub gerente de la fundación puede influir en una adecuada adherencia al tratamiento.

Ellas se restauran más rápido, o así no terminen el proceso se restauran en cambio los hombres recaen bastante. Porque ellas son mas consientes, y muchas ya tienen hijos y piensan en ellos, en cambio ellos tienen a la mama que les da para el hijo o la mujer que los cuida, y a ellas si les toca, entonces son mas consientes de su proceso de restauración que ellos, recaen menos las mujeres que los hombres. (Fragmento de entrevista con la sub gerente)

DISCUSION DE RESULTADOS

Luego de realizar acercamientos a los grupos de Teo terapia se logró construir tres categorías que configuraron el análisis de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación, tratando de condensar en ellas, las herramientas y métodos que la teoterapia aporta a los pacientes, en pro de su recuperación, en este caso de una adicción a SPA. Es así como, el primer grupo tiene que ver con el contexto en que se realizan las secciones y las normas que lo rigen “comunidad terapéutica”; el segundo examina el proceso de inmersión a dicha comunidad nombrado “ascesis”. Y el tercero presenta la forma en que el paciente logra adoptar las ideologías que enseña la terapia a la que participa y la figura que facilita este proceso: “El líder”.

Después de exponer estas ideas para entender mejor la forma en que trabaja la Teo terapia y cómo afecta a la persona que se involucra en su proceso se presentaran las formas en que puede llegar a ser una cura real, las ventajas y desventajas que tiene la persona que pasa por este tipo de intervención y la capacidad real de ayuda y duración en el tiempo.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

El concepto clave que nos ayudará a comprender el modelo de intervención y los efectos que logra en los sujetos adictos a SPA es el de Comunidad. El efecto “comunidad” se ve potenciado por las circunstancias del momento histórico contemporáneo en el que la sociedad actual demanda cada vez más un papel de “pertenencia” a algo para definir al sujeto, sea llamada clase social, raza, partido político o nacionalidad. La misma pertenencia a un

grupo o a una “masa” como lo habría definido Le Bon (1895) es de vital importancia para la aceptación dentro de su sociedad, previendo además que la masa a la cual pertenece cierto individuo tiene el poder de transformar su comportamiento, sus modos de relación, formas de pensar, su moralidad y su auto percepción de sujeto.

Tendría que explicar el hecho sorprendente de que ese individuo a quien había llegado a comprender siente, piensa y actúa de manera enteramente diversa de la que se esperaba cuando se encuentra bajo una determinada condición: su inclusión en una multitud que ha adquirido la propiedad de una «masa psicológica». (Freud, 1921, Pág. 19).

Es por esto, al abordar la importancia de la pertenencia a un grupo en el proceso de rehabilitación, en donde el grupo actúa como una herramienta poderosa para la adquisición de valores y creencias que ya están implantadas en él cuando el individuo nuevo es incluido (en este caso, se trate de creencias religiosas) y que por ende actuarán en el comportamiento implícito e inconsciente de los pacientes nuevos.

Cuando el sujeto pierde el control, cuando consume porque hay una “necesidad” un impulso para consumir y no hay control, necesita de un contexto que lo sujete, ahí es válida la experiencia de los tratamientos institucionales, los cuales deben ir articulados de acuerdo al nivel de afectación del consumo en el sujeto. (Cesar Jaramillo, entrevista personal, octubre de 2009) (Bohórquez, 2011, pág. 14).

Estas comunidades tienen ciertas características que beneficiaran la mutación de pensamientos de los que luchan por dejar las drogas, abstrayéndolos de la percepción

individual que traen consigo y que han construido a lo largo de la vida. Claro está que el conocimiento religioso no es del todo ajeno ni absolutamente nuevo, dada nuestra cultura eclesiástica y que, entre otras cosas, habitamos en el denominado “país del sagrado corazón”: Colombia.

De este modo, el grupo al que se hace referencia está ubicado en una fundación a las afueras de la ciudad de Cali, en un lugar campestre alejado de la ciudad que genera un entorno de tranquilidad y “paz ideal” para el contexto de transformación objetivo de la estadía en el centro; estando siempre rodeado de la naturaleza imponente que hace entrar al individuo en un estado de relajación y tranquilidad; Pero, ¿por qué estar alejado de la ciudad? Pues bien, es considerado como un factor importante que debe ser analizado, para responder a esto se debe partir de que la investigación es realizada dentro de una comunidad religiosa, la cual maneja unos comportamientos y moral estricta basada en la Biblia y que de alguna forma es de difícil cumplimiento en una urbe de gran tamaño como es la ciudad de Cali (que es el principal foco de usuarios de éste centro de rehabilitación). Además, la adicción es entendida para la fundación como una enfermedad de carácter “emocional” que fue provocada por el alejamiento de Cristo y sus enseñanzas y la entrega a lo mundano, que bien se refleja en la cultura popular caleña.

Conclusión: la drogadicción no es la enfermedad sino la manifestación de una enfermedad, la enfermedad sería un problema emocional, básicamente, desde mi punto de vista, es más que todo una depresión, si usted se pone a mirar todos han sido personas que han sufrido de depresión o rechazo y encontraron en la droga un refugio (fragmento de la entrevista con un líder).

Es así como comienza a comprenderse la importancia que tiene una comunidad terapéutica en el proceso de rehabilitación de adictos a SPA, teniendo en cuenta los aspectos que una comunidad terapéutica ejerce sobre el individuo. Esta hace que se creen unos tipos de factores que hacen que el proceso interno de cambio de pensamiento se construya. En su funcionalidad como masa atrae hacia su centro a un individuo provisto de capacidad social que le impide alejarse y quedar relegado del conjunto social; dicha masa debe su capacidad de ligazón a su fe cristiana y establece como objetivo la práctica y difusión las enseñanzas de vida religiosa, con un representante físico (la biblia) y un intérprete que acerca a ese representante físico al individuo (el líder) generando con esto un cambio en el pensamiento y comportamiento del individuo (paciente), dado que necesita una cura a una enfermedad: la adicción a SPA.

En este sentido, para la facilitación del acercamiento del paciente hacia Dios, se hace desde el supuesto que el sujeto está “contaminado” con los comportamientos de aquellas personas, sociedades, creencias o contextos que no tienen a Dios en su centro. Desde su comprensión, lo anterior conlleva a comportamientos de autodestrucción que generan en los pacientes ya adictos una enfermedad prolongada haciendo que cualquier aspiración a superarla sea esquiva, aun con pedidos conscientes de ayuda o después de lograr un reconocimiento del problema. El ingreso a la comunidad genera así el alejamiento de la “atmosfera contaminadora” un cambio de entorno y de pensamiento, alejados de sus comportamientos normales (considerados como inmorales) y por ende de sus costumbres de consumo.

De esta forma, se asegura la intervención de una forma inicial, haciendo que el sujeto se vea alejado de sus costumbres negativas y se vea obligado a adquirir unas nuevas que lo llevarán a su proceso de rehabilitación de las adicciones. La masa a la que entra el sujeto genera una nueva atmosfera cuyas reacciones emocionales son intensas (ira, angustia, alegría, esperanza), lo cual siguiendo los planteamientos de Freud (1921) *“Nos bastaría con decir que el individuo, al entrar en la masa, queda sometido a condiciones que le permiten echar por tierra las represiones de sus mociones pulsionales inconscientes.”* (Pág. 19). Lo que estas palabras de Freud indican es que sus represiones pulsionales quedaran al descubierto y trataran de darse rienda libre al entrar a esta comunidad que porta el significante de “terapéutica”, de la que espera apoyo, prohibición y el apego a un comportamiento de reglas y normas que hacen que todo esté bajo control y esencialmente bajo el gusto de sus creencias espirituales.

Se puede decir que el nuevo integrante trae consigo características propias de otra masa mucho más grande y abarcadora, la sociedad del consumo capitalista, de la cual no se ha logrado librar y de las que se empieza a desprender mediante el proceso de adaptación a una comunidad distinta en su lógica, es decir, sale de un sistema para ingresar a otro conformado de una manera diferente pero que en su esencia puede ser parecida, pues contiene rasgos que se manejan en cualquier contexto: estará rodeado de personas con algunas costumbres diferentes y se verá enfrentado a políticas y normas propias de cualquier sociedad.

Esto evidencia la importancia de la comunidad como herramienta terapéutica de gran impacto en el proceso de rehabilitación de personas drogadictas, pues todas las actividades de los pacientes proveen un orden y estatus definido bajo el objetivo común de alcanzar la cura

de sus adicciones bajo los mandamientos y parámetros religiosos y bíblicos. En efecto, en la fundación existe la asignación de tareas como en cualquier comunidad; así las tareas se asignan a todas las personas, para un correcto orden y satisfacción de las necesidades para ello, tareas como el aseo de los lugares comunes, jefe de economato, cocinero, fogonero, son labores realizadas por los pacientes por asignación de los líderes. Como lo menciona Pichón-Riviere (1982), *“en el grupo esta operación se realiza a través de los roles funcionales operativos que están representados en el nivel grupal (...)”* (Pág. 120). En este caso, Los roles cumplen una función dentro de la comunidad, en primer lugar, de satisfacción de necesidades básicas como el aseo o la comida, además sirve de consolidador del mundo grupal que constituye la comunidad con lo que se logra el enganche de los nuevos pacientes, pues estos también después de su periodo de tolerancia deben de hacerse cargo de alguna tarea, así todos por rotación deben hacer alguna labor dentro de su estancia en la fundación, lo que nuevamente denota un comportamiento comunitario y disciplinar.

Algunos de estos roles son usados en forma de castigo, tales como el pianista (encargado de lavar los platos de las comidas) siendo este rol asignado cuando un paciente no cumple con sus obligaciones, como actividades en las sesiones grupales o individuales, organización de los cuartos, aseo personal, trato discriminatorio o violento con los compañeros o líderes y desobedecer a alguna orden. Se genera así un tipo de escarnio público ante los demás integrantes de la fundación, diciendo que ante acciones que no sean aceptadas dentro de la normativa de la comunidad, habrá un castigo contra ellas para mantener el orden dentro de la comunidad terapéutica.

Asimismo, en caso de que un paciente nuevo no logre adaptarse al proceso, a pesar de todas las herramientas terapéuticas que tienen la fundación y su deseo es abandonarla, los líderes acuden a un proceso de carácter riguroso para lo cual desarrollado un plan de contingencia que lleva a que el equipo médico intenten convencer al paciente para que desista de abandonar la fundación. Seguidamente, al paciente se le ofrece medicamentos para aliviar la abstinencia, que según los líderes es la principal causa de abandono de la fundación. En esta medida, si el paciente logra quedarse, se inician una serie de terapias individuales que indagan en su intento de escape. De modo que estas circunstancias son conforme a lo indicado por Freud (1921): “...y el intento de separación suele estorbarse o penarse rigurosamente, o se lo sujeta a condiciones muy determinadas” (Pág. 25). Para lo cual, es de destacar que la masa no penaliza de forma severa a un presunto desertor, fundamentalmente porque su intento de deserción es entendida como un acto de desesperación provocado por la abstinencia física que produce la adicción. Además, la comunidad tiene una alternativa no violenta: recurren a métodos científicos y de orden médico para generar un cambio en aquellos pacientes en que la espiritualidad no ha sido suficiente para amenguar sus necesidades de satisfacer sus pulsiones y sucumbir ante su adicción. De esta manera, la comunidad combina entonces dos símbolos que le brinda legitimidad a sus acciones y que refuerzan lo que Bordieu (2001) denominó el capital simbólico de un agente social: asocian la legitimidad que da la religión y su gran influencia sobre la vida emocional de las personas, con la legitimidad que ha ganado la ciencia en el mundo moderno. De este modo, ciencia y religión le hablan al sujeto adicto de las drogas en su proceso de rehabilitación.

Por su parte, en cuanto al periodo de permanencia dentro de la fundación, por regla general es de un año, teniendo beneficios a medida que el tiempo y el proceso de rehabilitación avanzan, tiempo después, a los 8 meses de tratamiento, el paciente tiene la

posibilidad de salir de la fundación los fines de semana para visitar a sus familiares. Por esto, la comunidad misma se encarga de dar libertad a las personas que han adoptado los comportamientos y nuevos roles sugeridos, para que este sujeto tome una nueva conducta y a manera de prueba y aliciente emocional pueda probarse ahí afuera, generando así una búsqueda de confianza en sí mismo y dilucidando lo se ha podido avanzar en la cura, teniendo la seguridad siempre de que en caso de fallar y recaer en la adicción, va haber un ente supremo que se encargará de castigar el alejamiento a las enseñanzas dadas en la fundación.

Una vez culminado el periodo de rehabilitación, el paciente abandona la fundación y trata de retornar a su vida en sociedad. El individuo se ve entonces alejado de su comunidad en la cual construyó un conocimiento y un comportamiento estricto que lo llevó a encontrar la cura de su adicción. Ahora debe enfrentarse a la sociedad consumista lo que puede llevar al caos y a la confusión. En esos casos, otra herramienta terapéutica que tiene la fundación entra en acción y es la red apoyo. Esta red está conformada por líderes de la fundación y pacientes que han culminado su tiempo de rehabilitación, que están dispuestos a escuchar o compartir sus dolencias (labor de los líderes dentro de la fundación), para que en caso de recaída o presentación de ansiedad de consumo, el paciente tenga donde acudir y recordar sus comportamientos adquiridos durante su estadía dentro de la comunidad terapéutica. El egresado se mantiene en constante contacto y a través de una iglesia cristiana mantienen vivo el elemento que los unía en su anterior comunidad. En palabras de Freud (1921): *“No hay duda de que la ligazón {Bindung} de cada individuo con Cristo es también la causa de la ligazón que los une a todos.”* (Pag 25). El símbolo de Cristo hace que los individuos por fuera de la comunidad no se sientan tan lejanos de la masa a la cual pertenecían y por ende los define en sus comportamientos y acciones, haciendo así que la sugestión de encontrar la cura

a través de las enseñanzas de Dios y el temor a recaer pese al castigo de este se mantenga y evitando así la situación de recaída ante la adicción.

Ciertamente sorprende pensar que una persona que ha llevado su existencia en un estilo de vida en que las normas han disminuido su coacción, recurriendo a la satisfacción de sus deseos por medio de la adicción, pueda entrar en un mundo completamente diferente en el cual la regla y la supremacía de un Dios es la fuente esencial y característica del grupo. La fundación dispone de variadas estrategias para lograr este cometido. Uno de los más importantes es un programa que denominan “hermano mayor” el cual consiste en que un paciente que está a punto de culminar su periodo de rehabilitación, o haya avanzado en el campo espiritual “adopte” a un paciente nuevo con la idea de enseñarle las dinámicas de la fundación y lo que se puede hacer o no, mostrándole las reglas básicas de la comunidad y cuanto ayudará eso en su proceso de rehabilitación.

Sin duda, este rol que cumple el sujeto que está en vísperas de egresar de la comunidad reafirma ante un recién llegado las formas de pensamiento que le fueron inculcados, inaugurando ante la sociedad una nueva imagen social que nunca antes había tenido, como es la de convertirse en un ejemplo para los demás. El joven en proceso de rehabilitación es ahora modelo de identificación para quien apenas comienza, mostrando así que el proceso de rehabilitación desarrollado funciona de manera positiva. Convirtiéndose en modelo de identificación ante otro, la “vergüenza” es ahora una aliada del proceso, puesto que el sujeto adquiere cierto grado de prestigio social que debe cuidar con sus acciones y sus palabras, lo cual corresponde al papel que cumplen las emociones en la significación tanto de sus acciones como de sus procesos identificatorios en los que es tomado como referente dentro del medio social al que pertenece.

Lo que se trata de lograr de los pacientes a través de este complejo proceso es una adaptación activa a la realidad, caracterizada por el hecho de poder asumir nuevos roles con una mayor responsabilidad y el abandono progresivo de los roles anteriores, inadecuados para la situación en el aquí y ahora (Pichón-Riviere, 1982, Pág. 125).

Bajo la consigna de “nuevo con nuevo no va” (entrevista con líder), a los pacientes que inician el programa también se les da un periodo de tolerancia para que aprendan qué normas acatar, a quién deben obedecer y qué rol cumple el hermano mayor en su periodo de adaptación, siendo este último el principal enganche para la socialización dentro de la comunidad. Su principal responsabilidad, la del hermano mayor, es por tanto la de contagiar del espíritu que habita la comunidad en aras de evitar que los jóvenes deserten de la comunidad religiosa. Como lo referencia Freud (1921):

En la multitud, todo sentimiento y todo acto son contagiosos, y en grado tan alto que el individuo sacrifica muy fácilmente su interés personal al interés colectivo. Esta aptitud es enteramente contraria a su naturaleza, y el ser humano sólo es capaz de ella cuando integra una masa».” (Pag 19).

Así es como puede ser entendido el hecho de que un paciente nuevo adquiera rápidamente los comportamientos que la comunidad terapéutica posee, haciendo que se integre dentro de la masa. En este sentido, la individualidad es en este entorno sinónimo de enfermedad, debido a que el individuo nunca va a estar solo, ya que se vería reducido al papel de bárbaro. El grupo presiona, controla y atrae al sujeto a la masa. El papel del “hermano

mayor” es entonces clave en la adaptación y el comportamiento en la nueva comunidad, como una estrategia de incorporación de los elementos estructurales que hacen que delimitan el comportamiento de los jóvenes dentro de la fundación.

Por su parte, la adquisición de nuevas costumbres, como son apegarse a las normas de la fundación en aspectos básicos como las visitas y contacto con familiares, ciñéndose a las políticas de la fundación de recibir llamadas de los familiares tan solo los fines de semana o que las visitas sean solamente los domingos, genera un impacto en los pacientes el cual puede verse reflejado en depresiones, alteración en los estados de ánimo o conductas de desobediencia, pero que son superadas rápidamente con el apoyo de los líderes y de los demás compañeros, para lo cual según Freud (1921) dice que *“las dos causas de alteración del individuo en la masa..., el contagio y la sugestionabilidad acrecentada, evidentemente no se encuentran en pie de igualdad, ya que el contagio ha de ser también una exteriorización de la sugestionabilidad.”* (Pag 20). Ahora bien, el papel de la sugestionabilidad es clave para comprender las reacciones de sujeto nuevo y su esfuerzo por integrarse a la lógica de la nueva masa que lo acoge y que conlleva a una relación de apego-desapego de las costumbres e ideas de sus vivencias a las de la nueva vida en la comunidad.

Por último, se observó un comportamiento que se da en algunos de los pacientes que terminan su proceso de rehabilitación y es la sensación y propensión de volver a la fundación en carácter de servidor, pues muchos pacientes que han terminado su proceso de rehabilitación, regresan con sus familias y luego de un tiempo vuelven a predicar la palabra de Dios, o a servir en las labores. Es así como todos los líderes que en el momento de la investigación estaban dentro de la fundación, habían terminado su proceso de rehabilitación y

habían regresado, simplemente a saludar pero terminaron quedándose en el papel de líder espiritual, demarcando así un apego por la masa y sus costumbres y una nueva forma de vida en la comunidad religiosa, donde el acto de la adicción no está bien visto, pues atrae el castigo de Dios.

ASCESIS

Según Brandon (1975) “*el término griego askésis significa “ejercicio”, “entrenamiento”*” (pág. 223) el cual es usado con preferencia por los miembros del personal clínico en el desarrollo de la teoterapia. Su metodología implica introducir al paciente en un contexto que maneja diferentes aspectos: la visión del mundo, de un placer, de lo correcto e incorrecto; todo esto hace que al final del programa de rehabilitación el paciente interiorice una nueva visión del mundo, en consecuencia de la adhesión al grupo, en donde los cuestionamientos sobre la virtud y lo moral suelen ser diferentes a los practicados anteriormente por el paciente.

El ejercicio de la ascesis filosófica que empieza con Platón, pasa por los Estoicos y continua con el cristianismo, introduce una lógica de ejercicios espirituales de depuración del alma de los caprichos del cuerpo. En parámetros de la filosofía moral, al estar el cuerpo ligado al alma, esta última no podría alcanzar fácilmente sus deseos, ni podría llegar a descubrir la “verdad” o alcanzar una sabiduría. Por ejemplo, en el Fredón se plantea:

Y mientras vivimos, como ahora, según parece, estaremos más cerca del saber en la medida en que no tratemos ni nos asociemos con el cuerpo, a no ser en la estricta necesidad, y no nos contaminemos de la naturaleza suya, sino que nos purifiquemos de él, hasta que la divinidad misma nos libere (pág. 18).

De esta manera, los líderes, personas con los procesos de rehabilitación culminados han logrado interiorizar estos cambios y han tenido éxito en el ejercicio de la ascesis. Es por eso que se han quedado liderando el proceso de nuevos integrantes de la fundación que ingresan con la idea de lograr el mismo cambio. Pero para que su “virtud” en términos ascéticos sea transmitida con eficacia hacia sus pacientes, estos deben de empezar a ver el mundo desde el mismo punto en que lo vivencian los líderes. He aquí la importancia del cambio de visión de lo correcto e incorrecto, una transformación, una ascesis espiritual en el que se purifique el alma de los detrimentos terrenales y pecadores y que a través de las enseñanzas transmitidas por los líderes se logre un acercamiento a la “virtud”, como los socráticos lo nombraban y refería de ello en Fredón:

Y así, cuando nos desprendamos de la insensatez del cuerpo, según lo probable estaremos en compañía de lo semejante y conoceremos por nosotros mismos todo lo puro, que eso es seguramente lo verdadero. Pues al que no esté puro me temo que no le es lícito captar lo puro.»
(pág. 18).

Todos los pacientes que ingresan al proceso de rehabilitación tienen como elemento en común la adicción a algunas sustancias. Entre aquellos que inician el proceso se pueden diferenciar los que poseen una adopción de un dogma religioso, o los que desconocen la palabra de Dios. Esto es un punto de vital importancia, porque el programa tiene como característica fundamental la exposición de las ideas religiosas plasmadas en el libro de la biblia durante la mayor parte de las intervenciones que se hacen a los usuarios tanto grupal como individualmente; cabe aclarar que no es un requerimiento que se le hace al paciente a la

hora de ingresar el que sea cristiano practicante para ser admitido en el proceso. Cuando se encuentra con personas de carácter agnóstico son también incluidos en las terapias de la misma forma que los demás, sin ser obligado a adoptar sus creencias o reconocer la persona de un Dios todo poderoso y proveedor de bienestar.

En esta medida, estas terapias basadas en la biblia se complementan con lo que podemos llamar discusiones o asambleas, las cuales son de libre participación y consisten en escuchar los testimonios de cada uno de los participantes y exponer las dudas que genera la adopción de una nueva vida religiosa a los ojos de una persona no creyente o con dudas, mientras que a las personas que han cultivado una creencia en Dios, la refuerza.

De esta forma, cabria preguntarse el por qué las personas, independientemente de su característica, creyente o no creyente, se ven integrados a esta comunidad terapéutica, adoptando sus comportamientos y pensamientos a la filosofía impartida por la fundación y que predomina en sus terapias. La posible respuesta atañe a diferentes factores que han sido investigados de manera separada y los cuales se pretenden traer a colación.

Es así como desde la proposición de Le Bon (1895) de la psicología de las masas, ésta tiene un poder exclusivo y fuerte el cual atrae a nuevos integrantes a su masa a través de múltiples factores entre ellos la relegación y el poder de la masa para convencer y doblegar el sentido individual del sujeto y atraerlo a un sentido más primitivo de orden comunal.

...la peculiaridad del pastorado cristiano medieval consintió en que produjo una tupida red institucional única en su tiempo, que dio lugar a “todo un arte de conducir, dirigir, encausar, guiar, llevar de la mano, manipular a los hombres, un arte de seguirlos y moverlos paso a paso, un arte cuya función <era> tomarlos a cargo colectiva e individualmente a lo largo de toda su vida y a lo largo de su existencia” Foucault (2006:196)” (Fragio 2013, pág. 92).

En este sentido, la relación que se exploró de manera específica corresponde a la propuesta en la cual la intervención teoterapéutica se basa de una forma de relación triádica entre paciente-comunidad-biblia, representando a este último como el supuesto saber que consolida a un sujeto incorpóreo el cual es el resultado de una creencia colectiva denominada cristianismo y actúa como elemento homogeneizador de la masa en la que el nuevo sujeto se ha incorporado y que este debe de aceptarlo como su nueva creencia guiadora de vida.

Por consiguiente, el proceso utilizado para involucrar al paciente en esta nueva forma de vida considerada como la que lo llevará a la cura se diferencia con la utilizada en la práctica clínica psicoanalítica de la siguiente forma: Se propone una relación desde el punto de vista clínico, un camino bidireccional entre el paciente y el terapeuta psicoanalítico partiendo desde una concesión de la existencia de una transferencia, la cual hace que el terapeuta psicoanalítico, posea una investidura del supuesto saber que hace existente la relación transferencial entre el paciente y terapeuta, claramente de una relación diádica y de orden bidireccional,

Es en efecto, esencialmente diferente que haya dos o que haya tres. Si queremos captar dónde está la función del sujeto en esta articulación significativa, debemos operar con dos, pues sólo con dos es acorralable en la alienación. Desde el momento que haya tres, el deslizamiento se

vuelve circular. Pasado del segundo al tercero, vuelve al primero -pero no del segundo. (Lacan, 1964, pág. 88)

De este modo, en el sistema que propone Lacan (1964), es de carácter fundamental que la relación de cura se establezca fundamentalmente con el analista, contrastando con la forma de intervención que se encuentra en la teoterapia, pues en ésta se puede diferenciar un elemento de colectivo (comunidad) “*paciente-comunidad-biblia*”, que le otorga un lugar especial a cada uno: quien lidera, quien acompaña, quienes sufren junto con los otros, quienes dan testimonio, etc. Este proceso se inicia con la necesidad del paciente de encontrar una respuesta a sus preguntas, esa inquietud la asumen todos, direccionado por lo que plantea el líder quien es el que inicialmente escucha sus problemas y le brinda una orientación que identifica como apropiado, no sin antes pasar por un proceso de reflexión guiado por la biblia que en este caso sería el sujeto del supuesto saber, un objeto que sería el representante físico de un “sujeto” incorpóreo que es objeto de adoración y eje fundamental del cristianismo.

Asimismo, la transferencia del sujeto es hacia un colectivo que como lo plantea Lacan (1964), al encontrarse más de 3 sujetos implicados, el orden de significantes toma un carácter circular. La teoterapia será de un orden cíclico, cerrado, que no deja abierta la cadena de significantes, por lo que el saber que ostenta esa comunidad no es “supuesto”, sino “verdadero”, más allá de cualquier duda. El saber de la teoterapia es un saber estricto y supremo, no como el del paciente psicoanalítico que le otorga a su analista un saber interpretativo de su malestar que es esperable que al final de la cura psicoanalítica caiga del lugar idealizado en que inicialmente fue colocado.

En la teoterapia el paciente con su malestar (drogadicción) interroga a otro (la comunidad terapéutica que lo recibe), poseedor de un saber interpretativo de su malestar, el cual dará la respuesta a sus inquietudes existenciales a través de un saber supremo (biblia) y será devuelto al paciente para su interiorización, una suposición de relación transferencial triádica y de carácter cíclico.

$$P \rightarrow C \rightarrow \mathbf{B} \rightarrow C \rightarrow P$$

Este sistema se emplea en un contexto grupal teniendo como referencia en los talleres, las enseñanzas que están escritas en la biblia y todo lo referente a Dios, creando así un espacio terapéutico de carácter netamente religioso, donde gira en torno a la moral, los valores y la identificación del síntoma (adicción) con base en una retórica religiosa o teo-centrista. La cura es un factor realizable y verdadero gracias a la creencia en un ser superior (Dios) que ha dejado unas enseñanzas y con ellos una serie de comportamientos que las personas deben seguir para poder conseguir reformar su vida y así corregir aquello que perciben como errores que han estado viviendo, tal como la adicción. Este ser superior es de donde emana las direcciones que deben tomar las personas y establece una serie de “mandamientos” los cuales tienen atado a la promesa de que si se cumplen se alcanza una “gloria”. Constituye una marcada influencia del discurso del líder en el que logra dar paso a la intervención con cada uno de los pacientes.

Esta serie de normas, leyes o requisitos para alcanzar una “vida tranquila”, o un goce aceptado por la sociedad, es aceptada de antemano por el paciente. Esto se puede comprobar

en que ellos aceptan la participación en el proceso reconociendo que se han desviado del camino y con la intención de volver a retomarlo, pero igualmente saben que mediante su propia reflexión, autocrítica o su propia fuerza no logaran alcanzarlo y después de recurrir a sus figuras de autoridad más próximas como los padres o familiares deciden recurrir a una instancia profesional siendo aquí donde se encuentra la figura del líder. Esta figura representa de entrada una imagen de autoridad para el paciente, apoyado por la figura de “hermano mayor” el cual es el encargado de introducir el orden de la nueva masa al individuo.

A partir del transcurso de la terapia, el paciente interioriza al líder como la ley dentro de la fundación y los supuestos que enseña para la vida del paciente basado en el supuesto saber. Se emprende entonces un proceso de reestructuración del ideal del yo, basado en las enseñanzas, leyes y reflexiones dadas por el líder hacia el paciente. En palabras de Freud (1930) *“Sólo se produce un cambio fundamental cuando la autoridad es internalizada al establecerse un super-yo”* (pág. 52). De acuerdo a lo anterior, no se trata del super yo existente, sino de un nuevo super yo, estructurado a partir de la ley puesta por el líder de la comunidad terapéutica. El espacio propicia un proceso identificatorio con el nuevo padre, haciendo que este nuevo super yo se vea basado, por un lado en la ley del líder (enseñanzas, reflexiones y demás) y también a su vez forjado por la ley del ser supremo (la biblia como representación de Dios), construyendo una nueva investidura del supero yo existente. Este super yo, o conciencia moral, genera nuevos ideales para el yo, nuevas aspiraciones de realización de su ser que implica una nueva manera de estar ante la sociedad. Las terapias van enfocadas de manera específica a la construcción de una nueva moral y de nuevos valores, basándose en el componente principal de las terapias: la biblia, forjando con esto un nuevo aspecto de conciencia moral, que sería producto de su renuncia a la satisfacción de sus placeres cíclicos (adicción) y que configuran de por si el nuevo comportamiento del individuo

o lo que puede llegar a ser considerado como una cura (o la abstinencia de la adicción). En palabras de Freud (1930) *“la conciencia moral es la consecuencia de la renuncia instintual; o bien: la renuncia instintual (que nos ha sido impuesta desde fuera) crea la conciencia moral, que a su vez exige nuevas renunciaciones instintuales”*. (Pag 55)

De esta manera, podría explicarse de por sí la tasa de recaídas que se tiene en el proceso teoterapéutico, puesto que el nuevo super yo genera una nueva conciencia moral y ética de lo prohibido profesado por el líder basado en la biblia (sujeto del supuesto saber) no es asimilado completamente ni estructurado en la psique del paciente, puesto que ya existe una configuración del ideal del yo.

Ahora bien, como quiera que se plasme después la resistencia {Resistenz} del carácter frente a los influjos de investiduras de objeto resignadas, los efectos de las primeras identificaciones, las producidas a la edad más temprana, serán universales y duraderos. Esto nos reconduce a la génesis del ideal del yo, pues tras este se esconde la identificación primera, y de mayor valencia, del individuo: la identificación con el padre u de la prehistoria personal. (Freud, 1923, pág. 33).

Esta intervención teoterapéutica se enfrenta, según las enseñanzas de Freud, con un límite, por cuanto la primera identificación es la de mayor valencia para el individuo, y replantear una redirección del ideal del yo se hace básicamente una tarea utópica, pues construir sobre algo que se encuentra construido, destruir el super yo para construir uno nuevo sería la destrucción como tal de la estructura psíquica del individuo y por ende su anulación como sujeto.

Lo que la comunidad utiliza para la “investidura del ideal del yo”, y contrarrestar el goce de las adicciones con el que era apabullado el “viejo ideal del yo”, es el manejo de ciertas variables que son ambientadas por el orden de la masa (comunidad terapéutica). El elemento homogeneizador es también el elemento clave de la creación de la nueva investidura del ideal del yo, teniendo así que cuando el sujeto abandona la masa o se aleja de esta, las variables que hacían que esta investidura del ideal del yo se mantuviera, se vean terminado o modificados, haciendo así que el real ideal del yo emerja y el individuo retome sus comportamientos y con ello sus adicciones.

En efecto, al apartarse el individuo de la nueva masa que les está brindando un cambio de pensamiento e iluminando un nuevo camino vuelve a ser parte de la comunidad que se encuentra alejada de estos credos. De este modo, estando el individuo dentro de esta comunidad permisiva considera como algo normal e inclusive necesario satisfacer a cualquier costo sus deseos pues es lo que se ve hacer a sus demás similares; este comportamiento esta tan arraigado en la sociedad actual que es difícil volver a encontrarse con la filosofía de los ideales antiguos en los que se propone un ayuno y abstinencia de los deseos y que es bandera fundamental de las comunidades cristianas.

El individuo debe entonces decidir entre tener un placer inmediato saciando sus deseos o en lograr alcanzar un “gocce genuino y duradero” pero en el cual debe de someterse a múltiples abstinencias que procuran el cuidado del alma.

De este modo, este cuidado del alma es el principal objetivo de las normas religiosas, pues para estas comunidades lo que menos importa es satisfacer al cuerpo (ascesis) y se pretende frenarlo para que el alma sea la que gobierne los deseos del individuo. Como lo

menciona Platón en el Fedón “*en tanto tengamos el cuerpo y nuestra alma esté contaminada por la ruindad de éste, jamás conseguiremos suficientemente aquello que deseamos. Afirmamos desear lo que es verdad.*” (pág. 17).

Ahora bien, para lograr que el paciente empiece a cambiar la mentalidad y deje a un lado el cumplimiento inmediato y cíclico de sus placeres, este empieza a ser involucrado en múltiples terapias grupales e individuales en las cuales inician, en algunos a sembrar y en otros a reafirmar la moralidad que proviene de las ideas religiosas y de las enseñanzas y credos cristianos. Lo que esencialmente distingue a la teoterapia de la terapia clínica, es que su proceso de estructuración terapéutica, priman las ideas religiosas que están consignadas dentro del sujeto del supuesto saber, por lo cual el sistema transferencial que permite la facilitación de los intercambios de emociones tiene un centro específico en la biblia, y de lo cual gira en torno todas las terapias y enseñanzas que se dan en la fundación, como lo mencionaba el capellán de la fundación: “*yo lo hago todo con la lectura de la biblia, creo que con la palabra de Dios es suficiente para que la mente de ellos pueda ser cambiada y su corazón.*” (Fragmento de entrevista con el capellán).

Un aspecto central del proceso de rehabilitación, se encuentra la asignación de ejercicios espirituales individuales por parte de los líderes terapéuticos hacia los pacientes. Tales tareas individuales constan de procesos de reflexión y proyección del futuro de aquellos pacientes a través de realización de proyectos de vida o inventario moral, siendo este último un tipo de seguimiento a los comportamientos de los pacientes, entendiéndose que se trata de un cuaderno en donde los pacientes colocan aquellos sentimientos que han tenido últimamente y que la palabra de Dios castiga, tales como ira, rabia, envidia, o abstinencia,

tristeza o melancolía; cuadernos que una vez a la semana son revisados por el líder y partiendo de la revisión de ese cuaderno puede implementar acciones sobre el paciente, tales como castigos o llamados a terapias individuales. Cabe resaltar que estas actividades siempre giran en torno a lo que los líderes y la biblia manifiesta lo que una persona cercana a Dios debe realizar. La consigna principal de estar internados durante todo el tiempo del proceso, principalmente se basa en lograr que el paciente interiorice una disciplina o un modelo de vida diferente al que ya tenía interiorizado, es por esto que dentro de la institución existen horarios establecidos y de rígido cumplimiento para cada día, los cuales tienen responsables definidos haciendo que cada uno de los pacientes sepa cuál va a ser las tareas del día y su obligación.

El momento histórico de la disciplina es el momento en que nace un arte del cuerpo humano, que no tiende únicamente al aumento de sus habilidades, ni tampoco a hacer más pesada su sujeción, sino a la formación de un vínculo que, en el mismo mecanismo, lo hace tanto más obediente cuanto más útil, y al revés. (Foucault, 1975. pág. 126).

Por su parte, el contexto de la disciplina se inicia limitando el lugar en donde se va a dar tratamiento o intervención a los pacientes. Para esto se dispone de una finca con amplios lugares de esparcimiento en la cual el paciente está internado durante el tiempo que se definió en su consulta inicial y solo podrá salir cuando termine su proceso de reeducación e inicien su proceso de desapego e inclusión nuevamente a la sociedad “real”. Estas limitaciones de los lugares físicos en donde se encuentra el paciente y surgen las terapias son propias de diferentes disciplinas como el ejército, el colegio, los hospitales y enmarca todo un programa dedicado al rígido cumplimiento de la norma, como lo explica Foucault (1975): *“La disciplina exige a veces la clausura, la especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo.”* (pág. 130).

Esta distribución del lugar no es al azar, pues cada espacio y contexto tiene consigo una actividad y un responsable de esta (ver imagen 13). Los roles y las funciones se pueden definir por dos vías, la primera de orden positivo, es por la identificación de las virtudes que tenga cada paciente y la segunda, por la implantación del castigo debido a conductas que no son compartidas por los líderes o por las reglas de la fundación. La idea de la distribución de estos roles a cada paciente es lograr que cada uno tenga una función dentro de la institución y dentro del programa y que no se generen espacios grandes de libertad para que el paciente divague o emplee su mente en pensamientos que puedan causar daño o retroceso a las intervenciones, tales como los sentimientos derivados de la necesidad de consumo y de huida del plantel.

Pero el principio de "clausura" no es ni constante, ni indispensable, ni suficiente en los aparatos disciplinarios... A cada individuo su lugar; y en cada emplazamiento un individuo. Evitar las distribuciones por grupos; descomponer las implantaciones colectivas; analizar las pluralidades confusas, masivas o huidizas (Michel Foucault, 1975, pág. 131).

La distribución de roles a cada paciente hace que la vigilancia y la disciplina dentro de la fundación pueda ser más genuina y la amplitud del lugar hace necesaria también la presencia de varias personas encargadas de diversas actividades, pues dentro de la finca o la institución podemos encontrar, zonas verdes en las cuales los pacientes pueden practicar desde natación, fútbol o acondicionamiento físico. También se limitan zonas bajo techo como lo son la cocina, los comedores, la sala de audiovisual y aparte las cabañas que son solo para el uso de los pacientes y utilizadas exclusivamente en horas de la noche para dormir. Como lo menciona Foucault (1975): *“La regla de los emplazamientos funcionales va poco a poco, en las instituciones disciplinarias, a codificar un espacio que la arquitectura dejaba en general disponible y dispuesto para varios usos”* (pág. 132).

Cada uno de estos lugares cuenta con una persona encargada, ya sea un líder o un paciente que este en un estado avanzado de su recuperación para vigilar los procesos que se llevan a cabo dentro de cada contexto, llámese cocina, dormitorios o zonas verdes y hacer cumplir los horarios establecidos dentro de sus cronogramas, según Foucault (1975): “*Se fijan unos lugares determinados para responder no sólo a la necesidad de vigilar, de romper las comunicaciones peligrosas, sino también de crear un espacio útil.*” (pág. 132). Esta vigilancia ante situaciones posiblemente peligrosas, parte del hecho del que el paciente llega a la institución envuelto en una serie de situaciones mentales, sociales, físicas y emocionales que lo han llevado a la droga y que se están tratando de dejar afuera de la institución, pero que pueden aparecer en cualquier momento si se le da tiempo al paciente para que a través de sus pensamientos y reflexiones pueda llamarlo a su presente de nuevo.

Desde la teoterapia, sería más fácil si la enfermedad fuera la misma drogadicción, pues lo único que se tendría que controlar sería la no presencia de drogas dentro de la institución o la erradicación de consumos de SPA de los pacientes. Pero para ellos, la drogadicción va mucho más allá de una simple enfermedad, pues en palabras de un líder: “*la drogadicción no es la enfermedad sino la manifestación de una enfermedad, la enfermedad sería un problema emocional, básicamente*” (fragmento de la entrevista con el líder). Por lo tanto esta condición de adicto es más difícil de eliminar pues todo se debe a la condición del alejamiento de Dios y la rebeldía ante sus enseñanzas. Esto explica que los procesos de rehabilitación estén enfocados hacia la adquisición de actitudes positivas y empezar a sanar las carencias afectivas que tiene el paciente y que son considerados la génesis de la adicción. En otras palabras, para la teoterapia el hombre posee la “salvación” desde que nace pero al estar involucrado en el

mundo y sus vicios se ve tentado hacia ellos y la va perdiendo paulatinamente, y lo que se busca en sus programas es volver a recuperar ese hombre que se considera perdido mostrándole nuevamente el camino del cual se desvió. Desde una mirada filosófica, Aristóteles en la ética a Nicómaco dice:

Por continuación de vicios y falta de doctrina vienen los hombres a olvidarse tanto de quién son y del parentesco que tienen con Dios de donde salieron, que se vienen a tornar bestias, como nuestro celestial poeta lírico lo canta, y aún vienen a hacer cosas que en realidad de verdad las bestias no las harían” (pág. 199).

La religión genera así un halo de esperanza en la moralidad y la fe cristiana de reconstrucción de la vida perdida y de forjar un camino hacia la “salvación” cristiana.

Durante el proceso de la rehabilitación lo que se busca es tratar de dejar a un lado todas las “heridas” que provocaron que la droga fuera adoptada por la persona. Pero al salir de este internamiento se verá enfrentado a una vida real en la cual será amenazado nuevamente por sus anteriores costumbres y pensamientos que lo empujarían de nuevo ante una vida de consumo de la cual solo podrá escapar si dentro del tratamiento ha logrado fortalecer las bases necesarias para protegerse de esos estímulos negativos.

Si bien las recaídas pueden ser tomadas como parte de un retroceso en la terapia, estas traen consigo un beneficio para el paciente pues deja ver con claridad los faltantes que se tuvieron durante las intervenciones que puede ayudar a reforzar los temas que el paciente paso

por alto mediante sus reflexiones con los líderes dentro del proceso. Es por esto que las recaídas no se toman como un punto totalmente negativo para el paciente sino como una alerta y al mismo tiempo una medición de la calidad de terapia que se logró con el individuo, y a través de la aparición o no de estas recaídas se puede concluir en que el paciente realmente fue reeducado o falló en el proceso de rehabilitación, debiéndose reformular su intervención en la comunidad.

...a veces es necesario que ellos recaigan para que entiendan muchas cosas que no querían aceptar, y uno ya sabe quién va a recaer y quien no del grupo que va a salir del proceso, siempre los identificamos, porque los que recaen son los que no quieren trabajar y lo más factible es que salga y recaiga, pero vuelve. (Fragmento de entrevista con el capellán).

De esta manera, la cura para el paciente será entonces esa “investidura de protección” del nuevo ideal del yo que le otorga la masa a la cual se introduce (la comunidad terapéutica) configurando con ello todo lo que concierne a un cambio de pensamiento, actitud y comportamiento. Y es solo en el momento en que se encuentra dentro de la masa en la que se reviste de las fuerzas necesarias para negarse todos los pensamientos que lo lanzarían en otro contexto hacia las drogas. Lo peligroso de este asunto es que al salir el individuo de la masa, pierde esa investidura de protección por lo que esta es tan solo viable cuando se está dentro de la masa, puesto que esta tienen una configuración y manejo del entorno psico-espacial del individuo que hace que esa investidura se forje y se mantenga, factores en este caso, como los espacios terapéuticos, los espacios devocionales y los espacios de lectura bíblica y autorreflexión, además del pensamiento colectivo que une a la masa en este caso específico la fe cristiana.

EL LÍDER: UN MODELO IDENTIFICATORIO EN LA VIDA COTIDIANA

Todos los procesos y formas de intervención que se manejan en la institución nacen en parte del grupo clínico, el cual se encarga a partir de sus conocimientos teóricos de elaborar los modelos de intervención necesarios y oportunos para cada tipo de paciente, identificando las demandas de este y definiendo los puntos que son necesarios de intervenir; después de estar estipulado el tipo de terapia que se va a usar se trabaja con el personal teoterapéutico (líderes) y este es el encargado de desarrollarlo mediante el contacto directo con los pacientes.

Este trabajo en conjunto fortalece los modelos de intervención, pues tiene tanto la mirada crítica y analítica de la ciencia y se perfecciona con la experiencia que le da el terapeuta a partir de su experiencia y sus años de contacto directo con la problemática tratada en la fundación, por lo tanto se puede decir que trabaja en conjunto la ciencia (instaurada en los psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos y médicos) con la fe cristiana (el uso de la palabra bíblica dirigiendo cada intervención) y el conocimiento empírico (la etapa de drogadicción por la que pasaron los líderes).

Para que esta sinergia funcione realmente se deben dividir las tareas de tal modo que se aproveche la cualidad y características de cada uno de los líderes. Por lo tanto, las personas que logran acercarse de una forma genuina a los pacientes recolectaran la información necesaria para que el personal clínico tenga herramientas en las cuales basarse para fabricar un método de intervención que direcciona al paciente hacia una terapia acertada a las demandas del paciente; después de tener el conocimiento sobre cuál es la necesidad del

paciente, el contexto en el que se desenvolvía, los intereses y demás motivaciones que ayuden a que el paciente se impulse hacia la salida de la problemática, se trabaja de manera mancomunada todo personal anteriormente mencionado y empiezan a definir las prioridades de las intervenciones y el direccionamiento que se le debe dar a cada una de ellas.

Para que los líderes puedan tener una visión más cercana de los pacientes, se les pide que convivan junto con ellos durante largo tiempo de manera que mediante esta estancia se logre el acercamiento de una manera menos forzada al paciente y logre encontrar contextos en los que el paciente se sienta en mayor confianza y empiece a dejarse ver de una forma más real y personal; el problema es que no todos los líderes logran ganarse la empatía de todos los pacientes, por lo tanto se propone una rotación de los líderes que se puede mirar en dos sentidos: el primero para que los líderes puedan solucionar aspectos diferentes de su vida personal y el segundo, para que el paciente pueda tener diferentes puntos de vista en su intervención y pueda oxigenar las terapias cambiando de líder.

Esta rotación aplica específicamente a los líderes porque el personal clínico tiene una rotación menor durante el tiempo de permanencia, reduciéndose a uno o dos días entre semana, dependiendo de la demanda del personal de la institución.

El trabajo de planificar cada intervención como es sabido se da al personal clínico por su conocimiento académico del tema. A lo que se debe prestar atención es el porqué se le da la parte operativa de la intervención al líder lo cual es un punto crucial en la teoterapia. Esta confianza se la ha ganado el líder debido a que la mayoría de los que desempeñan este cargo

en la institución han sido reeducados en esta y han pasado por todo el proceso que ahora lideran.

Estoy brindando algo que me hubiera gustado que me dieran, antes era mucho maltrato físico psicológico, ahora es más humano...Haber pasado por las drogas nos da un punto de vista más real y más subjetivo, porque puedo tener toda la disposición pero a veces no comprendo lo que realmente puede llegar sentir un chico, ayuda a ser muy muy objetivo y más centrado a la hora de tomar decisiones. (Fragmento de entrevista con un líder)

El hecho de que los líderes hayan vivido esa experiencia, hace que reconozca cuáles son las virtudes y falencias del proceso que vivió y que pueda orientar de una forma más correcta en disminuir las falencias y mejorar las virtudes siendo esto un punto a favor del trabajo del líder. El paciente reconoce entonces el esfuerzo que hace el líder por darle una recuperación incluso mejor que la que el obtuvo en este mismo proceso.

En este sentido, dentro de las terapias el líder no solamente usa la palabra de Dios, sino que saca a flote toda su experiencia de vida, las anécdotas sobre las drogas, los problemas de la familia, de salud, las dificultades económicas, los sesgos sociales y las barreras en su relaciones interpersonales; todo este cúmulo de vivencias no son ajenas para el paciente, por lo contrario, este los ve como un espejo del problema que está viviendo y es aquí donde reconoce tanto el proceso de abstinencia tan difícil de manejar en la droga, como las mismas drogas y toma al líder como una prueba fehaciente de que es posible salir de esta condición aunque su nivel de inmersión sea grave. De esta manera, Laplanche & Pontalis (1983) plantean que: *“Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una*

propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones” (Pág. 184).

En este orden de ideas, es mediante la empatía lograda en esta relación durante el proceso que el paciente empieza a identificarse con los valores que tiene el líder y que reconoce como parte fundamental de su recuperación. Todos estos valores forman una especie de meta para el paciente a la cual considera necesaria llegar para lograr dejar atrás todos los problemas de la drogadicción, pues reconoce, mediante los relatos de los líderes, que a partir de la adquisición de esos valores el líder que anteriormente fue drogadicto empezó un proceso de cambio que lo direccionó al lugar donde ahora se encuentra: un lugar libre de la problemática de la drogadicción y desde el cual colabora para la restauración de las demás personas con la misma problemática.

La importancia de que el líder haya pasado por el mismo proceso en el cual actualmente se encuentra el paciente radica en que eso es lo que impulsa a que el paciente se sienta identificado con la persona de la cual recibe todos los procesos terapéuticos e intervenciones dentro de la institución; mediante la presencia del líder y el relato de su vivencia el paciente se reconoce en él, reconoce sus propios relatos en su discurso, reconoce sus propias emociones, problemáticas, carencias e incluso metas en el líder y eso es lo que permite que el paciente tenga una actitud más atrayente ante las terapias que da la institución.

Freud le asigna a la identificación el importante papel de permitir el desarrollo de la empatía, ubicando en este proceso el éxito del desarrollo de los valores culturales de la más alta humanidad. Sin identificación no hay empatía, no existe la comprensión, la empatía depende de la activación de una huella mnémica vivida en el cuerpo propio, la cual refrescada por la experiencia del semejante, permite que el cuerpo reconozca el sentimiento y desde ese lugar conmoverse (Castillo, 2013, Pág. 3)

Contraria a la visión que tiene el paciente del líder, su relación con el personal clínico (entiéndase psicólogo, medico, psiquiatra) es mucho más lejana pues no hay una cercanía que brinda el haber pasado por las mismas vivencias lo cual hace que el lenguaje que se maneja no sea uno común entre ambos. El personal clínico siempre ve al paciente como un objeto de investigación del cual tiene que analizar para planificar una metodología de intervención ceñida en sus conocimientos teóricos, además del hecho que las intervenciones siempre se dan dentro de un espacio fijo, cerrado y planificado de tal manera que sea en los tiempos que el clínico lo requiera y no cuando el paciente esté dispuesto hacerlo, lo que crea un sentimiento de obligación al adicto.

El paciente percibe esta mirada fría del clínico y hace que todos sus relatos ante él sean mucho más limitados que los que se generan con el líder pues los encuentros que se sostienen con el líder son concebidos por el paciente de una manera totalmente diferente pues en la mayoría de las ocasiones son los mismos drogadictos los que buscan la ayuda del líder y mediante la interacción con él logran identificar factores que son comunes y que considera que van a ser útiles para que él entienda sus problemas o peticiones.

inclusive tienen más confianza con el terapeuta que con el mismo equipo clínico, con el psicólogo, con el enfermero, ellos con el psicólogo y con todos son apáticos, es más difícil tratarlos desde la psicología, por que los operadores están por el piso con ellos entonces se sientan con ellos los escuchan, y el psicólogo todo lo hace en la oficina, entonces no lo ven, le dicen lo que les toca, porque les toca, pero no lo hacen por que quieren vivir un proceso psicológico (fragmento de entrevista con la subgerente)

Estas diferencias, refieren cuan provechosa puede llegar a ser la intervención teoterapéutica con la intervención psicoanalítica, en este caso dentro de la fundación, puede explicarse en que los lideres permanecen mucho más tiempo con los pacientes en la convivencia interna en la que participa el líder en la institución y crea un ambiente de confianza en el paciente, pues este último reconoce que en cualquier momento o a cualquier hora del día, incluso en la madrugada, puede encontrarlo y él estará dispuesto a ayudarlo; otro factor importante como ya se ha mencionado es que comparten historias en común y han vivenciado la problemática de la drogadicción, sabiendo así las palabras que quieren escuchar en los momentos precisos e inclusive los pensamientos que puede tener el paciente ante diferentes contextos lo cual ayuda a planificar el camino de la intervención.

Entonces, con esto podríamos decir que, los pacientes desarrollan ciertamente una resistencia ante el equipo clínico, pues este tienen una metodología de abordaje totalmente diferente a la que plantean los lideres, siendo esto provocado tal vez por la sensación de incomodidad que les otorga sentirse en un contexto en donde están siendo analizados y mas no siendo escuchados, por lo que siendo el equipo clínico basado en el análisis de las situaciones manifestadas por los pacientes, sienten que de alguna forma están siendo analizados o juzgados. Se cree que el equipo clínico pone en tela de juicio la capacidad y el

deseo de cura, ya que generan unos feedbacks que crean en el paciente algún tipo de confrontación con ellos mismos al revelar productos de su inconsciente. Ello propicia lo que Freud llamó resistencia.

Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una «vejación psicológica» (Laplanche & Pontalis, 1983. Pag 384).

Además, la torpeza que caracteriza al equipo clínico reafirma el rol del líder, quienes son percibidos, en comparación con los otros, como gestores de un método de abordaje más eficaz, que estimula un efecto transferencial basado en la identificación y empatía entre el paciente y el líder, un método de facilitación que provoca que el paciente sienta que está en confianza y no sienta dicha resistencia que si ocurre con el equipo clínico. Los feedbacks que van de los lideres hacia los pacientes van basados en una posible solución basada en la biblia, objeto esencial en la teoterapia y que su posición jerárquica de palabra de Dios dentro de la comunidad terapéutica, no es objeto de refutación al contrario que la teoría clínica sobre la cual se apoyan el equipo clínico, el cual carece de creencia y asertividad dentro de los pacientes.

Por consiguiente, el rol del líder es de escucha y consejería de los pacientes, transformándose así en un líder de la enseñanza que profesa la masa, que se encarga de conducir a los integrantes por el camino que todos siguen, asegurando así una uniformidad en

acción y pensamiento de todas las personas que están dentro de esa masa; en mención de Freud (1921):

Los principales rasgos del individuo integrante de la masa son, entonces: la desaparición de la personalidad consciente, de los sentimientos e ideas en el mismo sentido por sugestión y contagio, y la tendencia a transformar inmediatamente en actos las ideas sugeridas. (Pag 20).

Esto se ve reflejado en la adquisición de un ideal religioso, de devoción y sometimiento hacia la idea religiosa que los mismos líderes profesan dentro de la fundación y que cuenta como parte de la cura.

Igualmente, la fundación exige un comportamiento ejemplar para los líderes, puesto que son estos los que más acercamiento e influencia tienen sobre los pacientes y juegan un papel implícito de “ejemplo a seguir”, puesto que los pacientes generan un proceso identificador sobre este como se había mencionado anteriormente. Es con esta identificación con la que nace la cura, pues en primer lugar el paciente se reconoce en la figura del líder, reconoce todo lo negativo que tiene su presente en una vida pasada del líder y reconoce su futuro ideal en la vida presente del líder. Esto hace que el paciente sienta una motivación al ver un cambio verdadero frente a él. Se puede decir que ante la carencia de una figura de enlace como la que encarna el líder (enlace entre el paciente y el sujeto del supuesto saber) sería mucho más difícil que el paciente lograra alcanzar una cura.

Nosotros a los que más le exigimos son a los terapeutas, deben de ser íntegros porque son un ejemplo para ellos...los pacientes quieren ser como los terapeutas, entonces los operadores, que son los que manejan los grupos, son muy íntegros muy juiciosos, nunca los ven que van a ir a

una rumba nada de eso, cero rumba cero trago cero de todo, entonces ellos tienen ese estímulo de decirles a ellos que si se puede. (Fragmento de entrevista con la subgerente)

Esta confianza no es obtenida de una forma fácil por el líder, pues él debe de saber cuál es el momento indicado en el cual puede abordar el paciente y además de esto debe tener la suficiente paciencia para esperar que sus palabras empiecen a dar resultado. Al principio de esta relación el líder debe de empezar abrirse ante al paciente, contando sus historias, y poniendo sobre la mesa todas sus emociones, frustraciones y esperanzas que tuvo cuando paso por la problemática de la drogadicción esperando que de alguna forma estas palabras lleguen a los oídos del paciente y se consiga la empatía tan esperada para que él se acerque a hablar de la misma forma sincera en que el líder lo hizo; el líder no inicia intervenciones individuales al azar, de hecho estas siempre nacen a partir de reuniones previas con todo el personal y planificaciones debidamente preparadas para que sean de verdad efectivas en los procesos. Es por esto que la primera imagen que se lleva el paciente del líder lo hace en reuniones grupales, en los que tanto como él o como los demás pacientes pueden exponer sus diferentes pensamientos y el paciente puede empezar a definir con que figura relacionarse. Inicialmente buscara un par que puede ser el “hermano mayor” que se le asigna a cada paciente nuevo y después a través del tiempo empezara a identificar a un líder en especial para acercársele y contar de una forma genuina todas sus problemáticas o pedirle ayuda en el momento en que él lo considere necesario.

Por contención, entiendo la instalación y luego el desarrollo de una confianza recíproca, cada uno en su rol, en un ambiente de trabajo, más bien agradable, donde la lucha contra la destructividad y la desobjetalización (descrita por A. Green) son llevadas por los mejores

medios y en tiempo útil. Una primera fase para instalar, una segunda para desarrollar y a veces soportar, una tercera para comprender, deshacer los nudos, avanzar. (Urtubey, 1999, Pag 20)

Es aquí, donde podemos identificar el camino que empieza el paciente hacia la búsqueda de su “cura”. El proceso empieza con la identificación que logra generar hacia las circunstancias que refleja el líder, en las cuales logra identificarse a sí mismo en muchos aspectos; es esta identificación lo que hace que el adicto sienta una empatía hacia el líder la cual ayudará a que los procesos terapéuticos sean mucho más efectivos. Esta empatía no solamente se da de un lado hacia otro, pero a diferencia de la empatía que siente el paciente por el líder la que nace del líder por el paciente deberá ser controlada de tal forma que no sea de una manera consiente para el paciente y no se tome como una forma de preferencia o aprecio exagerado que pueda interferir de forma negativa en la terapia, haciendo esto parte de un proceso de encuadre terapéutico interno, que va mas allá del estipulado implícitamente por el líder ante el paciente y por las normas básicas de la fundación, generando con ello un proceso de establecimiento de confianza y reciprocidad que facilita el intercambio de información implícitamente necesario para el desarrollo de la terapia individual por parte de los lideres.

Después de que el líder logre que el paciente se identifique con él y construyan una empatía en su proceso de intervención, y además de esto logre manipular esa empatía para que el proceso sea más fructífero, el paciente se verá en la fase final en el camino hacia su cura pues es en este momento en el que todo el proceso anteriormente mencionado tendrá como finalización un proceso identificatorio con el líder, que hará que el paciente internamente cree la investidura del nuevo ideal del yo, el cual es creado en forma de

“disfraz” del super yo freudiano. Si se hablara de una reestructuración, se estaría negando la historia de vida y los diferentes procesos identificatorios que se dieron en la infancia, este nuevo proceso identificatorio y de creación de una investidura del ideal del yo es vital para la consolidación del nuevo comportamiento o “cura”, puesto que en esta investidura se encuentra estructurada el nuevo “comportarse” del paciente.

En consecuencia con esto, se considera pertinente resaltar un comportamiento dado en etapas tempranas del inicio del rol de líder en la fundación, el cual adopta acciones de cuidado y protección excesiva hacia los pacientes. Este factor contratransferencial del líder propicia la confianza que el paciente le tendrá al terapeuta (o líder), lo que luego facilita un espacio de intercambio de información. Sin embargo, las actitudes de cuidado maternal con los pacientes también desemboca en una resquebrajadura de la relación terapéutica. La falta de coerción terapéutica con el paciente, genera con ello un retroceso en la terapia y un impacto negativo para el paciente, *“yo soy el más madre de todos, estoy pendiente de ellos, muchos me buscan porque yo antes era muy permisivo, ahora he aprendido que un “si” no siempre es bueno, y ellos se chocan porque yo les digo “no”, entonces hay que explicarles como los niños porque el “no”* (fragmento de entrevista con un líder).

La contención de estas actitudes de cuidado y generosidad demandadas por el paciente se ven en su medida respondidas por el líder, pero en su proceso auto reflexivo interno y mediante la meditación de su estructura de encuadre interno, se logra atenuar ese comportamiento, que en su medida es una demanda del paciente, siendo asemejado a los procesos simbólicos en la infancia con su madre, paralelos a los comportamientos de cuidado y protección, que en su medida se ven respondidos por el líder en su estancia

contratransferencial pero que son aprovechados y controlados por el proceso de contención como tal, en palabras de Urtubey (1999): *“todo pedido de análisis encierra el deseo de una presencia que socorra, reasegure, consuele, colme, en una palabra que materne”* (Pag 12).

CONCLUSIONES

Después de indagar en el mundo de la Teo terapia mediante la población objetivo, conocer su forma de proceder, sus normas, sus manuales, sus integrantes, los responsables y todas las formas que emplean para intervenir en la vida de los consumidores de SPA, y además de esto, hablar con adictos (los que están dentro de la institución en el programa de rehabilitación y los que lo finalizaron el proceso), podemos decir que el paciente después de aceptar los procesos que propone la institución y de someterse a él de una manera genuina y cumpliendo con todos los requisitos exigidos por la institución (cumplimiento de normas, cumplimientos de tareas, compromiso con los talleres, respeto de las ordenes etc.) al final logra encontrar la forma de darle un cambio a su vida, lo cual se ve manifestado, entre otras cosas, por el no consumo de SPA en ningún grado.

De este modo, se enfoca el cambio al No consumo, porque es la principal razón por la que el paciente aceptó pasar por el programa y esa era su principal meta: evitar el consumo de SPA. Pero vale la pena resaltar los demás cambios que trajo para sus vidas el haber estado internado dentro de esta institución Teo terapéutica. Estos cambios no sólo desembocaron en la desaparición de la adicción a SPA, sino que ayudaran en el futuro a evitar posibles recaídas.

Después de estar en una vida de tranquilidad, fraternidad y confianza, el paciente logra dejar a un lado algunos comportamientos ligados a la drogadicción y que, según el discurso de los líderes, pudieron ser la causa de su inmersión en las drogas, aquello que los llevó a “alejarse de Dios”. Estas costumbres no son comunes para todos, pues difiere dependiendo del estilo de vida del adicto y de la carencia que haya tenido y que lo haya

impulsado a la búsqueda de una droga que lo hace aliviarse un poco; Lo que hace la teoterapia es pues, construir una teoría de la carencia principal que tendría el adicto y atacarla, de tal manera que ese vacío que tenga pueda ser ocupado por Dios. Este Dios puede ser identificado por el adicto de varias formas: en la biblia (que es la palabra de Dios) a la cual deberá seguir y cumplirla para sentirse satisfecho; en un compañero (que puede ser un líder o un amigo, el cual puede ser tomado como un enviado de Dios) con el cual tendrá un grado de identificación y al que tendrá como un modelo a seguir; en unas costumbres nuevas (que para muchos serian ayudar a los demás, como los que deciden quedarse en la institución después de cumplir su tiempo para ayudar a los que tengas su mismo problema).

Ahora bien, decimos que el paciente logra tener un cambio en su vida, y que se ve manifestado de diferentes formas, pero tenemos que aclarar que ese cambio solo será duradero si el paciente no se aleja demasiado de las fuentes que provocaron ese cambio, es decir: de la biblia, del compañero y de las nuevas costumbres.

Cada forma de identificarse o aproximarse a ese Dios le exigirá una serie de elementos que el ex adicto deberá estar en constante entrega y trabajo. Es decir: la lectura de la biblia le dará muchas enseñanzas de la vida y hasta formas y herramientas para enfrentarse a muchas situaciones, el trabajo de la persona consistirá en estar en una constante lectura de esta y estar dispuesto a acatar todos los estilos de vida que ella propone, que además de guiarlo por un camino hacia una “gloria” será como estar en un constante repaso de las palabras que utilizaban los líderes en cada sección o encuentro que tenían con ellos durante el proceso de Teo terapia, lo cual lo mantendría lejos del consumo.

La relación con un compañero que sirva como ejemplo es fundamental en la Teo terapia, recordemos que un elemento importante para que el drogadicto logre acoger de una manera más amable y además genuina lo que se propone en las intervenciones es la fuente especial de esas palabras. El líder no es una persona alejada de la problemática de la drogadicción, sino alguien que pasó por el mismo problema y que entiende a la perfección los devenires de la situación de consumo. Si el paciente después de salir de su tiempo programado en la institución aún conserva estos lazos con un compañero o con un líder con el cual haya logrado un proceso de identificación que lo motive a tenerlo como un ejemplo a seguir podrá tener una fuerza extra que lo impulse a seguir luchando en contra de las drogas y a evitar su consumo.

Todo esto podrá traer nuevas costumbres a la vida del ex adicto, estas costumbres podrán desviar su foco de atención de las drogas y tomar un camino totalmente diferente; tales costumbres pueden tener mucha relación con lo aprendido en la institución, por ejemplo: tomarse un tiempo del día para predicar sobre el Dios que conoció en su proceso de rehabilitación, pasar horas del día ayudando a las personas que consumen SPA, o incluso internarse nuevamente en la institución como un líder del proceso. O también podrá tener nuevas costumbres a parte de las devocionales heredadas por la Teo terapia pero que de igual forma mantiene su mente ocupada: hacer ejercicio, tener un negocio, estudiar, u ocuparse de su familia.

Si el paciente logrará mantener estas conexiones que adquirió al entrar en esta masa a través del tiempo, de igual forma la duración de su nueva vida libre de drogas será garantizada, pues la cura dependerá enormemente de la identificación que logre con la Teo

terapia, la vida de religión y la fe, ya sea con sus enseñanzas o con sus líderes; es mediante su estadía en el programa que empieza a forjar esas identificaciones que ayudarán a prolongar su cura, y con las cuales debe seguir para que su proceso sea duradero; se dirá entonces que a través de estos lazos que el paciente crea se forja la nueva “investidura del ideal del yo” con la cual se ayudara a dejar atrás todas esas motivaciones que lo impulsaban al consumo y construirá otras metas y caminos para destinar su vida.

Si el drogadicto logra entrar en esa masa que se identifica por la adopción de dogmas religiosos alejados totalmente de la droga, deberá esmerarse en no apartarse de ella para que sus costumbres permanezcan dentro de él y no vuelva a caer en el consumo de drogas.

La cura pues, existe y existirá si, y solo si, el paciente sigue sumergido en esa misma masa que le propuso la cura y de la cual la adoptó, esa masa que tenga como elemento homogeneizador la fe en la religión y la biblia.

Esta teo terapia, aunque tenga sus restricciones y condiciones, logra demostrarse como un método efectivo para el control del consumo de SPA, y es por esto que se puede utilizar como terapia alternativa para los pacientes en estado de drogadicción.

REFERENCIAS

- Abarca Octavio, Chacón A, Espinosa F, Vera-Villaroel P. (2004). *Placebo y psicología clínica: aspectos conceptuales, teóricos e implicancias*. Escuela de psicología, Universidad de Santiago de Chile, revista terapia psicológica, vol. 23, N° 1, pág. 73-82.
- Acuña G. Gonzalo. (2009). *Una aproximación psicoanalítica contemporánea al entendimiento de las adicciones*. Programa adicciones clínicas Santa Sofía. Santiago de Chile, Chile.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Recuperado de:
<http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/650.pdf>
- Bados López A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona.
- Barbado Alonso, Aizpiri Diaz JJ, Cañones Garzón PJ, Fernandez Camacho A, Gonzales Estella F, Rodríguez Sendin JJ; De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. (2005). *Aspectos Histórico-Antropológicos de la relación médico-paciente*. Revista Habilidades en Salud Mental. Recuperado de:
http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf

Basteiro Silvia. (2001). *Exclusión social y salud: balance y perspectivas*. Editorial Icaria, Barcelona, España.

Beller, Delly. (1983) *Encuadre*. Clases dictadas en 3º año de la Primer Escuela de Psicología Social fundada por E. P. Rivière.

Bohorquez Marín O. (2011). *La Psicología Dinámica en el Tratamiento de la Farmacodependencia: Conceptualización y Metodología en Consulta Privada e Institucional*. Revista De Psicología Social Poiesis. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/220/204>

Brabdon Sgf. (1975). *Diccionario de religiones comparadas*. Ediciones cristiandad. Vol. 1.

Braunstein N. (2005). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia lacan*. Editorial siglo XXI. Visualizado digitalmente en: www.books.google.com.co

Castillo P. (2013). *La Identificación en Freud y en Lacan y sus implicancias para la comprensión de la hegemonía y contra-hegemonía ideológica*. Ponencia presentada en: Conferencia bianual de la sociedad internacional de psicología teórica (ISTP). Santiago de Chile. Recuperado de: http://www.academia.edu/3704070/La_Identificaci%C3%B3n_en_Freud_y_en_Lacan_y_sus_implicancias_para_la_comprensi%C3%B3n_de_la_hegemon%C3%ADa_y_contra-hegemon%C3%ADa_ideol%C3%B3gica

CENTI (Centro Internacional de Teo-terapia Integral). *La Teoterapia como modo de vida*. (2006). Diapositivas institucionales obtenidas de: <http://es.slideshare.net/metchileno/la-teoterapia-como-modo-de-vida>

Corbella Sergi y Botella Luis; (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. Universidad Ramón Llull (Barcelona, España); *Anales de psicología*; vol. 19, No 2 (diciembre), 205-221; Copyright 2003: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia

Dorsch F. (1994). *Diccionario de psicología*. Editorial Herder. Barcelona España

Durkheim E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse - Las formas elementales de la vida religiosa*. París, Francia.

Estebanez P. (2002). *Exclusión sociales y salud: balase y perspectivas*, editorial Icaria Antrazyt

Fernández A, (2012). <<Yo creo>>. *¿En que creemos los cristianos?* Editorial pelicano, Madrid España.

Fraigne de Gallo María C, Gallo A, Mantykov de Sola B. (2004). *Encuadre, Actitud Analítica Y Contratransferencia*. Psicoanálisis AP de BA. Vol. XXVI. N°1.

Fragio Alberto. (2013). *Blumenberg y Foucault: El Análisis del Poder Pastoral Como un Ensayo de Meteorología Política*. Revista Universitas philosophica 60, año 30; Pag

83-98.

Rescatado

de:

[http://www.academia.edu/4792200/Blumenberg_y_Foucault_el_an%C3%A1lisis_d
el_poder_pastoral_como_un_ensayo_de_metaforolog%C3%ADa_pol%C3%ADtica](http://www.academia.edu/4792200/Blumenberg_y_Foucault_el_an%C3%A1lisis_d_el_poder_pastoral_como_un_ensayo_de_metaforolog%C3%ADa_pol%C3%ADtica)

Freud S. (1907). El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen y otras obras (1906-1908).volumen IX. *Acciones obsesivas y prácticas religiosas*. Editorial Amorruto.

Freud S. (1921). Más allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. (1920-1922). Volumen XVII. *Psicología de las masas y análisis del yo*. Editorial Amorruto

Freud S. (1923). El yo y el ello y otras obras. (1923-1925). Volumen XIX. *El yo y el ello*. Editorial Amorruto

Freud S. (1929). El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras. (1927-1931). Volumen XXI. *El malestar en la cultura*. Editorial Amorruto

Foucault Michel. (1975). *Vigilar Y Castigar*. Siglo Veintiuno Editores, Argentina S.A.

Fromm E. (1950). *Psicoanálisis y religión*. Editorial Psique. Bueno Aires, Argentina.

Geertz C. (1988): *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa.

Heinmann P. *Acerca de la Contratransferencia*. Trabajo leído en el 169 Congreso Psicoanalítico Internacional, Zúrich, (1949). Traducido de “The International Journal of Psycho-Analysis”, tomo XXI, N° 1-2, 1950. ISSN 1688-7247(1961) Revista Uruguaya de Psicoanálisis

Izquierdo C; (2010). *Adolescente: vive sin drogas*; editorial San Pablo, edición;

Lacan J, (1951). En Escritos 1. *Intervención sobre la transferencia*, México.

Laplanche J. Pontalis J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Publicado en francés por Presses Universitaires de France. París. Traducción de Fernando Gimeno Cervantes. Editorial Paidós.

Lenski G, (1961). *The Religious Factor: A Sociological Study of Religion's Impact on Politics, Economics, and Family Life*, Doubleday, - G. LENSKI: *El factor religioso*. Editorial Labor.

OMS (1974). *Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. Informe 20*. Ginebra: OMS,

OMS (2003). *Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. Informe 33* Ginebra: OMS,

OMS (2001), *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra (Suiza) 2001. Equipo de Clasificación, Evaluación, Investigación y Terminología

Peskin L. (2008). *Diferentes Enfoques De La Cura Psicoanalítica, Lo Histórico y lo Actual*. Revista Uruguaya De Psicoanálisis. N° 106. Pág. 22-56

Pichon-Riviere Enrique. (1982). *El proceso grupal*. Ediciones Nueva visión.

Piedrabuena Sara. (2011). *Cualidades personales del terapeuta en opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría*. Tesis de Doctorado, Tomo I. Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.

Platón. *El Fedon*. Recuperado de:
http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca_digital/libros/P/Platon%20-%20Fedon.pdf

Salgado de Bernal C. (1988) *Comunicación y Psicoterapia*. Revista latinoamericana de psicología, volumen XX Numero 003, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.

Sanabria Carretero, M.A; Villanueva Gradín, C. (2001). *Evolución Terapéutica En Adictos. Un estudio de seguimiento*. Revista Española De Drogodependencia. Volumen XVI. Editorial Menos Humos, Menos Light.

Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, Román Mella, María Francisca, Lucero Chenevard, Claudia, Espinoza García, Alejandra Elena, Iribarra Cáceres, Daniela Eugenia, & Müller Vergara, Pamela Alejandra. (2008). *Variables Inespecíficas en Psicoterapia*. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado en 19 de mayo de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082008000100008.

Spivacow M. (s.f). *Relatoría panel: la intervención psicoanalítica hoy*. Participantes: Enrique Alba, Hugo Lerner, Carlos Nemirovsky

Urtubey L. (1999). *El Encuadre Y Sus Elementos*. Revista uruguaya de psicoanálisis documento virtual obtenido de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998904.pdf>

Volkow Nora. (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción, una guía basada en las investigaciones*. Segunda edición. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/prologo>

Winkler M, Cáceres C, Fernández I, Sanhueza J. (1989) *Factores Inespecíficos de la Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico: Una Sistematización*. Revista terapia psicológica. Año VIII N° 11, Pag 34-40. 1989. Extraído de: Http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factores_inespecif_de_la_psictpia.pdf

Yildiz I. (2010). *Teoría y técnica de psicoterapia psicoanalítica*. Extraído de:
<http://www.psicoanalistaiyildiz.com/index.php/mis-libros/30-teoria-y-tecnica-de-psicoterapia-psicoanalitica>