



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA ALEXANDRA BRITO BALANZÁTEGUI, CC. 0602666497**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“DISEÑO DE UN MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE”**. **Adolescentes varones entre 14 y 17 años de edad consumidores de drogas, pertenecientes a los grupos que frecuentan el sector del Parque El Arbolito en la ciudad de Quito.**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2013

Alexandra Brito

MARÍA ALEXANDRA BRITO BALANZÁTEGUI,

CC. 0602666497

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

DISEÑO DE UN MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA
ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

ADOLESCENTES VARONES ENTRE 14 Y 17 AÑOS DE EDAD, CONSUMIDORES DE
DROGAS PERTENECIENTES A LOS GRUPOS QUE FRECUENTAN EL SECTOR DEL
PARQUE EL ARBOLITO, EN LA CIUDAD DE QUITO

MARÍA ALEXANDRA BRITO BALANZÁTEGUI

DIRECTOR: DR. LUCIO BALAREZO

QUITO, 2013

TABLA DE CONTENIDOS

1. CUERPO DEL TRABAJO	
1.1 RESUMEN.....	VI
1.2 INTRODUCCIÓN.....	01
1.3 DESARROLLO DEL TRABAJO.....	03
1. ADOLESCENCIA.....	03
1.1 PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	03
1.1.1 PUBERTAD.....	03
1.1.1.1 CARACTERISTICAS SEXUALES	04
1.1.1.2 CAMBIOS EN LAS MUJERES.....	05
1.1.1.3 CAMBIOS EN LOS HOMBRES.....	05
1.1.2 ADOLESCENCIA.....	06
1.1.2.1 CAMBIOS A NIVEL EMOCIONAL.....	06
1.1.2.2 CAMBIOS A NIVEL INTELECTUAL.....	07
1.1.2.3 CAMBIOS A NIVEL RELACIONAL.....	08
1.1.2.3.1 RELACIÓN CON SU FAMILIA.....	08
1.1.2.3.2 RELACIÓN CON SUS PARES.....	09
1.1.2.3.3 RELACIONES AMOROSAS.....	09
1.2 ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE.....	10
1.2.1 TÉRMINO.....	10
1.2.2 CAUSAS.....	11
1.2.2.1 FAMILIA.....	11
1.2.2.2 POBREZA.....	12
1.2.2.3 MALTRATO Y VIOLENCIA.....	12
1.2.2.4 RECHAZO DE LOS PADRES.....	13
1.2.2.5 MIGRACIÓN DE LOS PADRES.....	13
1.2.2.6 INFLUENCIA DE LOS AMIGOS.....	14
1.2.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES EN	
1.2.4 SITUACIÓN DE CALLE.....	14
1.2.4.1 VIDA EN LA CALLE.....	16
1.2.4.2 USO Y ABUSO DE DROGAS.....	17
1.2.4.3 GRUPOS.....	18
1.2.4.4 RIESGOS.....	19
1.2.4.5 LA SOCIEDAD Y LOS ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE.....	20

1.2.4.6 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE.....	21
2. COMUNIDAD TERAPEUTICA Y ADICCIONES.....	22
2.1 ADICCIÓN.....	22
2.1.1 PERSONALIDAD ADICTIVA.....	22
2.1.2 ADICCIÓN.....	22
2.1.3 EL ADICTO.....	23
2.2 DEFINICIÓN DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	25
2.3 ANTECEDENTES.....	26
2.3.1 COMUNIDADES PRE- CRISTIANAS.....	27
2.3.2 COMUNIDADES CRISTIANAS PRIMITIVAS.....	28
2.3.3 COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRIA.....	28
2.3.4 ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES- YMCA.....	29
2.3.5 GRUPO OXFORD.....	29
2.3.6 ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.....	30
2.3.7 SYNANON.....	32
2.3.8 OTRAS C.T.	33
2.4 TIPOS DE C.T.	35
2.4.1 SEGÚN DE DÓNDE PROVENGA SU FINANCIAMIENTO.....	35
2.4.2 SEGÚN SU UBICACIÓN.....	35
2.4.3 SEGÚN QUIÉNES LAS MANEJAN.....	35
2.4.4 SEGÚN SU POSICIÓN RELIGIOSA.....	35
2.4.5 DEMOCRÁTICA O JERÁRQUICA.....	35
2.5 ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	36
2.5.1 PERFIL.....	36
2.5.2 ESTRUCTURA FÍSICA.....	36
2.5.3 FILOSOFÍA.....	37
2.5.3.1 FILOSOFÍA ESCRITA.....	37
2.5.3.2 FILOSOFÍA NO- ESCRITA.....	37
2.5 STAFF.....	38
2.5.1 LOS PROFESIONALES.....	39
2.5.1.1 MÉDICO CLÍNICO.....	39
2.5.1.2 PSICÓLOGO CLÍNICO.....	39
2.5.1.3 TERAPEUTA FAMILIAR.....	39
2.5.1.4 TRABAJADOR SOCIAL.....	40
2.5.1.5 TERAPEUTA VIVENCIAL.....	40
2.5.2 VOLUNTARIOS.....	40
2.5.3 EDUCADOR TERAPEUTA.....	41
2.5.4 EDUCADOR NOCTURNO.....	41
2.5.5 EDUCADOR DE FIN DE SEMANA.....	42

2.5.6	EDUCADOR DE CAMPO.....	42
2.5.7	TALLERISTAS.....	42
2.5.8	EQUIPO ADMINISTRATIVO Y DEMÁS MIEMBROS DEL STAFF.....	43
2.6	ETAPAS.....	43
2.6.1	ADMISIÓN.....	43
2.6.2	ETAPAS PROPIAMENTE DICHAS.....	44
2.6.3	REINSERCIÓN.....	46
2.7	JERARQUÍA.....	46
2.8	BITÁCORA.....	47
2.9	HORARIO.....	47
2.10	LÍMITES, SANCIONES Y TAREAS.....	47
2.11	ESPIRITUALIDAD.....	48
2.12	SALUD.....	49
2.12.1	HIGIENE.....	49
2.12.2	ALIMENTACIÓN.....	50
2.12.3	EJERCITACIÓN FÍSICA.....	50
2.12.4	VISITAS AL MÉDICO.....	50
2.12.5	UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	51
2.13	ASESORAMIENTO INDIVIDUAL.....	53
2.13.1	ASESORAMIENTO FORMAL.....	53
2.13.2	ASESORAMIENTO INFORMAL.....	53
2.13.3	COLOQUIOS INDIVIDUALES.....	53
2.13.4	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.....	53
2.13.5	INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES.....	54
2.14	ASESORAMIENTO GRUPAL.....	54
2.14.1	TIPOS DE GRUPOS.....	54
2.14.1.1	ENCUENTROS.....	54
2.14.1.2	GRUPO DE APOYO.....	55
2.14.1.3	GRUPO DE SENTIMIENTO.....	55
2.14.1.4	GRUPO DE ENCUENTRO.....	55
2.14.1.5	GRUPO SONDA.....	55
2.14.1.6	GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN.....	55
2.14.1.7	GRUPO TEMÁTICO.....	56
2.14.1.8	GRUPO MARATÓNICO.....	56
2.14.1.9	PSICOTERAPIA DE GRUPO.....	56
2.15	PROYECTO PERSONAL.....	57
2.16	LA CONFRONTACIÓN.....	57
2.17	AÍSLAMIENTO DE ESTÍMULOS EXTERNOS A LA COMUNIDAD.....	58
2.18	CONTACTOS SUPERVISADOS CON EL EXTERIOR.....	58
2.19	COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y FAMILIA.....	58

2.19.1	AUTOAYUDA.....	59
2.19.2	ASESORAMIENTO Y TERAPIA FAMILIAR.....	59
3.	UN MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DECALLE.....	60
3.1	INTRODUCCIÓN.....	60
3.2	TIPO DE C.T.	60
3.3	FILOSOFÍA.....	60
3.4	VISIÓN.....	60
3.5	MISIÓN.....	61
3.6	PERFIL Y DURACIÓN.....	61
3.7	ESTRUCTURA FÍSICA.....	61
3.8	ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y EL STAFF.....	61
3.8.1	ORGANIGRAMA.....	62
3.8.1.1	NIVEL DIRECTORIO.....	62
3.8.1.1.1	DIRECTORIO.....	62
3.8.1.1.2	DIRECTOR/A.....	62
3.8.1.2	NIVEL AUXILIAR.....	63
3.8.1.2.1	SECRETARIA.....	63
3.8.1.2.2	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO.....	63
3.8.1.2.3	DEPARTAMENTO FINANCIERO.....	63
3.8.1.2.4	PERSONAL DE SERVICIO.....	63
3.8.1.2.5	PERSONAL DE SEGURIDAD.....	64
3.8.1.3	NIVEL OPERACIONAL.....	64
3.8.1.3.1	DEPARTAMENTO TERAPÉUTICO.....	64
3.8.1.3.2	PARTICIPANTES.....	64
3.9	ENTRENAMIENTO Y CUIDADO DEL STAFF.....	64
3.10	ETAPAS Y JERARQUÍA.....	65
3.10.1	PRE. COMUNIDAD.....	66
3.10.2	ADMISIÓN.....	66
3.10.3	PRIMERA ETAPA.....	67
3.10.4	SEGUNDA ETAPA.....	68
3.10.5	TERCERA ETAPA.....	69
3.10.6	REINSERCIÓN.....	70
3.11	HORARIO.....	71
3.12	LÍMITES Y SANCIONES.....	72
3.12.1	NORMAS CARDINALES.....	72
3.12.2	NORMAS SECUNDARIAS.....	72
3.13	TAREAS.....	73
3.14	ESPIRITUALIDAD.....	73
3.15	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.....	74

3.16	GRUPOS DENTRO DE LA C.T.....	74
3.17	AISLAMIENTO DE ESTIMULOS EXTERNOS A LA COMUNIDAD Y SALIDAS SUPERVISADAS..	74
3.18	TRABAJO CON LA FAMILIA.....	74
4.	CONCLUSIONES.....	75
5.	RECOMENDACIONES.....	77
2.	BIBLIOGRAFÍA.....	79
3.	ANEXOS.....	81

1.1 RESUMEN

El presente trabajo de investigación se enfoca en el bosquejo de una comunidad terapéutica (o C.T.) donde se pueda trabajar de forma residencial con adolescentes en situación de calle. Esta tarea se ha dividido en tres partes fundamentales, la adolescencia y los adolescentes en situación de calle; comunidad terapéutica y adicciones; y el diseño de una comunidad terapéutica para adolescentes en situación de calle.

Primero, trata a la adolescencia en términos generales y compara con los adolescentes en situación de calle. Segundo, se expone las adicciones y a la Comunidad Terapéutica como modalidad de tratamiento. Por último, se enlaza los dos capítulos para el diseño de un tratamiento residencial con un grupo específico de adolescentes en situación de calle de la ciudad de Quito.

1.2 INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica, existe una gran cantidad de niños y adolescentes en situación de calle. Este hecho se ha convertido en un problema debido a que se ha relacionado a estos menores con delincuencia, tráfico sexual y abuso de drogas. En busca de una solución, se han creado organizaciones gubernamentales y no- gubernamentales que han trabajado de diversas maneras con las personas en situación de calle, tales como, comedores, centros de prevención, albergues, trabajadores en la calle, talleres, comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación. La mayoría de estos proyectos ha fracasado por la reincidencia de los niños y jóvenes a la calle, en esta consideración, en muchos países, se han adoptado medidas extremas para la solución de la cuestión de los niños de la calle. Como por ejemplo, los famosos escuadrones de la muerte de Brasil, en los que grupos de policías armados daban con los sectores donde los niños dormían y, desprevénidamente, los disparaban. Este fenómeno de los niños de la calle se ha convertido en una problemática creciente y sin una solución efectiva.

“En lo que respecta al Ecuador, las complejas condiciones económicas y sociales que lo conforman determinan que numerosos niños emprendan tempranamente la experiencia laboral tanto en el campo como en la ciudad. Un alto porcentaje de estos niños, que han llegado a formar parte de la población económicamente activa, ha transformado a la calle en su lugar de trabajo e incluso de vida.” (Tenorio, 1988, p.08)

Los niños y adolescentes en situación de calle en Ecuador también han sido partícipes de múltiples proyectos sociales y se han convertido en adolescentes que van de institución en institución buscando ciertos beneficios temporales y, la mayoría, no quiere un cambio en su realidad. Una gran parte de esta población está en las ciudades grandes, sobretodo en la capital, Quito. Es por esto, que dicha ciudad ha puesto mucho énfasis en la creación de instituciones, comedores y demás proyectos que se dediquen al trabajo con dichos jóvenes. Ha sido un proceso largo y difícil para los que han trabajado con adolescentes en situación de calle.

Este trabajo de investigación propone un modelo de comunidad terapéutica que se ajuste a las necesidades específicas de adolescentes en situación de calle entre catorce y dieciocho años de edad, que residen en la zona del parque El Arbolito en la ciudad de Quito y son consumidores de drogas. A través del mismo, se intenta demostrar que, al centrarse únicamente en un sector,

se puede llegar a conocer a fondo lo que sucede en este sitio y, así, desarrollar un plan piloto que, posteriormente se podría ampliar a otros sectores. Es la creencia personal que si, paulatinamente, se les impone una estructura similar a la de la comunidad y se trabaja con reglas, límites, sanciones y recompensas, así como también dándoles la atención individual que carecen, se pueden lograr cambios beneficiosos para esta población por lo cual se considera de suma importancia realizar este tipo de investigación que podrían abrir la puerta a indagaciones más profundas.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general diseñar un modelo de comunidad terapéutica para adolescentes en situación de calle, consumidores de drogas que se encuentran en el sector de el Parque El Arbolito, en la ciudad de Quito, para lo cual se ha dividido en tres partes. Primero, se explica la circunstancia actual en la que vive el adolescente y se da guías generales de los niños y adolescentes en situación de calle; segundo, se procede a explicar cómo funciona y en qué ámbitos puede aplicarse la metodología de Comunidad Terapéutica; y, tercero, se diseña una comunidad terapéutica apropiada para adolescentes en situación de calle.

1.3 DESARROLLO DEL TRABAJO

1. ADOLESCENCIA

“La adolescencia es un periodo inevitable del desarrollo psicológico del ser humano. No existe ninguna posibilidad de evadirlo e intentar hacerlo conlleva graves consecuencias psíquicas.”(Carvajal, 1993, p.11)

La adolescencia constituye un continuo crecimiento entre la niñez y la edad adulta dentro del cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse sexualmente. Como toda etapa por la que atraviesa el individuo, la adolescencia es de transición y cambio. Surge entre dos fases muy distintas del desarrollo humano, la niñez y la edad adulta. Por lo tanto, constituye un momento de transformaciones físicas, psicológicas y sociales de gran importancia tanto para el/ la adolescente como para sus padres. No es una etapa uniforme para todos, es decir, no existe una edad determinada en la que surge, sin embargo, la época más común es entre los 11 y 18 años de edad.

1.3 PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

La adolescencia se divide en dos partes complementaria, la pubertad y la adolescencia. La primera, constituye los cambios físicos y la segunda, los factores psico-sociales a los que el individuo se enfrenta.

1.3.1 PUBERTAD

La pubertad constituye un proceso de cambios físicos, mediante el cual el adolescente alcanza su madurez sexual, adquiriendo la capacidad para reproducirse. Es durante esta etapa que el cuerpo de niño(a) comienza a alcanzar la forma del adulto. Este proceso generalmente ocurre primero en las niñas, entre los 10-13 años de edad, con la menstruación, y luego en los niños desde los 11-14 años, a partir de las poluciones nocturnas. Al pasar por la pubertad las diferencias entre géneros van más allá de lo genital, relacionadas con tamaño, forma,

composición y desarrollo funcional en muchas estructuras y sistemas del cuerpo. Las diferencias más notorias son las características sexuales secundarias.

“En el curso de esta mutación, reproduce la fragilidad del bebé que nace, sumamente sensible a lo que recibe como mirada y oye como palabras que le conciernen.” (Dolto, 1988, p. 12-13)

La pubertad se rige a 3 reglas:

1. Los cambios se realizan en secuencia, es decir, hay ciertas características que aparecen antes de que otras lo hagan. Por ejemplo, en todas las niñas se inicia el crecimiento de los senos antes que aparezca la menstruación.
2. No existe un tiempo determinado para cada suceso de cambio durante esta etapa. Cada individuo se desarrolla en su propio tiempo, por lo tanto, hay algunos que desarrollan más rápido que otros.
3. El crecimiento no es homogéneo, hay ciertas partes del cuerpo que crecen antes que otras, las manos y los pies crecen antes que las piernas y los brazos.

Durante esta época existe un crecimiento esquelético más acelerado, sin contar la del infante, también el “estirón de la adolescencia” y es éste el que marca el inicio de la pubertad en las niñas con una duración de tres a cuatro años. Con el estirón viene el crecimiento del corazón, los pulmones y los músculos. Se aumenta la grasa corporal y el peso, se completan alrededor de 28 piezas dentales y la cara toma un aspecto de adulto. La glándula pituitaria comienza a segregar hormonas que cumplen distintas funciones en el cuerpo, se desarrollan las glándulas sebáceas y sudoríparas, y otros cambios más.

1.3.1.1 CARACTERISTICAS SEXUALES

Las características sexuales se dividen en dos partes: primarias y secundarias. Las primarias constituyen los órganos reproductores, es decir, en las mujeres, los ovarios, el útero y la vagina y en los hombres, los testículos, el pene, la próstata y las vesículas seminales. Por su parte, las características sexuales secundarias son aquellas que, aunque no se encuentran directamente relacionadas con la reproducción, distinguen a los hombres de las mujeres, por ejemplo, los senos en las mujeres y el engrosamiento de voz en los hombres.

1.3.1.2 CAMBIOS EN LAS MUJERES

“La pubertad femenina es un proceso largo y complejo, durante el cual mecanismos biológicos iniciados en la vida fetal sufrirán una transformación gradual y armónica que dará lugar a numerosos y sustanciales cambios.” (Herrera, et al, 1994, p.11)

En las niñas, generalmente comienza entre los diez y doce años con el predominio de la hormona estradiol, un estrógeno que colabora en el crecimiento de las mamas y el útero así como la maduración de la hipófisis. Uno de los primeros cambios en la niña es la forma redonda que toman las caderas, como consecuencia de los cambios púbicos. Luego, se desarrollan los senos, tanto en tamaño como en color, textura y forma. Paralelamente, aparece el vello púbico a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. Entre los quince y dieciséis años de edad, el vello pubiano se engrosa y se torna rizado, cubriendo la superficie externa de los labios, extendiéndose hasta el monte de Venus. Posteriormente aparecerá el vello axilar y corporal.

Luego, los genitales y las gónadas cambian de aspecto y comienzan a tener funciones específicas. Los folículos pilosos se extienden en los labios mayores. Se aumentan los estrógenos, los mismos que causan la aparición de la mucosa vaginal, la que, con el tiempo, se torna más gruesa. El pH vaginal se vuelve ácido y la forma de la pelvis se ensancha. Los labios mayores se tornan delgados, cambian de color, cubriendo el introito. Se desarrollan los labios menores. La vagina, los ovarios y el útero aumentan en tamaño y el himen se vuelve más grueso, alcanzando aproximadamente 1cm de diámetro. Posteriormente, aparece un flujo vaginal transparente, inodoro y sin carga bacteriológica, el mismo que anuncia la menarquia o primera menstruación, que tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque en algunas chicas aparece en la pubertad avanzada. A partir de este suceso, las niñas comienzan a crecer y llegan a su estatura de adultas. Se redistribuye la grasa corporal, el peso en las caderas aumenta y comienzan a tener más curvas.

1.3.1.3 CAMBIOS EN LOS HOMBRES

En los niños, se da el aumento del diámetro de los testículos, el epídimo, las vesículas seminales y la próstata así como también asciende el grado de vascularización a nivel del escroto junto con el apareamiento de folículos pilosos. Un año después, el pene comienza a crecer en longitud y a ensancharse. Entre 11 y 15 años de edad fabrica testosterona y semen y

un año después surge la primera eyaculación. A partir de esta época, hay más erecciones y poluciones nocturnas. Los niveles de testosterona aumentan gracias a los cuales surge la mayoría de los cambios que se producen en el niño durante esta etapa. Posteriormente, aparece el vello púbico y axilar. Alrededor de los 14 años, el vello corporal se torna más abundante, aumenta la actividad glandular con aparición de humedad y olor axilar, se desarrolla los músculos y se ensanchan los hombros. La voz se comienza a engrosar.

1.3.2 ADOLESCENCIA

Los cambios físicos vienen acompañados de cambios a nivel psicológico, intelectual y social, los mismos que surgen al paso de cada individuo. Al terminar la niñez, se espera que el individuo esté equilibrado, sin embargo, a partir de esta etapa, su mundo vuelve a transformarse, causando un nuevo desequilibrio que lo llevará a buscar otras maneras de adaptarse al medio en el que se encuentra. Esto es de suma importancia ya que le llevará a poder ajustarse a distintas circunstancias a lo largo de su vida adulta.

“La curiosidad desbordada del adolescente, su necesidad de que le consten todas las cosas, su ánimo de experimentarlo todo él solo, su oposicionismo acérrimo, su culpa inconsciente por ser rebelde, su compulsión a ser absolutamente diferente, su falta de experiencia y su ignorancia de peligros que el adulto conoce, su libertad sin límites, lo exponen a un altísimo riesgo actual.” (Carvajal, 1993, p.12)

La adolescencia implica adaptación y búsqueda. Es durante esta etapa en la que se intenta definir quién es y quién quiere ser. El adolescente tendrá que tomar grandes decisiones, sobre todo relacionadas con su futuro, lo que puede causar mucha ansiedad. Por esto, muchas veces, les resulta difícil controlar sus emociones y se tornan explosivos y volátiles.

1.3.2.1 CAMBIOS A NIVEL EMOCIONAL

Los adolescentes pasan por una serie de transformaciones a nivel emocional. Con sus cuerpos en evolución, se sienten diferentes, solos y que nadie les entiende. Cambian de opinión en cada momento, no se ponen de acuerdo con lo que quieren y precisamente porque el resto no lo comprende, sienten que nadie les aprecia. Cada adolescente piensa por un momento que él/ella es la única persona que está pasando por estos cambios, por lo tanto, se torna cohibido y temperamental.

Sus emociones se vuelven exageradas y van de la mano con acciones inconsistentes. Cambian de estado de ánimo de un momento a otro, van de estar felices a ponerse tristes y malgenio para volver a estar felices en otro momento. Experimentan nuevas maneras de expresar sus sentimientos, buscan mayor privacidad y no quieren que sus padres sepan todo de ellos. Debido a todos los cambios físicos, los adolescentes no están completamente satisfechos con su cuerpo, lo que puede causar inseguridad. Presentan mayor sensibilidad, no solamente ante lo que les pasa a ellos sino lo que pasa con el resto.

El adolescente siente que ya ha llegado el momento en que sus padres se quedan a un lado y es él quien tiene que hacerse cargo de su vida y hacer lo que quiera. Por lo tanto, se preocupan de manera excesiva sobre lo que les pasa y de su futuro. El individuo podrá delimitar sus aspiraciones de manera realista ya que puede analizar las posibilidades y hacer suposiciones certeras sobre el futuro. Sin embargo, muchas veces aplaza las decisiones que debe tomar o deja que otros decidan por él/ella.

Por un lado, la adolescencia es una etapa de felicidad y novedad en la cual experimentan nuevas emociones y pasan por cambios importantes y, por otro, la adolescencia representa malestar, dudas, dilemas, contradicciones, que le dan la sensación al individuo de estar perdido. Su preocupación más que nada se concentra en lo físico, en el plano relacional con sus pares y en el rol sexual que cree que debe cumplir.

1.3.2.2 CAMBIOS A NIVEL INTELECTUAL

En la infancia comienza a desarrollarse la percepción por medio de los cinco sentidos. La atención y la memoria empiezan a funcionar junto con la imaginación. Los niños tienen pensamiento concreto, que se caracteriza por sacar conclusiones a partir de lo que está ahí en ese momento y de lo que se ha vivido. Por último adquiere instrumentos de educación formal como el lenguaje y las matemáticas.

Al llegar a la adolescencia, el individuo adquiere nuevas formas de procesar información. A diferencia de los cambios físicos que se dan relativamente rápido y de manera progresiva y regular, los cambios intelectuales demoran aproximadamente de siete a ocho años en desarrollarse y son irregulares, con considerables diferencias entre una y otra persona. Cabe recalcar que los cambios intelectuales no siempre se dan en todos los individuos, esto depende

de las influencias del ambiente ya que se requiere de refuerzos positivos para poder desarrollarse.

La mayoría de los adolescentes adquiere el pensamiento abstracto, que permite la posibilidad no sólo de pensar en las cosas como tal sino en sus relaciones con lo cual el individuo comienza a cuestionar su entorno y todo lo que ha aprendido hasta ese momento, surgiendo cambios en los valores que tiene así como en su búsqueda por sus propias opiniones y decisiones. Así mismo, comienza a tener conflictos con las normas impuestas por el resto y empieza a observarse, adquiriendo reflexiones más profundas. “¿Quién soy?” es el cuestionamiento general del adolescente.

Jean Piaget afirma que en la adolescencia el individuo adquiere la capacidad de realizar *operaciones formales*, las mismas que implican las funciones cognoscitivas del juicio, abstracción, comprensión, pensamiento inductivo y deductivo. El adolescente es capaz de encontrar distintas soluciones a un mismo problema, así como prever las consecuencias de sus actos. Podrá asociar realidades concretas con reglas generales o abstractas y valorar una realidad según distintos puntos de vista. Su desarrollo moral depende directamente de la educación que han recibido y de las experiencias con dilemas morales a los que se hayan enfrentado. Los adolescentes comienzan a criticar a los demás de una manera tajante. Por otra parte, el adolescente se preocupa de manera excesiva por sí mismo a tal punto que piensa que todos lo ven y lo critican o le admiran.

1.3.2.3 *CAMBIOS A NIVEL RELACIONAL*

Durante la adolescencia, surgen cambios en sus relaciones con los demás, sobre todo con su familia inmediata, sus pares y las relaciones amorosas.

1.1.2.3.4 *RELACIÓN CON SU FAMILIA*

“...se puede observar la adolescencia como el camino de la dependencia y de la indefensión infantil hacia una relativa autosuficiencia e independencia adulta.”(Carvajal, 1993, p.05)

Durante esta etapa, el adolescente comienza a desvincularse de su familia, en particular de sus padres, quienes dejan de ser los súper héroes, que eran hace unos años para convertirse en

seres imperfectos, que piensan de manera anticuada, que se visten mal, etc. Incluso, llegan a tener vergüenza de ellos. Por su parte, los padres tampoco saben cómo tratar a sus hijos ya que los consideran lo suficientemente grandes como para hacer muchas cosas (cuidar de los hermanos menores, hacer tareas más difíciles dentro de la casa, etc.) pero a su vez, no son lo suficientemente mayores para hacer otras (quedarse solo en la casa, tener pareja, quedarse hasta muy tarde, ir a fiestas, etc.). El adolescente, en cambio, se piensa lo suficientemente grande para hacer algunas cosas (quedarse solo en la casa, tener pareja, quedarse hasta muy tarde, ir a fiestas, etc.) pero no otras (cuidar de los hermanos menores, hacer tareas más difíciles dentro de la casa, etc.). Esto causa conflictos entre padres e hijo/a.

1.1.2.3.5 RELACIÓN CON SUS PARES

Durante esta etapa, el adolescente comienza a tener una vida social más intensa con sus pares, por lo que pasa más tiempo fuera de su casa, prefiriendo a sus amigos que a su familia. Para los padres, este cambio, en muchas ocasiones drástico, puede ser molesto y doloroso, generando conflictos, sin embargo, es importante tener en cuenta que el "...conflicto generacional es esencial para el crecimiento del self y de la civilización." (Blos, 2003, p.13) Surge en el adolescente una necesidad de ser aceptado y querido por sus pares. Formar parte de un grupo, suele ser la solución a esto. Dentro de él, el individuo se siente cómodo y respaldado. El grupo suele estar liderado por una persona que sobresale, a la cual el resto obedece e imita. Es una época en la que todos tienden a seguir a la norma, nadie quiere ser diferente y resaltar. Es por esto que todos se visten de manera similar, tienen el mismo corte de cabello, les gusta la misma comida, ven las mismas películas, etc. Para las chicas, los grupos suelen ser para conversar y jugar mientras que los varones se relacionan por medio de actividades físicas que les permitan demostrar sus destrezas, como símbolo de virilidad.

"...los jóvenes anhelan ser superiores a los demás, y la victoria es una de las formas de esta superioridad. Su vida no transcurre en el recuerdo, sino en la expectativa, ya que la expectativa apunta al futuro, el recuerdo al pasado, y los jóvenes tienen un largo futuro delante de ellos y un breve pasado detrás..."(Blos, 2003, p.11)

1.1.2.3.6 RELACIONES AMOROSAS

"... el riesgo del primer amor es experimentado como la muerte de la infancia. La muerte de una época."(Doltó, 1988, p.16) El acto de relacionarse con sus pares incluye también a las relaciones amorosas. Es la época en la que surge el enamoramiento y las relaciones sexuales. A pesar de la orientación sexual que pueda tener el adolescente, las primeras relaciones

amorosas casi en su totalidad tienden a ser con personas del sexo opuesto. En el caso de atraerles personas del mismo sexo, es igual, tienden a buscar a las personas del otro género ya que todavía se están descubriendo, tienen miedo al rechazo de los otros y a ser etiquetado como homosexual, por lo tanto siguen la norma.

Debido a los cambios físicos por los que pasa cada adolescente, se despierta en instinto sexual, pero satisfacerlos es difícil debido a los tabúes sociales y la falta de conocimiento sobre la sexualidad humana. “De los deseos corporales, el sexual es el que más los arrebató y en el que evidencian la falta de autocontrol.”(Blos, 2003, p.12)

1.4 ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

Los adolescentes en situación de calle son una población sumamente heterogénea. Se puede dividir en dos grupos a los niños y adolescentes de la calle. El primer grupo, *niños en la calle*, trabajan en la calle pero regresan a sus hogares por las noches, teniendo una vida de familia. *Los niños de la calle*, en cambio, constituyen aquellos individuos que permanecen un largo tiempo, meses, a veces, años, sin retornar a sus hogares, perdiendo completamente el contacto con sus familias. Los niños en la calle están en riesgo de convertirse en niños de la calle.

En este trabajo de investigación se hablará del segundo grupo.

Cabe recalcar que a nivel mundial existen diversos tipos de niños de la calle, sin embargo, por efectos de esta investigación, se trabajará con esta visión de los niños y adolescentes en situación de calle.

“Cuando se habla de niños de la calle, con frecuencia se está hablando no sólo de niños deambulando..., sino también de una etiqueta que condensa una serie larga de contenidos asociados a la infancia en situación de pobreza y a nuestras creencias, prejuicios y afectos ligados al tema.”(Llorens, 2005, p.43)

1.4.1 TÉRMINO

Al hablar de esta población se ha elegido el término “Adolescentes en Situación de Calle” debido a que se refiere al momento actual por el que está pasando el individuo. Términos

como “niño de la calle” pueden tener una connotación diferente como si el chico proviene de la calle y no que en ese momento está en la calle.

1.4.2 CAUSAS

Los niños y adolescentes dejan sus hogares para vivir en la calle por una serie de razones que se han ido acumulando para que la vida en su casa llegue a ser poco llevadera y vean que la calle es una mejor opción.

Entre los factores más importantes se destacan las situaciones familiares, la migración de los padres, el nivel socioeconómico, la calidad de vida que llevan en sus hogares y la influencia de sus amigos.

1.2.2.7 FAMILIA

Los adolescentes en situación de calle provienen de familias pobres, por lo que presentan una carencia de artículos básicos para su subsistencia así como también de objetos, aunque accesorias, que todo adolescente desearía tener (computadoras, mp3, ropa de marca, video juegos, entre otras).

“...sus familias de origen se caracterizan por presentar pérdidas tempranas de algunas de las figuras cuidadoras por muerte, enfermedad o abandono, o bien situaciones traumáticas como la violencia intrafamiliar así como adultos cuidadores abrumados por las dificultades cotidianas, lo que les dificulta atender las necesidades emocionales de los más pequeños.”(Llorens, 2005, p.112-113)

Debido a las condiciones precarias a las que están expuestos, los adolescentes no están protegidos de peligros que se pueden presentar (robos, violaciones, desastres naturales,). “La mayoría de los niños que trabajan en la calle no mantienen con sus padres relaciones suficientemente estables de tal manera que devengan en sanos elementos estructurantes” (Tenorio, 1988, p.45) Es común que los niños y adolescentes en situación de calle provengan de familias numerosas y monoparentales, en la que, generalmente, está presente sólo la madre. A veces hay padrastros, la mayoría de los cuales no están constantemente en la vida familiar y cuyo rol puede ser sustituido por otro en cualquier momento. El nivel de maltrato físico dentro de estas familias es alto y suelen estar relacionadas con la figura paterna. El abuso sexual también es común. Por estas razones suelen presentar una alta tendencia al pasaje al acto, carencias afectivas y dificultad para manejar sus emociones, sobretodo la ira.

Existen dificultades en estos adolescentes para acceder a la educación, muchos de ellos tienen carencias académicas, sin embargo suelen ser muy inteligentes y rápidamente aprenden todo lo necesario para subsistir. El uso a una edad muy temprana de drogas, sobretodo de inhalantes, es otra causa para que se presenten dificultades de aprendizaje.

La razón más común que dan los adolescentes de haber dejado sus hogares es algún conflicto relacionado con la familia. Siempre existen sentimientos intensos en relación a la familia, ya sean estos positivos o negativos. "... no muestra ningún estilo coherente para el manejo de las separaciones y el reencuentro ya que sus cuidadores son al mismo tiempo la fuente del confort como de la ansiedad."(Llorens, 2005, p.111)

Los adolescentes de la calle son, en su mayoría, varones, aunque cada vez aumentan la cantidad de niñas que habitan en ella. En este texto se hablará únicamente de los varones.

1.2.2.8 POBREZA

La pobreza, "...además de generar carencias materiales que se traducen en dificultades alimenticias, de salud, de educación y de protección también generan una presión y malestar emocional crónico en la familia que tiende a aumentar y agudizar los conflictos intrafamiliares."(Llorens, 2005, p.67)

Estos adolescentes suelen provenir de familias que viven en condiciones muy precarias, donde muchas veces no tienen suficiente dinero para subsistir. Los adolescentes creen que saliendo de sus casas podrán adquirir cosas que sus padres no les pueden dar. Esto, en muchos casos es cierto ya que, por ejemplo, si roban lograrán tener suficiente dinero no solo para sus necesidades básicas sino también para comprarse ropa y artículos de moda caros.

Dentro de la familia, es común que los padres se vean obligados a pedir a sus hijos que aporten económicamente para el mejoramiento de la familia, obligando a los niños a salir a la calle para trabajar, acto que facilita, posteriormente, la salida definitiva a la calle.

1.2.2.9 MALTRATO Y VIOLENCIA

Una de las razones por las que los adolescentes dejan sus hogares es el maltrato físico, psicológico y/o sexual ya que no se sienten seguros en sus casas. El maltrato físico suele ser el más mencionado por esta población, el cual siempre está acompañado por el maltrato

psicológico. “La pobreza tiende a estructurar a las familias en un contexto de tensión que se expresa en agresión.” (Tenorio, 1988, p.199)

El abuso sexual también es una causa para dejar a sus hogares, muchas veces son sus familiares los que les echan de sus casas por haber denunciado (no necesariamente a la ley sino a cualquier persona) este acto.

Los chicos presentan sentimientos ambivalentes frente a los agresores, lo que les causa confusión. “... la brutalidad de esas vivencias, junto al hecho de que provinieron de sus propios cuidadores, le hacen muy difícil el proceso de asimilarlas.” (Llorens, 2005, p.139) Con frecuencia, se encuentran también sentimientos de venganza. Por otro lado, debido a este hecho, se ponen en una posición de víctimas, lo que les conduce a una actitud pasiva en la que nada hacen al respecto.

Los adolescentes que deciden irse de sus casas, toman otra posición que se presenta en la posibilidad de una vida nueva, sin maltrato ni padres (o padrastros); una salida. No solamente dejan sus casas sino también la posición de víctimas para convertirse, posteriormente en la calle, en victimarios. En este medio, muchas veces, la hombría se define por la violencia, el que se deja violentar no es considerado tan hombre como aquel que violenta a los demás. “Tomar justicia por las propias manos implica una naturalización de la solución violenta y, como consecuencia, un escalamiento interminable de ajustes de cuenta.”(Llorens, 2005, p.169)

1.2.2.10 RECHAZO DE LOS PADRES

Hay algunos casos en los que los mismos padres expulsan a sus hijos de la casa, hecho que se puede dar por diversas razones, tales como, falta de dinero, pedido del cónyuge, problemas con el adolescente, etc. “Uno de los factores que contribuyen a que los jóvenes se vayan alejando progresivamente de sus hogares es que los vínculos afectivos con los cuidadores son o laxos o amenazantes.”(Llorens, 2005, p.112)

1.2.2.11 MIGRACIÓN DE LOS PADRES

Cuando los adolescentes tienen padres que se van a vivir a otras ciudades o países, ellos quedan bajo el cuidado de una persona fuera de la familia inmediata (abuelo, tío, padrino, vecino, etc.) o solos (encargándose de cuidar de sí y de sus hermanos). Deben acostumbrarse a una nueva manera de vivir lo que causa mucha dificultad. Si las personas que los cuidan

también los maltratan, la solución que encuentran es dejar esa casa (que para comenzar no era suya) y buscar otra vida en la que no tengan que pasar situaciones incómodas y, posiblemente, puedan obtener dinero para reunirse con sus padres otra vez.

1.2.2.12 INFLUENCIA DE LOS AMIGOS

Los amigos, que ya pasan más tiempo en la calle, aparecen con ropa nueva y de marca, dinero y les hablan de lo bien que la han pasado. En la calle no tienen que aguantar las rabietas de su madre o los golpes de su padrastro, pueden quedarse hasta la hora que sea y conocen a nuevos amigos que los pueden ayudar en esta nueva etapa de sus vidas. Por lo general es un discurso seductor y lo que tienen en su casa no compensa todo aquello que la calle ofrece. Al principio, pueden salir una tarde con su amigo, conociendo la calle. Poco a poco, se comienzan a quedar más hasta que, en algún momento, deciden no regresar a sus casas. “La calle es un refugio ante situaciones intolerables y la salida del hogar resulta una medida para autoprotegerse.”(Llorens, 2005, p.61)

1.2.5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

“La calle, la acera, el parque, la plaza, etc. no constituyen únicamente el lugar de trabajo. Significa también para los niños el lugar de vida, de diversión, de juego y de descubrimientos.” (Tenorio, 1988, p.106)

Existen más varones en situación de calle que niñas y mujeres. Esto se da debido a factores socioculturales ya que los niños tienden a desvincularse con mayor facilidad de sus familias que las niñas. La mayoría tienen entre 12 y 17 años de edad. También existen niños menores, pero es menos frecuente.

Dentro de esta población, hay diferentes tipos de niños y adolescentes en situación de calle. Por un lado, se encuentran aquellos que lustran zapatos, piden limosna, duermen en la calle y utilizan pega para drogarse por las tardes y noches para evitar el hambre y el frío. El segundo grupo está conformado por chicos más agresivos que, para subsistir, roban o hacen malabares, duermen muchas veces en hoteles, utilizan marihuana y base de cocaína para drogarse y

suelen tener suficiente dinero no sólo para comer también para drogarse y comprarse ropa costosa.

Este trabajo de investigación trata el segundo grupo.

Los adolescentes en situación de calle suelen ser impulsivos, desconfiados y agresivos. Hacen lo que quieren y sienten, sin pensar en las consecuencias que les pueda acarrear. Son inmediatistas, es decir, las actividades que realizan deben dar resultado en ese momento; aquellas con resultados a mediano o largo plazo, difícilmente sostendrán su interés.

Como afirma Llorens (2005), “Existencialmente conciben su vida como un eterno presente, en el que la historia es determinada por la satisfacción de sus necesidades básicas; para ellos vivir significa la simultaneidad de ser niños y adultos, en el cual se enfrentan a un pasado y un futuro que en el presente les exige respuestas urgentes.”(p.68)

Por otro lado, les gusta llamar la atención, lo que puede ser el resultado de estar lejos de personas que los cuiden y atiendan. Es común que estos adolescentes presenten conductas ansiosas, temores, fobias, expresiones de miedo, así como también insomnio y terrores nocturnos. Presentan dificultad al regular sus afectos y manejar los sentimientos de ira así como también, tienden a relacionarse con el resto mediante actos violentos.

Como se expuso antes, para subsistir, los adolescentes en situación de calle suelen pedir limosna, hacer malabares en los semáforos y/o robar objetos de valor. Con el dinero que obtienen, comen, se drogan y compran ropa. “Estos jóvenes valoran mucho su “pinta” y les gusta estar bien vestidos”. (Llorens, 2005, p.45) Les gusta tener ropa cara y de marca, estar vestidos y peinados a la moda y tener todo aquello que consideran les da mayor valor ante el mundo.

“En cuanto a las relaciones con los demás... es frecuente encontrar desconfianza persistente y aislamiento, así como relaciones en las que alternan la idealización con la ruptura y la separación. ... la construcción del futuro suele ser un tema difícil para estos jóvenes ya que ello es característico de personas que han vivido situaciones traumáticas crónicas.”(Llorens, 2005,p. 143)

Suelen presentarse desconfiados, agresivos y desafiantes como mecanismo de defensa ante personas que se les acercan por primera vez ya que no saben sus intenciones reales, sean policías, pandilleros, los quieran explotar o ayudar. Para que ellos bajen la guardia, es necesario que exista un acercamiento habitual de estos adultos y que se presenten sinceros,

transparentes y cumplan lo que prometen. Aun así, siempre van a recurrir a la provocación como manera de relacionarse.

Esta población, por miedo a las autoridades y, en muchos casos, a que la familia les encuentre, crean nuevas identidades que las asumen incluso en las instituciones a las que asisten. Se cambian de nombre y apellido; modifican su edad de acuerdo a sus necesidades de parecer mayor o menor. Es común para estos adolescentes tener un apodo en la calle, el mismo que, en muchos casos, es el único medio por el cual se los puede identificar. Suelen contar la historia sobre su familia y su supervivencia en la calle de manera tétrica ya que saben que por medio de la lástima de los otros pueden lograr muchas cosas. Una vez que tengan confianza en los adultos, tratarán de acaparar la atención de ellos, se pondrán celosos de otros chicos e, incluso, harán cosas indebidas para llamar la atención.

Con respecto a sus familias, si bien existen chicos que han perdido el contacto, la mayoría retorna a sus hogares de vez en cuando, cada dos o tres meses, vuelve a reunirse con ellos por un tiempo y luego vuelve a la calle. “El tránsito del hogar a la calle parece darse de forma paulatina y progresiva. En principio hay frecuentes idas y venidas entre la casa y la calle. Luego, poco a poco, comienzan a quedarse durmiendo en la calle.”(Ibidem, p.61)

1.2.5.1 VIDA EN LA CALLE

“... la calle es, por definición, ambivalente, ya que es una mezcla de dificultades y libertades, de violencia y complejidad, de peligros y modos de supervivencia. ... la calle es el lugar que se opone al hogar, se refiere a lo público y representa la intemperie, lo inesperado, la desprotección; no se espera que en ella los niños puedan desarrollarse... este espacio es el escenario de la socialización, al permitir que los niños adquieran y desarrollen habilidades y destrezas para responder a las exigencias del mundo adulto en el que viven.”(Llorens, 2003, p.60)

Es poco común que los chicos en situación de calle hayan salido de sus casas completamente solos. Por lo general están acompañados de otros chicos, muchos de los cuales tienen más experiencia. Ya en la calle, se unirán a más chicos ya que, debido a que la calle presenta muchas amenazas, es mejor estar acompañado y apoyado por otros. Estos grupos no son pandillas porque no hay jerarquía ni iniciación para formar parte de ellos. Básicamente lo único que necesitan para ser parte del grupo es unirse a ellos, siempre teniendo la libertad de irse a sus casas o a instituciones cuando lo deseen. Entre ellos juegan, se divierten y hacen todo lo que deseen. “... la calle para ellos representa un espacio lúdico.”(Ibidem, p.75) Sin

embargo, están conscientes que la calle también contiene peligros, como robos, pelea, abusos sexuales, lluvias y tormentas, policías, entre otros, por lo tanto, no pueden bajar la guardia.

Para subsistir, estos adolescentes lo hacen de distintas maneras: haciendo malabares en los semáforos, lustrando zapatos, vendiendo caramelos, flores, etc., y/o robando. Por lo general se dedican a la última opción, lo ven como una manera de obtener dinero fácilmente y, más que nada, es rápido. Muy pocos son los adolescentes de la calle que no consumen drogas aunque si existen, en Quito, niños y adolescentes de la calle no- consumidores¹. “Poco a poco adquieren destrezas y habilidades que les permite transitar en este ámbito.”(Llorens, 2013, p.61)

Los adolescentes con muy poco dinero duermen en casas abandonadas, veredas, parques. Suelen consumir inhalantes, el más común de los cuales son el cemento de contacto y el pegamento. Se ganan la vida robando alguna cosa que encuentren o lustrando zapatos y vendiendo caramelos. Su sustento no es suficiente, suelen estar flacos y desnutridos.

Al contrario, los adolescentes en situación de calle que consiguen más dinero durante el día, mayoritariamente, mediante robos, por lo general llevan ropa y zapatos de marca, duermen en un hotel y se dedican a robar cosas de mucho valor, las mismas que venden y obtienen mucho dinero. Este dinero así como vino, se va. Viviendo el día a día, no es necesario ahorrar. El uso de drogas es casi seguro pero, a diferencia de los otros chicos, no son inhalantes sino el alcohol, la marihuana, la base de cocaína y la cocaína. Esta clase de adolescente de la calle se considera mejor que la otra ya que consideran que viven de una manera superior. Por lo general son chicos muy materialistas, astutos y violentos.

1.2.5.2 USO Y ABUSO DE DROGAS

Las drogas se encuentran en la calle, “es utilizada por ellos como un vehículo para la evasión y la fuga.”(Llorens, 2005, p.78) Por donde van, serán expuestos a su uso. La mayoría de adolescentes en situación de calle las consumen y lo hacen para no sentir, ya sea el frío, el hambre, las iras, la desesperación o la tristeza. Las drogas producen sensación de bienestar, calma, o, en otros casos, goce, euforia. También les quita la atención, por lo menos por un

¹ En el Parque La Carolina hay un avión de tamaño real en el que existe una población de niños de la calle no- consumidores.

momento, de las situaciones duras por las que están pasando en ese momento. Otra razón por la que esta población consume drogas es porque el resto lo hace. Más allá de sentirse presionado, consumir juntos, como ritual grupal, crean un vínculo fuerte entre todos.

“La posición que cada uno ocupa tiende a estar regida por el tipo de droga consumida y por la función que cumple dentro del grupo en cuanto al acto mismo de consumir colectivamente.”(Ibidem, p.81)

Las más comunes son inhalantes (cemento de contacto, pintura, pegamento), base de cocaína, marihuana y alcohol. Sin embargo hay una clase de chicos que consumen inhalantes y otra que se cree mejor que la anterior que no consumen los inhalantes, considerándolos son nocivos para la salud en el sentido que tienen consecuencias negativas para el intelecto. Este segundo grupo suele tener mayor acceso a dinero ya que se dedican por lo general a robar y, por lo tanto, consumen drogas más caras.

En algunos casos, estas conductas solo se dan en la calle como una manera de encajar grupalmente pero, una vez alejado de este medio, se deja el consumo.

“Ante el desorden que produce desasociado, la droga ofrece orden y tranquilidad. La placidez derivada del consumo contradice o anula las agresiones de todo orden y las múltiples presiones que experimentan los jóvenes en el sistema.” (Tenorio, 1988, p.155)

1.2.5.3 GRUPOS

Llorens (2003) afirma sobre los grupos que se establecen en la calle lo siguiente:

“... no se asemejan a las relaciones de bandas descritas tradicionalmente... Esto se debe a que no conforman grupos estrictamente delimitados por un territorio, con funciones bien definidas y con una jerarquía de identidad estricta.”(Llorens, 2003, p.72)

El tiempo de estos chicos en la calle no es estable porque suelen ir y venir de sus casas, por lo tanto, los grupos están en constante cambio. Son grupos temporales a los que los chicos pueden regresar, si lo ven necesario. En cuanto al espacio físico, éste no es permanente debido a que se lo elige según las necesidades de ese momento. “La movilidad espacial es en sí misma una estrategia de supervivencia que dificulta la formación de grupos estables y duraderos.”(Ibidem, p.73) Andar en grupo representa para los miembros protección contra las adversidades que se presentan en la calle.

Estos grupos generalmente están conformados por niños y adolescentes, aunque existen adultos que se integran a ellos en ciertos momentos. Por lo tanto, no tienen funciones claras ni

objetivos delimitados. Sin embargo, existe un alto sentido de pertenencia y una fuerte cohesión grupal.

1.2.5.4 *RIESGOS*

La calle presenta una gran cantidad de riesgos a los que los adolescentes están expuestos. La salud está en constante peligro, pueden contagiarse de gripe, neumonía, y otras enfermedades más graves como tuberculosis, VIH- Sida, entre otras; las peleas que surgen con otros chicos pueden causar golpes, fracturas, hospitalización, e incluso la muerte; la posibilidad de que sean atacados por animales, como mordeduras de perros, que pueden contagiarlos de rabia.

“La calle es el terreno abierto para lo que comprende la vida y dolencias humanas. En la calle se dan citas los hombres con sus historias, con sus alegrías y frustraciones, con sus deseos y aspiraciones. La ingenuidad camina al lado de la perversión, la honradez se mezcla con la deshonestidad. Y en ella es difícil distinguir lo uno de lo otro.” (Tenorio, 1988, p.145)

A parte de los riesgos físicos que les brinda la calle, también existen los psicológicos y aquellos que atentan contra la integridad personal. El maltrato físico, psicológico y sexual por parte de otras personas de su medio e, incluso, a veces por instituciones suele ser común. Muchas personas se aprovechan de los adolescentes, haciéndoles trabajar hasta el cansancio sin una remuneración justa, prostituyéndoles, abusando de ellos sexualmente, etc. Los abusos sexuales, en muchos de los casos, afectan especialmente a los más pequeños, lo que les lleva luego a buscar la compañía de personas con características de pedófilos, a una sexualidad precoz y/o a la prostitución.

Los adolescentes en situación de calle se encuentran desamparados, no sienten ni siquiera el apoyo de la policía ya que en numerosas ocasiones han escuchado de casos²en los que las autoridades policiales hacen redadas y aprehenden a varios chicos de la calle a quienes los golpean y les quitan todo lo que tienen con la amenaza de que, si no se dejan, irán a la cárcel.

A pesar de todos los riesgos que existen en la calle, esta población encuentra su espacio en muchas ocasiones, como el único lugar en el que quisieran estar. Puede ser que existan peligros pero en sus casas también los había y eran, muchas veces, peores. Luego de tener una

² Tomado de los testimonios de varios adolescentes de la Casa de la Niñez 2, Proyecto de la Fundación Municipal Patronato San José en la Ciudad de Quito

vida en la calle, la cual representa la libertad completa, para ellos será difícil adaptarse a otro estilo de vida.

1.2.5.5 LA SOCIEDAD Y LOS ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

La sociedad en general todavía no sabe qué posición tomar en relación con los niños y adolescentes en situación de calle. Las personas se sienten ambivalentes, por un lado, les provocan lástima y un deseo de ayudarles y, por otro, les tienen miedo y los rechazan. Lo único en lo que todos parecen estar de acuerdo es que a estos chicos los deben sacar de la calle y llevarlos a otro lado, sin importar dónde.

Por lo tanto, a lo largo de la historia, se han tomado varias iniciativas, algunas positivas y otras negativas, para solucionar el aparente problema con estos adolescentes. En sus intentos por mejorar la calidad de vida de los adolescentes en situación de calle se han creado comunidades terapéuticas, centros de ayuda, comedores, albergues, casas de medio camino, entre otras. Para mejorar la supuesta calidad de vida de la sociedad, se han tomado medidas más drásticas como los grupos de exterminio.

Las iniciativas políticas casi siempre han fracasado. A veces porque han tratado de hacer de esto una cuestión de cantidad de chicos y no de calidad de tratamiento, otras porque no han encontrado la manera de evitar que los chicos vuelvan a vivir en las calles y, por último, debido a los cambios de gobierno, siempre generando inestabilidad en los programas que tratan con esta población.

Los adolescentes y niños de la calle:

“Nos recuerdan diariamente que hemos fracasado como sociedad en el deber de cuidar a los más desprotegidos. Nos recuerdan que hemos fracasado colectivamente en la tarea de ofrecer un espacio benévolo para el desarrollo futuro de nuestros jóvenes.”(Ibidem, p. 18-19)

1.2.5.6 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

Como se dijo anteriormente, han existido varias iniciativas para que los adolescentes puedan tener una mejor calidad de vida. Por lo tanto, hay muchas instituciones que atienden su

bienestar y tratan de buscar una mejor alternativa para su estilo de vida. Debido a la situación precaria de la que provienen, es muy probable que, mucho antes de que salgan a la calle, hayan tenido contacto con instituciones que ayudan a personas provenientes de barrios marginales o que se encuentran en estado de pobreza. Por lo tanto, entienden la necesidad de obtener ayuda de distintas organizaciones. Según sus necesidades actuales, encuentran instituciones que pueden ayudarlos, si esta no funciona, saben que vendrán otras. Más aún, no es necesario buscar ya que son las instituciones las que buscan a los chicos para trabajar con ellos. Por otro lado, hay algunas instituciones que son residenciales en las que los chicos se quedan por un tiempo indefinido, sin saber vivir fuera de este espacio y, peor aún, sin querer irse. Es por esto que es muy importante tener en cuenta que ayudar a una persona no sólo implica ponerlo bajo el cargo de una institución, sino también enseñarle a independizarse de la misma cuando ya no sea necesaria para él/ella.

2. COMUNIDAD TERAPEUTICA Y ADICCIONES

Antes de desarrollar sobre comunidad terapéutica, es importante entender lo que es una adicción y cómo actúa una persona adicta.

2.1 ADICCIÓN

2.1.4 PERSONALIDAD ADICTIVA

Es imposible que todas las personas que tiene una adicción a las drogas, actúen y piensen de la misma manera. Cada persona, junto con su historia, es distinta y por lo tanto tendrá formas particulares de reaccionar frente a su adicción. Sin embargo, se han encontrado ciertas características comunes a la mayoría de adictos, las mismas que se consideran significativas dentro del presente trabajo investigativo. “Actualmente,...la drogodependencia encubre, enmascara, compensa y descompensa un rango bastante amplio de problemas personales y familiares.” (Goti, 1990, p.25)

2.1.5 ADICCIÓN

Una adicción puede definirse como una conducta de carácter obsesivo y compulsivo cuyo propósito es evadir el dolor por medio de la negación y el control. Es la dependencia física y psicológica hacia una sustancia o actividad. Se da mediante una relación patológica con un objeto o suceso que produce un cambio de humor deseado, logrando obtener una pseudo comodidad. Puede haber toda clase de adicciones, a las drogas, a la comida, al internet, a la pornografía, etc. En este texto se hablará de adicciones a las drogas.

Una adicción no es la ingesta de drogas como tal sino cuando dicho consumo comienza a impedir que la persona funcione como lo haría en caso de no haber consumido nunca. El adicto no puede dejar las drogas a pesar de las consecuencias perjudiciales que ella tenga en su vida. No todas los que usan drogas se harán adictas, hay ciertos individuos que por su ambiente, historia familiar, rasgos de personalidad, etc., se encuentran propensas a ello.

2.1.6 *EL ADICTO*

“El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo.” (Tapia- Conyer, 1994, p.28)

La droga produce un alivio momentáneo, una sensación de calma y tranquilidad y un escape de los problemas que tiene la persona. Sin embargo, el uso continuo de drogas trae consigo consecuencias secundarias, las mismas que afectan de forma negativa tanto al adicto como a otras personas de su entorno. La adicción comienza a formar parte de todos los aspectos de su vida, social, laboral, económico, etc. Llega un momento en el cual la persona ya no tiene control sobre su adicción, por el contrario, ella lo controla ya que necesita drogas en forma continua.

Al principio, una persona comienza a consumir drogas por diversas razones, tales como, presión de los pares, curiosidad, etc. Suele comenzar como un acto social. Luego, conforme esté a gusto con los efectos que los estupefacientes producen, llegará a consumir más y no únicamente en acontecimientos sociales, sino también sola. Poco a poco, el cuerpo irá desarrollando tolerancia hacia la droga, lo que quiere decir que cada vez se necesitará más para lograr el mismo efecto ya que “Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos, por lo general quiere que los efectos duren tanto como sea posible.” (Tapia- Conyer, 1994, p.31). Luego, el cuerpo comienza a funcionar únicamente bajo los efectos de la droga; cuando no consume, se encuentra sin poder trabajar completamente, desarrollando así, el síndrome de abstinencia, el mismo que causa alucinaciones, náuseas, vómito, diarrea y otros padecimientos. Por lo mismo, es fácil que el adicto recaiga. Aparte, cada droga, con sus componentes químicos, produce daños físicos a largo plazo, como daños hepáticos, estomacales, cerebrales (afectando el nivel intelectual, sensorial, la memoria, etc.), entre muchos otros. El adicto deja de funcionar de forma saludable.

La adicción afecta a todos los ámbitos de su vida, comienza a perderlo todo, dinero, trabajo, amistades, salud. El adicto se siente solo, abandonado y tiene iras. Culpa a otros por lo que ha dejado, sin responsabilizarse por sus acciones, visionándose como una víctima de las circunstancias. Se siente muy triste, a veces, al punto de caer en depresión crónica. Tiene mucha ansiedad, vergüenza, remordimiento. Todo esto va sumándose hasta tornarse

intolerable, por lo que vuelve a consumir. Las drogas entumescen todos los sentimientos que para el adicto resultan insoportables y los llevan, momentáneamente, a un estado de paz, en el que los problemas parecen estar lejos. El dolor, ya sea físico o emocional, les resulta intolerable, por lo que buscan las drogas para amortiguarlo.

Por otro lado, las personas con adicciones, al igual que los adolescentes en situación de calle, presentan dificultad para retrasar la gratificación, prefieren realizar actividades que les den un efecto inmediato. Tampoco suelen pensar en las consecuencias de sus acciones, simplemente actúan y ya. Por lo mismo, para obtener drogas, en muchos casos, recurren a mentiras, e incluso a veces, al robo, la violencia y la prostitución.

Los adictos suelen ser expertos manipuladores, saben qué decir y qué hacer para lograr convencer a sus seres queridos que hagan lo que ellos quieren. Cuando ya no les creen, logran desviar la atención de su adicción hacia cualquier otro problema. Lo único que quiere el adicto es que lo dejen en paz y, así, poder seguir auto engañándose, pensando que lo que hace está bien y, si algo sale mal, es culpa de los otros. Debido a tantas mentiras que ha dicho, cree que el resto también le mienten, por lo tanto, es desconfiado.

Una persona con adicción tiene poca tolerancia a la frustración y siempre quiere salirse con la suya. Es compulsiva, lo que quiere decir que no puede consumir drogas de forma moderada sino que cada vez tendrán la necesidad de consumir más y más, cediendo así ante cualquier impulso. Termina, por lo tanto, repitiendo comportamientos que son perjudiciales y sin tener la fuerza de voluntad para detenerse. Una vez que comienzan, no paran. Suele tener conflictos con las figuras de autoridad y dificultad para acatar normas. Por lo general, es inestable e inconstante, no termina los proyectos que comienza. Parece que no aprende de sus experiencias ya que comete los mismos errores una y otra vez. Su nivel de frustración y tolerancia es bajo. Es fácil para un adicto reemplazar un vicio por otro, drogas por alcohol; drogas por sexo; marihuana por cocaína, etc.

Es común que el adicto sea desconsiderado, no se preocupe por lo que sus acciones puedan causar en los demás y no cumpla sus promesas. A veces puede ser irracional, negativo, hostil, manipulador. Se comienza a aislar de sus seres queridos para evitar que le reclamen y comienza a reemplazar esos vínculos afectivos por las drogas, convirtiéndolas en emocionalmente necesaria. Le dan un valor muy grande a la droga ya que ha estado en los momentos que el adicto se ha sentido más desamparado. De pronto la persona se encuentra en

un círculo vicioso, tiene un problema, busca amparo en las drogas, lo cual le genera más problemas, los mismos que intenta solucionar con las drogas y así sucesivamente. “El sujeto, si quiere seguir evitando la realidad, debe volver a encapsularse, en un proceso sin fin, que demanda cada vez más cápsulas.” (Goti, 1990, p.28)

Es sólo cuando la droga ya no le brinda ese espacio de alivio y consuelo que el adicto siente que ha tocado fondo, por lo general suele suceder cuando se encuentra completamente solo o ha pasado por una situación muy fuerte emocionalmente, que se dan cuenta que tienen un problema con las drogas y decide intentar dejarlas. Es ese el momento propicio para buscar ayuda.

2.2 DEFINICIÓN DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA (C.T.)

Goti (1990) define a comunidad terapéutica como:

“...una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de drogadictos. Tiene lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente “actúe” su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo de la consecuencia social de sus actos. Esta situación es tolerada voluntariamente por el residente, quien se ve inmediatamente contenido en un clima de alta tensión afectiva.”(p.25)

La comunidad terapéutica o C.T. para las adicciones es un método bastante popular y relativamente nuevo con una metodología innovadora: el uso de la comunidad con sus reglas, sanciones y convivencia con el fin de que posteriormente, los participantes lleven una vida diferente y sin utilizar drogas. Ingresar y permanecer en una C.T. es completamente voluntario ya que parte del hecho de que una persona cambia sólo si realmente lo desea. La C.T. imita a la comunidad en la que se encuentra, trabajando con límites claros y una planificación previa de todas las actividades que se realizan. Absolutamente todo lo que se hace en la C.T. lleva hacia un fin terapéutico. Los participantes, aparte de recibir asistencia de los miembros del equipo técnico o staff, se ayudan entre ellos porque todos han pasado por lo mismo y comprenden lo difícil que es el proceso de recuperación.

“La Comunidad terapéutica proporciona vínculos y expectativas morales y éticas para el desarrollo personal; emplea el confinamiento potencial, el refuerzo positivo, la lástima, el castigo, la culpa, el ejemplo y el modelado del rol para impulsar la modificación y el desarrollo personales.”(De León, 2004, p.53)

2.3 ANTECEDENTES

Historia de la Comunidad Terapéutica³

A.C.	Comunidades pre-cristianas	A.C.
D.C.		D.C.
	Comunidades cristianas primitivas	
Edad Moderna	Reforma Protestante	Siglo XVI
Edad Contemporánea	Asociación Cristiana de Jóvenes	Siglo XIX
Siglo XX	Grupo Oxford (Inglaterra)	1900
	A.A. (Akron, Ohio)	1935
	Synanon (California)	1958
Actualmente	Daytop (Nueva York)	1963
	Proyecto Hombre	1969
	USA	
Red Italiana	Europa	Canadá
	América Latina	Asia
	Hay más de 2000 C.T.	1989

Este gráfico indica que la noción de comunidad terapéutica ha existido desde épocas remotas y ha ido evolucionando hasta convertirse en lo que ahora es. "...el prototipo de Comunidad Terapéutica es antiguo y... está presente en todas las formas de curación y apoyo comunales."(De León, 2004, p.38)

Desde épocas remotas se han encontrado agrupaciones comunitarias similares a las que se encuentra en una comunidad terapéutica. Con elementos y escritos casi idénticos a los de la C.T., las comunidades pre- cristianas y cristianas primitivas presentan reglas que todos deben

³Elena Goti. La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga. Buenos Aires. Editorial Nueva Vida. 1990. Pp.23

seguir y estatutos para una vida más llevadera. En 1844, en Inglaterra se crea la Asociación de Jóvenes Cristianos (YMCA, por sus siglas en inglés) con el fin de brindar ayuda a los jóvenes de la comunidad. Sin embargo, no fue hasta 1921 que se comenzó a conceptualizar sobre la vida comunitaria como rehabilitación terapéutica con el Grupo Oxford, cuyas creencias se fundaban en la creencia en Dios y el deseo de cambiar. Dos décadas después, en Ohio, se crea un grupo llamado Alcohólicos Anónimos (AA), con los conceptos de autoayuda y la ayuda entre pares, revolucionando la recuperación del alcoholismo y, posteriormente, otros padecimientos. En 1944, Maxwell Jones comienza a trabajar con soldados combatientes de la segunda guerra mundial y se da cuenta de cómo los soldados trabajan mejor en agrupaciones, creando así la conceptualización de atmósfera de grupo y del aprendizaje social. Posteriormente, “El término <<Comunidad Terapéutica>> fue lanzado por Main en 1946 al describir la labor en el Northfield Hospital, de Birminham, durante la última parte de la segunda guerra mundial...” (Clark, 1982, p.38) para trabajar con veteranos de guerra. Luego, Jones comienza a utilizar esos mismos conceptos en el ámbito psiquiátrico donde se crea la comunidad terapéutica propiamente dicha. Los conceptos básicos de esta C.T. se traslada a las C.T. para adicciones con la organización Synanon, el modelo a través del cual se basarán todas las comunidades terapéuticas posteriores, como Daytop, Le Patriarche, Proyecto Hombre y muchas otras más.

2.3.9 COMUNIDADES PRE- CRISTIANAS

Antes de que surja el cristianismo alrededor de todo el mundo, ya existían comunidades que convivían juntas bajo sus propias leyes y tradiciones y, por lo general, rendían culto a deidades. Sobrevivían la formación de agrupaciones que se apoyan, se comunican, como parte de un todo que, en muchos casos, es más importante que cada individuo. “Phito Judaeus describía... las actividades de un grupo que habitaba en Egipto...”(Goti, 1990, p.19) en la cual existía El Manual de Disciplina, el mismo que explicaba cómo la gente llegaba a formar parte de esta comunidad y cómo llevaban al cabo sus rituales y sus normas, muy similar a los manuales que se encuentran sobre comunidades terapéuticas en la actualidad.

2.3.10 COMUNIDADES CRISTIANAS PRIMITIVAS

El cristianismo primitivo nace en Nazaret a manera de secta del judaísmo con el nombre de Nazarenos y cuya creencia es que Jesús es el profeta, al mismo que han dado muerte y ha resucitado. A partir de esta creencia nace el cristianismo. Las comunidades cristianas primitivas aunque creen en Jesucristo, todavía no inician un proceso de evangelización sino que siguen las tradiciones judías y viven bajo las leyes de la Torá. Estas comunidades comenzaron a formar una jerarquía iniciada por los apóstoles y, posteriormente por los obispos, liderados por una Iglesia Universal, el Primado Romano. Posteriormente, se inician conflictos entre los judíos y los gentiles convertidos en cristianos primitivos, los mismos que sufren muchas persecuciones por sus creencias.

2.3.11 COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRIA

Para poder comprender a las comunidades terapéuticas en adicciones, es necesario una breve reseña de las C.T. en psiquiatría, que aparecieron aproximadamente 15 años antes.

“La forma más conocida de terapia social practicada en psiquiatría en los últimos treinta años ha sido la Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones.”(Clark, 1982, p.38)

La Comunidad Terapéutica en psiquiatría nace con Maxwell Jones en el Hospital Belmont de Inglaterra en 1940. Su objetivo principal era que el ámbito hospitalario imite a la sociedad, con todos trabajando con metas comunes y las decisiones se tomaban de forma democrática dentro del grupo. Es aquí donde cambia la idea del enfermo mental como paciente pasivo y se convierte en un participante diligente de su recuperación. Por otro lado, el participante aprende nuevamente a socializar con el resto y a seguir normas sociales que contribuyan a una mejor adaptación cuando sea reinsertado en la sociedad. Para este propósito, se trabaja con los participantes para desarrollar habilidades sociales y laborales y también, en la medida de ser posible, se trabaja con las familias. Este modelo de tratamiento psiquiátrico sigue en vigencia y tiene mucho éxito.

2.3.12 ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES- YMCA

Asociación Cristiana de Jóvenes o YMCA por sus siglas en inglés (Young Men's Christian Association) es un movimiento protestante fundado por Sir George Williams en 1844 en Londres. Su objetivo es que los jóvenes se desarrollen con fundamentos cristianos. Algunos deportes como el basquetbol y el fútbol de salón fueron creados en YMCA, el mismo que les contribuyó a su difusión mundial. YMCA realiza varias actividades, tales como escuelas nocturnas, residencias para indigentes, grupos deportivos, instituciones educativas y campamentos para jóvenes. Hoy en día YMCA se ha extendido a nivel mundial con el fin de apoyar a aquellos que más lo necesiten. En Ecuador, se ha establecido que el propósito de esta organización es “Impulsar procesos de desarrollo humano desde lo local, con base en los principios cristianos, con énfasis en jóvenes, mediante el fortalecimiento del movimiento ACJ”. (<http://www.ymca.int/where-we-work/ymca-country-profiles/latin-america-andcaribbean/ecuador/>, 12 de Mayo 2013)

2.3.13 GRUPO OXFORD

En 1921, Frank Buchman, un pastor luterano suizo, crea el grupo Oxford cuya innovadora metodología constituye la base de la autoayuda. “Su nombre inicial, Compañía Cristiana de Primer Siglo, transmite su mensaje básico: un retorno a la pureza y la inocencia de la Iglesia temprana.”(De León, 2004, p.40) Se trata de mezclar los hallazgos científicos con las creencias religiosas para que renazca lo espiritual dentro de cada participante de este grupo. Las personas a las que deseaba atraer eran de élite social y se le acusaba abiertamente a Buchman de timador.

Este grupo sostenía que el alcoholismo, junto con el resto de problemas que pueda tener el ser humano, era una enfermedad del espíritu cuyo origen era el pecado, el mismo que podría sanarse a través de la intervención religiosa. Las únicas personas que se mantienen sanas son aquellas que se dejan controlar por Dios. Por lo tanto, cada uno debía sanar sus pecados y contribuir al cambio de otros.

“Algunas de las ideas y prácticas mantenidas comúnmente incluyen la ética del trabajo, la preocupación mutua, compartir las pautas y los valores evangélicos de honestidad, pureza,

desprendimiento y amor, auto- evaluación, reconocimiento de los defectos propios del carácter, reparación del daño causado y trabajo en equipo.”(De León, 2004, p.40)

A pesar de sus ideas, el Grupo Oxford no se consideraba un grupo religioso ya que no tenía jerarquías ni un propósito que no sea el de Dios. Tampoco se consideraba una organización sino un organismo que crecía cuando se unían a él más personas que creían que Dios es su líder. Para formar parte del grupo era necesario compartir los pecados con el resto del grupo, dar su pasado, presente y futuro a Dios, dejarse guiar por El y enmendar a las personas que han hecho daño. Por otro lado, recalcan la importancia de compartir todo lo que uno tiene y sabe con los demás, para ayudar al resto y a uno mismo.

Los miembros del Grupo Oxford seguía lo que ellos llamaban “*las 5 C’s*”: confianza, confesión, convicción, conversión y continuación. Primero, la persona tenía que tener *confianza* en el resto del grupo para poder *confesar* con honestidad todos sus pecados y poder redimirlos con *convicción*. Por último, se debe *convertir* de manera libre a las creencias de Dios y *continuar* rindiéndole culto.

La doctrina del Grupo Oxford se expandió en EEUU, Europa, China, África y Australia pero en los años 1930, el Grupo Oxford había perdido su popularidad. En 1938, aprovechando el tiempo de guerra, cambian el nombre de este grupo a Moral Re- Armament (Re- Armamento moral).

2.3.14 ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Alcohólicos Anónimos (AA) es una fundación internacional sin fines de lucro que, mediante el auto- ayuda, contribuye a la disminución de alcohólicos en el mundo. Esta organización fue fundada en Akron Ohio el 10 de junio de 1935 por Bill Wilson y Bob Smith, dos alcohólicos en recuperación, miembros del Grupo Oxford, con una buena posición económica. Su intención era la de impartir sus experiencias a otros alcohólicos para que, juntos, puedan ayudarse a dejar el alcohol.

AA, como guía de recuperación, ha creado doce pasos, enumerados a continuación:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Las reuniones de AA son hechas por y para los alcohólicos. Mediante un despertar espiritual, estos pasos ayudan a la persona a recuperarse de su enfermedad (el alcoholismo) y mantener una vida estable. La meta de AA no es simplemente dejar de consumir alcohol, sino cambiar la manera de pensar para poder recuperarse del alcoholismo. Toman en cuenta que pensar en dejar el alcohol para siempre puede ser abrumador, por lo tanto los miembros de AA sugieren sólo pensar en ese momento, no consumir un día a la vez. Uno de los pilares de esta organización, estipulado en las doce tradiciones, es el anonimato. Para que una persona se sienta completamente libre de contar su historia, es necesario que tenga confianza en el grupo, por lo tanto no se utilizan apellidos y no pueden hablar de lo escuchado fuera de las reuniones.

Se entiende que no siempre es posible llegar a controlarse y hay un alto riesgo de recaer, por lo mismo, AA pide que todos sus miembros tengan un padrino. Esta persona lleva más tiempo en el programa y tiene la obligación de ayudar a sus ahijados en cualquier asunto, a cualquier hora y durante el tiempo que sea necesario. Un padrino deberá tener mayor experiencia y conocimiento del programa y se sugiere que sea del mismo sexo que su ahijado.

AA no tiene jerarquía ni organización alguna de sus miembros, simplemente se reúnen y comparten sus historias con la finalidad de ayudarse y poder inspirar a otros. Cada grupo de AA es una entidad autónoma, por lo tanto se gobierna sin ayuda externa y se mantiene solo por medio de donaciones voluntarias de los miembros. Si lo consideran necesario, el grupo de AA puede contratar a profesionales a largo o a corto plazo para servicios que se requiera.

A lo largo del tiempo, la organización de Alcohólicos Anónimos ha tenido mucho éxito y se ha expandido por el mundo. Este programa es utilizado en centros de rehabilitación, cárceles, centros hospitalarios, entre otros. AA fue el pionero en los programas de autoayuda e, incluso, se han creado variaciones como Narcóticos Anónimos y Comilones Anónimos, los mismos que llevan una filosofía similar con el simple cambio de problemática a tratar. Muchos de los principios de AA se utilizan en los programas de C.T. con buenos resultados.

2.3.15 SYNANON

“Los elementos esenciales de las Comunidades terapéuticas contemporáneas para las adicciones (los conceptos, el modelo del programa y las prácticas básicas) evolucionaron en un principio en Synanon...” (De León, 2004, p.42)

En Santa Mónica, California, en el año 1959, Charles Dederich, un alcohólico en recuperación, funda Synanon, cuyo nombre es una contracción de las palabras “simposion” y “seminar” (simposium y seminario). Se trata de un programa innovador con una estructura similar a las de AA, sin la parte religiosa y como una comunidad residencial. Su sistema era jerarquizado, dentro del cual los heroinómanos y alcohólicos van subiendo de escalón según sus meritos. Por otro lado, esta organización también se convirtió en un negocio, vendiendo una serie de productos que ayudaban a mantener a la organización así como enriquecer a los accionistas.

Esta institución sostenía que el participante debía estar toda la vida en rehabilitación ya que no hay una cura para la adicción. Para controlar a sus residentes, Synanon inventó “El Juego”, el mismo que consistía en un tipo de terapia grupal en la que los participantes se humillaban entre sí y eran animados a exponer los secretos más íntimos de sus compañeros. Se cree que a mediados de los años 1970, las mujeres eran obligadas a rasurar sus cabezas, si estaban embarazadas a abortar, las parejas se tenían que separar y juntarse con nuevas personas y los hombres debían hacerse vasectomías.

Fue un modelo sumamente autoritario que muchas veces disciplinaba a los participantes con golpes, por lo que recibió muchas críticas, las mismas que los miembros de Synanon justificaban diciendo que era necesario “domar” a los heroinómanos para su recuperación. “Consolidó a las Comunidades Terapéuticas de auto-ayuda como una opción viable de tratamiento para los adictos a narcóticos y otros consumidores de drogas ilegales para consumidores de drogas socialmente privados de derechos, en general.” (De Leon, 2004, p.44) Esta organización se desintegró en 1989, debido a actividades criminales como evasión de impuesto e intento de asesinato.

Todas las CT de drogodependientes descienden de Synanon.

2.3.16 OTRAS C.T.

Después de la creación de Synanon, hubieron muchas C.T. que le siguieron, tales como Daytop, Centre Marmottan, le Patriarche y Proyecto Hombre. Todas estas C.T. se han propagado por el mundo como redes, con las mismas bases, brindando así seguridad institucional. Muchos critican que estas redes son todas iguales y, por lo tanto, no están hechas específicamente para ese lugar y esa población, sin embargo se dice que cada una de ellas se re-crea según la cultura en la que se encuentre.

Daytop (Drug Addict Yield to persuasión- Drogadicto llevado a la persuasión) fue fundada por dos ex- adictos, miembros de Synanon, el Dr. Daniel Casriel y el Monseñor William B. O’Brien. Dentro de este programa se incluye a ex adictos y a profesionales. Los usuarios llegan a Daytop por trámites judiciales, por el estado y el municipio o por los SPAN que son centros de acogida de Daytop. Lo que configura a este programa son los refuerzos positivos y

negativos que recibe el participante al realizar una acción. El residente debe entender e incorporar a su vida conceptos como, motivación, privación, confesión, penitencia, confrontación, participación, elevación, capacitación, entre otros para egresar de esta CT. Dentro de este modelo de tratamiento, siempre va a ser el participante el protagonista del proceso. Los que llegan a la cima de la jerarquía son los modelos a seguir y luego puede formar parte del equipo técnico. Los grupos dentro de Daytop son de 8-10 usuarios los cuales van cambiando para que no existan alianzas dentro de los grupos que no permitan dar paso a lo terapéutico.

El Centre Marmottan fue fundado en París por Claude Olievenstein, alrededor de los años 1960. Es, hasta ahora, uno de los centros más importantes en Francia. Sus principios básicos son el anonimato, la voluntariedad y la gratuidad.

Otra comunidad terapéutica en Francia es Le Patriarche, fundada por Lucien Engelmajer en 1972. Le Patriarche se ha convertido en una cadena de C.T. y se ha esparcido por toda Europa. Dentro de esta CT, no existen profesionales debido al gasto que esto significaría y a la idea que el drogodependiente solo puede identificarse con alguien que haya pasado por lo mismo que él, entonces trabajan únicamente adictos recuperados. Para ingresar, el participante tiene que pasar por un proceso de desintoxicación, el cual se hace en otro lugar. Luego, debe firmar un documento en el cual se pone de acuerdo tanto en su forma de pago como en seguir todas las normas establecidas dentro de esta CT. Posteriormente, se revisa que no tenga consigo drogas y se le quita todo para evitar que las personas dejen el programa precozmente. Conforme pasa el tiempo, el beneficiario adquiere más responsabilidades y la oportunidad de viajar por otras C.T. dentro del país, solo ahí dispondrá de dinero y de sus documentos, lo cual causa muchos abandonos.

Proyecto Hombre se originó en 1984 en España, con el Príncipe de Asturias. Los beneficiarios siguen el tratamiento voluntariamente. Esta organización tiene muchos de los principios de Daytop, añadiendo elementos de las culturas española y latinoamericana. “El método de Proyecto Hombre, consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo...” (www.proyectohombre.es 17 de marzo de 2013) y así es posible la recuperación de la persona, no solo en el ámbito de las adicciones sino en otros aspectos de su vida.

A partir de estas instituciones, han surgido en el mundo un sinnúmero de C.T., cada una tomando la estructura básica de las C.T. con variaciones según la población y la cultura en la que se encuentren.

A pesar de esto, como lo afirma De León (2004), “Hasta la fecha, no existe una historia exhaustiva de las Comunidades Terapéuticas para la adicción.” (p.38)

2.4 TIPOS DE C.T.

Existen distintos tipos de C.T. y pueden ser clasificadas en base a algunos criterios.

2.4.6 SEGÚN DE DÓNDE PROVENGA SUS FINANCIAMIENTOS

Si el financiamiento de la C.T. proviene de entidades gubernamentales o de Organizaciones no- gubernamentales, entonces la C.T. se denominaría como *pública*. Si, por el contrario, la C.T. obtiene su dinero de una persona o grupo de personas naturales, sería una C.T. *privada*.

2.4.7 SEGÚN SU UBICACIÓN

Si la C.T. se encuentra en un sector dentro de la ciudad, se trata una C.T. *urbana* y si se encuentra fuera de la ciudad, es de tipo *rural*.

2.4.8 SEGÚN QUIÉNES LAS MANEJAN

Las C.T. pueden ser manejadas únicamente por profesionales (C.T. *Profesional*), por ex adictos (C.T. *Voluntaria*) o por ambos (C.T. *Mixta*).

2.4.9 SEGÚN SU POSICIÓN RELIGIOSA

Si se trata de una C.T que incorpora a sus enseñanzas creencias sobre alguna deidad, se trata de una C.T. *religiosa*. Por el contrario si deja de lado toda creencia religiosa, sería una C.T. *no- religiosa*.

2.4.10 DEMOCRÁTICA O JERÁRQUICA

Las C.T. *democráticas* permiten que todos tomen las decisiones dentro de la comunidad mientras que en las *jerárquicas*, hay decisiones y actos que se realizan por los niveles más altos del rango de la C.T.

2.5 ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

2.5.4 PERFIL

Dentro de la Comunidad Terapéutica es de suma importancia que se tenga claro exactamente qué clase de personas se va a tratar, tomando en cuenta todos los aspectos posibles: qué clase de adictos, hombres y/o mujeres, edades, de qué clase social, etc. “Un grupo de pacientes que es... demasiado heterogéneo no puede constituir un grupo de apoyo mutuo eficaz.”(Clark, 1982, p.42) Dentro del perfil también se incluye la capacidad de la C.T., es decir, a cuántas personas puede tratar, tanto de forma residencial como no- residencial. Esto se debe tomar en cuenta no sólo por la infraestructura de la C.T. sino también según el número de miembros del staff. Por otro lado, es importante considerar la capacidad económica que tiene la C.T. ya que si se admite más de lo que se puede mantener, no estarán en un espacio cómodo y eso podría interferir en el tratamiento.

2.5.5 ESTRUCTURA FÍSICA

Una vez delimitado el perfil y la capacidad de los participantes, se procede a buscar un espacio que tenga la estructura física adecuada para acomodarlos. Es necesario tomar en cuenta las leyes del lugar en el que se encuentra la C.T. y los parámetros que las entidades públicas (en Ecuador el CONSEP, por ejemplo) exigen. Como se expuso anteriormente, es primordial que se pueda brindar a los participantes las condiciones necesarias para que se encuentren en buenas condiciones físicas.

“Frecuentemente, un visitante que llega a una comunidad terapéutica tiene, una primera impresión mala. La puerta está abierta pero no hay nadie que haga las veces de conserje. Todo está más bien sucio y el suelo parece no haberse fregado recientemente. Se ve deambular personas pero no hay forma de saber si se trata de pacientes o miembros del personal pues todos llevan ropas corrientes y se llaman por sus nombres.” (Clark, 1982, p.40)

2.5.6 FILOSOFÍA

La filosofía de la C.T. está relacionada con la necesidad que nace en cada uno de recuperarse de su adicción, para lo cual es necesario tener valores. “Los valores son a la C.T. lo que la sangre es a un organismo animal: circula y nutre hasta su célula más alejada. Sin los valores la

C.T. dejaría de ser una C.T. viva.” (Goti, 1990, p.42) Se trata de abrir un espacio en el cual la persona pueda vivir honestamente, sin necesidad de mentiras y procurando no hacer daño a sí mismo ni a otros. Se puede utilizar la filosofía escrita y no escrita de la C.T. (Goti, 1990, p.41-42) o una filosofía propia de la comunidad, la misma que puede ser creada por los miembros del staff o por parte de los residentes. Esta debe explicar la misión de la C.T. y sus objetivos y aspiraciones a lograr.

2.5.6.1 FILOSOFÍA ESCRITA

Estoy aquí porque no encuentro refugio de mi mismo.

Hasta que no me confronte en los corazones y en los ojos de los demás, estaré corriendo.

Hasta que no fuerce a mi prójimo a conocer mis secretos, no estaré a salvo de ellos.

Si no permito que me conozcan no me puedo conocer yo mismo ni a nadie más. Estaré solo.

¿Dónde, sino en este lugar donde estamos todos en lo mismo puedo encontrar un espejo?

Aquí, juntos, puedo por fin verme claramente. No como el gigante de mis sueños ni como el enano de mis miedos, sino como una persona, parte de todo, con un mismo propósito.

En este lugar puedo echar raíces y crecer, ya no más, solo como en la muerte sino vivo, para mí y para los demás.

2.5.6.2 FILOSOFÍA NO- ESCRITA

Todo lo que aprendí debo dar.

Es mejor entender que ser entendido.

No hay comida gratis.

Actúa como sí...

Antes de asumir un rol debo arreglar mis cosas personales.

Confía en lo que te rodea.

Sé honesto.

La compensación vale.

Estar alerta es estar vivo.

Aplica el Amor Responsable.

Ten cuidado con lo que pides, porque te lo podrían dar.

No hagas lo que no quieres que te hagan.

2.20 STAFF

“Staff” es una palabra en inglés que se traduce como “personal de trabajo”. En las comunidades terapéuticas, por lo tanto, se utiliza este término para referirse a todas las personas que trabajan ahí.

Dependiendo de la C.T., como se trató antes, si es una comunidad solo con profesionales o solo con ex adictos, entonces contará únicamente con ese tipo de miembros en el staff. Cuando se trata de una C.T. mixta, sin embargo, existen los profesionales, vivenciales o monitores, los voluntarios, los educadores terapeutas, los talleristas y el equipo administrativo. También puede haber más personas como jefe y equipo de cocina, guardias, etc. Toda la comunidad está constantemente en contacto entre ellos para poder estar al tanto de absolutamente todo lo que sucede con los participantes y poder tratarlos de mejor manera. Cabe recalcar que una C.T. está abierta las 24 horas al día y los 365 días del año, por lo tanto, siempre hay por lo menos un miembro del staff en la comunidad. Nunca se debe dejar a los residentes de la comunidad completamente solos.

Sea cual fuere la función del miembro del staff dentro de la C.T., es primordial que siempre siga y haga reforzar las reglas establecidas ya que ellos son el ejemplo de los participantes. Juntos forman un clima que favorece la confianza. Es importante que los roles, tanto de los residentes como de los miembros del staff, estén bien definidos porque es la única manera que se puede lograr la eficiencia, sobre todo a nivel laboral. “...el personal es responsable de la administración y la realización de la calidad del programa.”(De León, 2004, p.195)

2.20.1 LOS PROFESIONALES

Los profesionales, como su nombre lo indica, se conforma por personas tituladas y especializadas en una rama y constan de médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta o interventor familiar, entre otros.

“Hay un número creciente de personal profesional convencional (trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, etc.) trabajando en comunidades terapéuticas. Basándose en su educación y en su formación profesional, han ido introduciendo nuevos conceptos, lenguajes y métodos que a menudo contrarían o se rebelan contra los rasgos fundamentales de auto-ayuda de la Comunidad Terapéutica.”(Ibidem, p.29)

2.20.1.1 MÉDICO CLÍNICO

El médico cumple con una función primordial dentro de la C.T.: la de velar por la salud de los participantes por medio de chequeos periódicos, intervenciones y tratamientos. Esta función es de suma importancia ya que “... los adictos han descuidado su cuerpo, han llevado una vida poco sana y han estado en contacto con otras personas que tampoco observan las mínimas normas de higiene y de cuidado...” (Goti, 1990, p.40)

Los psiquiatras son los encargados, así como los psicólogos, de la salud mental pero muchas veces también cumplen la función de médico.

2.20.1.2 PSICÓLOGO CLÍNICO

Los psicólogos se encargan de diferentes funciones dentro de la C.T. En primer lugar, son los que realizan la terapia tanto individual como grupal de los participantes. Por otro lado, están encargados de programar los tratamientos individuales, poniendo énfasis en que éste se cumpla. Tercero, el psicólogo evalúa a los candidatos de la C.T., y contribuye en la selección de sus participantes. Por último, cuando se hace la reinserción, son los psicoterapeutas junto con los trabajadores sociales los que se encargan del seguimiento de los pacientes.

2.20.1.3 TERAPEUTA FAMILIAR

Los terapeutas familiares estudian a las familias de los participantes. Ellos se encargan de ver las disfunciones familiares, evalúan la necesidad de terapia familiar e individual de cada miembro de la familiar y preparan a la familia para recibir al participante una vez terminado su tratamiento. El terapeuta familiar dará terapia y sesiones de asesoramiento a la familia. No se

encarga de los procesos individuales, sin embargo, mediante la comunicación con los otros miembros del staff, se mantiene al tanto de datos que le puedan servir para realizar de mejor manera su tarea.

2.20.1.4 TRABAJADOR SOCIAL

Los profesionales que realizan el trabajo social tienen varias tareas, entre ellas, el trabajo de campo, visitas domiciliarias, establecer contactos con otras instituciones, seguimiento de la reinserción, también se dedican a buscar otras instituciones cuando los participantes no cumplen con el perfil institucional. Una de las funciones más importantes es la del trabajo de campo ya que de esta manera logran establecer contacto con personas del medio así como conocer a fondo el lugar de donde provienen los participantes.

2.20.1.5 TERAPEUTA VIVENCIAL

Estos miembros del equipo técnico han tenido la misma problemática que los participantes, en este caso, también son adictos, pero llevan muchos años recuperados. Por esta razón, son capaces de captar miradas, señales, actitudes, mentiras, etc. que el resto de profesionales probablemente no se percataron que existían y, a su vez, se identifican muy bien con los participantes. Los terapeutas vivenciales demuestran que es posible luchar por lo que uno quiere a pesar de los obstáculos que se le presentan y aunque hayan caído, también han logrado levantarse y recobrar tantas cosas que perdieron, sin embargo, es y será una lucha constante por lo que siempre están esforzándose. Los participantes crean un vínculo especial con los terapeutas vivenciales y, muchas veces, valoran más el trabajo con ellos que con el resto de profesionales.

2.20.2 VOLUNTARIOS

“En la jerga de Comunidad Terapéutica esta denominación incluye a personas que no son profesionales ni ex adictos. No se trata de voluntarios en el sentido estricto de la palabra, ya que son personas contratadas que perciben un salario por el trabajo que hacen.” (Goti, 1990, p.40)

Los voluntarios son personas que eligen trabajar en una C.T., recibiendo capacitaciones previas para determinar si pueden trabajar con los participantes, sus funciones son de acuerdo con las capacidades que tengan y las necesidades de la C.T. Pueden dar talleres de alguna temática específica, ayudar en la C.T. con quehaceres diarios, trabajar con grupos pequeños de participantes, etc.

2.5.1 EDUCADOR TERAPEUTA

La C.T. está estructurada para representar a la familia. El rol de padres y madres corresponde a los educadores terapeutas. Ellos se encargan de asegurar que nada les falte a los residentes. Por lo general, los participantes buscan al educador terapeuta para que los guíe en los problemas del diario convivir dentro de la C.T. El educador terapeuta "...debe potenciar la escucha y el acompañamiento de la persona usuaria, orientados al desarrollo de la autonomía personal y social y no a la generación de nuevas dependencias."(Badi, et al, 2006, p.265) Es responsable de enseñar a los participantes a su cargo todo lo necesario para tener una vida buena fuera de la comunidad, por ejemplo, modales a la hora de comer, aseo personal, respeto hacia los demás, entre otros. También son ellos los que deben asegurarse de que los participantes cumplan con sus tareas y obligaciones y, si no lo hacen, aplicarles los castigos correspondientes.

2.5.2 EDUCADOR NOCTURNO

El educador nocturno y el de fin de semana cubren los espacios con los participantes cuando ya no se encuentran el resto de los miembros del staff.

Durante la noche, el educador nocturno se encarga de los residentes. Es un trabajo complejo que está solo en la C.T. y se debe encargar de todos los participantes así como de las funciones a cumplir. Debe suplir al educador terapeuta, asegurándose que las necesidades de los participantes sean cumplidas, que cenén, duerman a las horas establecidas, desayunen así como también dirigir los encuentros nocturnos. Si ve que una participante necesita de la ayuda de otros miembros del staff, es su obligación como educador solicitarla.

En muchos casos, no existe educador nocturno sino que cada noche uno o varios miembros del staff se turnan con esta función.

2.5.3 EDUCADOR DE FIN DE SEMANA

La función del educador de fin de semana es similar al educador de la noche, es el que se encarga de la C.T. durante los fines de semana. Por lo general, hay talleristas que están algunas horas los sábados y domingos, sin embargo, la mayoría de tiempo, los participantes pasan con dicho educador. El lunes, cuando llegan el resto de los miembros del staff, él se reúne con ellos con la finalidad de contarles todas las novedades.

En algunas C.T., no existe educador de fin de semana sino que uno o varios miembros del staff se turnan con dicha función

2.5.4 EDUCADOR DE CAMPO

El educador de campo se encarga de trabajar en la comunidad de donde proviene la población con la que se trabaja en la C.T. Su trabajo es observar y ponerse en contacto con los moradores del área con el fin de tener un conocimiento más amplio de los lugares que frecuentan y las actividades que realizan los participantes fuera de la comunidad terapéutica. Posteriormente, informarán al resto del staff sobre los datos que han encontrado. Cuando los participantes realicen salidas supervisadas, por lo general lo hacen con un educador de campo.

2.5.5 TALLERISTAS

Dentro de la C.T., se deben dar talleres de diferentes áreas, entre ellos, talleres educativos (de temas de interés para todos), de salud (higiene, enfermedades, cuidado personal, nutrición, etc.), sobre su problemática, psicológicos (maltrato, procesos psicológicos, sobre la familia, temas emocionales, etc.), de oficio (panadería, jardinería, etc.), entre otros. Muchos de estos los pueden dar los miembros del staff, sin embargo, también es bueno encontrar a personas especializadas en los temas. La idea es que cuando vayan los talleristas a la C.T., participen con el resto de miembros de la comunidad en actividades que se hagan ese día así como

también se los invita en ocasiones especiales. El tallerista solo cumple la función de realizar su taller, no tiene más responsabilidades a su cargo.

2.5.6 EQUIPO ADMINISTRATIVO Y DEMÁS MIEMBROS DEL STAFF

El trabajo del equipo administrativo no tiene contacto directo con los residentes, sin embargo, dentro de una C.T., todos participan de los encuentros grupales, almuerzan juntos, van a paseos, etc., por lo que es imposible estar completamente aislados. Por lo tanto, deben tener afinidad para trabajar con esa población. Los otros miembros del staff como los miembros de la cocina, de la limpieza, los guardias, etc., también necesitan poder trabajar en torno a los residentes.

2.6 ETAPAS

“El aprendizaje se desarrolla en etapas, con metas alcanzables que conducen finalmente a la graduación. Los participantes en las Comunidades terapéuticas asumen esta concepción debido a que fusionan las ideas de terapia y aprendizaje, interiorizando la realidad de lo que realmente hacen y experimentan en los programas.”(De León, 2004, p.54)

Por lo general, dentro de la C.T., se trabaja en tres etapas por un periodo de tres meses, sin embargo, ésta no es una regla general y se puede trabajar en las etapas y el tiempo que se piense necesario. Cabe recalcar que cada persona evoluciona de una manera distinta y a un paso distinto por lo que el trabajo debe ser individual y a la velocidad del residente. Debido a la falta de tiempo y al gasto económico que requiere el hecho de estar dentro de la C.T., se han ido reduciendo cada vez más el tiempo de tratamiento. La primera etapa, necesariamente es la admisión a la C.T y la última etapa es la reinserción, dejando las etapas del medio para el tratamiento propiamente dicho.

2.6.1 ADMISIÓN

“En esta etapa del tratamiento se realizan los primeros contactos con la institución.”(Miccarelli, 1997, p.82) El candidato debe demostrar que tiene un deseo verdadero de estar ahí y que va a trabajar para lograr su recuperación. El tiempo que una persona pasa en la etapa de admisión puede variar desde unas semanas a meses, dependiendo

el tipo de tratamiento y de la C.T. Para saber si el nuevo residente realmente desea cambiar, la comunidad va a probarlo de distintas maneras, exigiendo algún cambio físico, que tenga que hacer esfuerzos físicos y/o mentales, etc. Se espera que, en cierta medida, durante esta etapa, se logren ciertos cambios significativos en relación con su conducta, su imagen y su motivación al cambio. Sin embargo, siempre se tiene en cuenta que dichos cambios no son necesariamente permanentes. "... esta domesticación es sin embargo necesaria antes de la inclusión del candidato en el medio comunitario, tan estricto y estructurado."(Goti, 1990, p.52) Cuando estos cambios se hayan incorporado en la persona, estará lista para pasar a las etapas de tratamiento.

Durante esta etapa, se tiene el primer acercamiento con la familia del participante, lo cual es primordial para su recuperación. Lo óptimo sería que la familia también participe activamente en el tratamiento, sin embargo, si la familia no lo desea, se trabaja sólo con el residente animándolo a que siga trabajando en su recuperación.

Se espera que en esta etapa el residente aprenda y siga las normas de la comunidad y socialice, creando una relación de confianza con sus pares y con los miembros del equipo técnico. En un ámbito más personal, se aspira que comience a entender de distinta manera su adicción y se empiece a evaluar. Por último, es necesario que se comprometa con su recuperación y con todo lo que ello trae consigo.

Durante las siguientes etapas, los vínculos que el residente tenía con la droga comienzan a cambiar. Debe llegar a comprender que la adicción, la tentación y el acceso a las drogas siempre van a estar presentes y dependerá únicamente de él si recae. Es el participante quien, a través del tratamiento, creará las defensas necesarias para luchar en esta batalla y para aprender a vivir con la adicción. Con las terapias grupales e individuales, la interacción con el grupo y la estructura misma de la C.T., se espera que se le brinden las herramientas necesarias para trabajar hacia su recuperación.

2.6.2 ETAPAS PROPIAMENTE DICHAS

Durante el proceso de recuperación, el aspirante se convierte en participante y comienza a vivir la experiencia de Comunidad Terapéutica. El residente empieza a ver sus actitudes y las

consecuencias de sus acciones. “Sus hermanos, sus consejeros toda la estructura está puesta a su servicio; será su decisión si quiere quedarse y profundizar o irse.”(Goti, 1990, p.53) Siempre se encontrará apoyado por la C.T., la misma que intenta dar el impulso necesario, aunque el participante no lo vea así, para seguir en el camino de la recuperación.

Para pasar de una etapa a otra, se debe cumplir con ciertos requisitos y haber aprendido ciertos valores fundamentales para su recuperación. Cada etapa significa para el participante muchos logros a su favor y mayor responsabilidad consigo mismo, con sus hermanos de comunidad y con la C.T. en general. Mientras el participante asciende a otra etapa, comienza a tener mayores privilegios, como recibir visitas, tener salidas supervisadas y no- supervisadas, tener subalternos, etc., y esto es parte de lo que le impulsa a seguir adelante.

En la primera etapa, el participante “...será aceptado por la comunidad, se le encargarán tareas, solicitarán su opinión y se criticará duramente cuanto diga.” (Clark, 1982, p.40) Como recién está aprendiendo cómo funciona la C.T, el participante se encuentra cauteloso. Están pasando por problemas de salud debido al síndrome de abstinencia y todavía no está adecuado a los horarios estrictos de las C.T., por lo que se encuentra agotado. Por otro lado, todas las tareas más duras y que algunos ven como degradantes les tocan a los novatos, por lo que se siente inseguro y molesto. En el grupo suele ser retraído y poco cooperativo. En terapia, todavía es difícil abrirse a contar su historia, se pone en la posición de víctima y suele contar las historias de su pasado a medias.

En las etapas intermedias, el participante se encuentra mejor de salud, al subir de etapa también ha subido de rango, por lo tanto tiene a personas bajo su mando. Los privilegios son mayores, ya no se encuentra en total aislamiento del mundo. Trabaja más duro y tiene mayores responsabilidades pero su deseo de trabajar también es mayor. Con el grupo, ha creado vínculos, es más participativo y se esfuerza más por conocer y ayudar al resto. En terapia, es más abierto y empieza a tomar responsabilidad por sus actos. Se inicia el contacto familiar.

Al llegar a la última etapa, el participante comienza a prepararse para egresar de la C.T., toma más contacto con su familia y con el exterior en general, se ha hecho responsable de las acciones y decisiones que ha tomado en el pasado sin pensar en aquello sino esforzándose por disfrutar el presente. Con el grupo, toma la posición de líder, es abierto sobre su pasado, ayuda

a los participantes de otras etapas, alentándoles a salir adelante. En terapia, escucha más, es honesto, se preocupa por su futuro y se esfuerza por prepararse para salir de la C.T. Trabaja terapéuticamente con su familia. “Aprender a vivir con éxito el programa es aprender a vivir efectivamente en el mundo exterior.”(De León, 2004, p.211)

2.6.3 REINSERCIÓN

Esta etapa es la más complicada en el proceso del residente dentro de la C.T ya que se encuentra con una realidad que ha sido evadida por mucho tiempo. La reinserción enfrenta al participante con su pasado, con su adicción y con todo lo que se encuentra fuera de la C.T. Hay participantes que tratan de alargar el proceso de reinserción, sin embargo, “El objetivo último de la C.T. debe ser siempre la reinserción a la sociedad de la cual vino el residente.”(Goti, 1990, p.42) Es un proceso necesario y la prueba real para su recuperación. En las etapas anteriores, el participante fue preparado para esta etapa y se espera que, a partir de ahora, pueda sustentarse sin la necesidad de la comunidad terapéutica. Después de la reinserción, la C.T. hace terapias de seguimiento, asesoramiento, etc., que son, por lo general de tiempo indefinido.

2.7 JERARQUÍA

Dentro de la C.T., existe una jerarquía claramente establecida y por la que se rigen tanto los participantes como los miembros del staff. En primer lugar, está el Coordinador General o Director de la Institución, seguido por el resto de miembros de staff. Posteriormente, están los participantes de la última etapa, luego, los de etapas intermedias y, al último, se encuentran los de la primera etapa. Obviamente, las personas de jerarquías superiores, tienen mayores privilegios y responsabilidades, es común que tenga bajo su mando a personas con tareas y trabajos grupales.

2.8 BITÁCORA

La bitácora es una especie de diario en la que se anota absolutamente todo lo que sucede en la C.T. para mantener informados a todos los miembros del staff. No existen secretos entre los participantes y los miembros del staff. Parte de la filosofía de la C.T. exige que los secretos

sean expuestos, por lo tanto, toda la información debe ser expuesta, salvo lo que se trate en terapia. Es también una excelente manera de recordar sucesos y permite establecer conexiones que posiblemente no fueron notadas en ese momento. La bitácora es de suma utilidad y debe ser tratada con el mayor cuidado. Los participantes no deben tener, bajo ningún motivo, acceso a ella ya que puede ser utilizado de una mala manera.

2.9 HORARIO

Es primordial que en la C.T. exista un horario, el mismo que debe ser rigurosamente obedecido. En él deben constar todas las actividades desde que los usuarios se levantan hasta que se acuestan, inclusive las horas de descanso y de comida son programadas y también se contemplan las horas de terapia y cualquier salida o visita que tenga el participante. “El régimen diario es un sistema de actividades planificadas interrelacionadas y diseñadas para lograr los objetivos clínicos y de autocontrol.”(De León, 2004, p.169)

Como afirma la página web de NIDA(Instituto Nacional de Abuso de Drogas, por sus siglas en inglés) “Las actividades rutinarias requeridas sirven para contrarrestar las vidas característicamente desordenadas de los residentes y enseñarles cómo planificar, fijar y lograr metas, y ser responsables.”(www.nida.nih.gov, 22 de febrero de 2013)

Al tener un horario dentro de la C.T., se contribuye a que ésta siga estructurada y estable. Claro está que no es un horario completamente inflexible, es necesario tener en cuenta que pueden surgir imprevistos y que hay veces que el horario debe alterarse, pero esa debe ser la excepción, no la regla.

2.10 LÍMITES, SANCIONES Y TAREAS

En la C.T., existen normas cardinales y secundarias. Las primeras son aquellas que si se rompen tienen como consecuencia la expulsión del participante de la C.T., por ejemplo, no consumir drogas, no tener relaciones sexuales con otros participantes, etc. Las normas secundarias tienen como consecuencia una sanción, sin embargo, si se infringen algunas normas secundarias, puede resultar en una expulsión.

“Como miembro de la comunidad, se espera que el residente bajo tratamiento se adhiera a las normas de conductas estrictas y explícitas. Estas normas se refuerzan con contingencias específicas

(premios y castigos) dirigidas al desarrollo del auto-control y de la responsabilidad.” (www.nida.nih.gov, 22 de febrero de 2013)

Las normas deben ser claras, por lo tanto no están sujetas a interpretaciones. Todos los miembros de la comunidad terapéutica deben seguirlas, sin excepción alguna y si faltan a una norma, deben estar preparados para recibir la sanción. Es muy importante que en éstas se incluyan todos ya que, cuando se hacen excepciones, se comienza a quebrantar la estructura de la C.T. “Los residentes saben exactamente lo que pueden y lo que no pueden hacer y que cuando no respetan las normas claramente establecidas, recibirán algún tipo de censura, que puede ir desde la reprimenda verbal, hasta la expulsión de la comunidad.” (Goti, 1990, p.69)

Las sanciones son vistas como situaciones de aprendizaje. Es importante que el participante sepa por qué se le ha castigado y busque la manera de interiorizar lo que ha hecho. Si comprende que las normas están hechas para que la C.T. pueda funcionar de una buena manera, se espera que no vuelva a cometer esa falta.

Una de las normas más importantes es que los participantes cumplan todas sus tareas, las mismas que, por lo general, se llevan a cabo dentro de una hora específica del día, comúnmente en la mañana, salvo a los usuarios que les toque tareas específicas (como lavar los platos del almuerzo) que requieran de un horario distinto. “En la Comunidad Terapéutica el trabajo es una actividad fundamental que se utiliza para conseguir la socialización, la recuperación a través de la auto- Ayuda y la vida correcta.”(De León, 2004, p.175)

2.11 ESPIRITUALIDAD

La C.T. trata a la espiritualidad como algo que trasciende a uno mismo. Esto incluye (pero no es limitado) el concepto de Dios. Se trata de respetar las creencias de cada uno y recoge a la espiritualidad como algo fuera de uno mismo pero muy particular. “Es importante que el residente incorpore la creencia en un poder superior (al que le dará el nombre que prefiera) que le acompañará y le dará fuerzas para seguir adelante...” (Goti, 1990, p.49) La espiritualidad también se relaciona con la capacidad de tener fe en el cambio que cada uno puede lograr para que su futuro sea mejor.

De León (2004) señala que:

“El respeto a las diferencias culturales, las creencias religiosas y las afiliaciones de sus miembros se valora, mientras que los dogmas, las prácticas y los rituales religiosos no se recomiendan generalmente mientras los individuos se encuentran involucrados en el programa de tratamiento.” (p.46)

2.12 SALUD

“El cuadro que presentan los individuos al ingresar en una Comunidad Terapéutica se caracteriza por un estado de salud en permanente riesgo y por la crisis social.”(De León, 2004, p.63) Los participantes de la C.T. han pasado mucho tiempo consumiendo drogas que es equivalente al envenenamiento del cuerpo. Por otro lado, han trasnochado, han estado en riñas y no se han alimentado adecuadamente. A pesar de sus malestares físicos, es poco probable que hayan recibido los tratamientos médicos adecuados y, seguramente, se han auto medicado en numerosas ocasiones, por lo tanto, llegan a la C.T. en un estado de malestar no sólo psicológico sino también físico. El médico de la C.T. se encargará de evaluar a los participantes y darles los tratamientos necesarios, sin embargo, la C.T. se asegura de que el participante se mantenga saludable mediante un régimen estricto que incluye la higiene personal diario, una alimentación nutritiva, la ejercitación necesaria y la utilización de medicamentos, cuando sean necesarios.

2.12.1 HIGIENE

Dentro de la comunidad terapéutica, se da gran importancia a la higiene. El aseo personal es lo más básico, por lo tanto, se exige siempre a los participantes estar limpios (lavarse las manos antes de comer, cepillarse los dientes después de cada comida, bañarse todos los días, etc.) así como también estar bien presentados (vestidos con ropa cómoda pero apropiada para el día, estar peinados, llevar puestos medias y zapatos, etc.). Por lo mismo, los participantes deben tener la ropa limpia y, de ser posible, planchada. En la C.T., cada participante lava y plancha su ropa, acto que se realiza en un horario determinado. La presentación es importante ya que, como adictos, seguramente, en algún momento se descuidaron de todo, incluyendo su apariencia y ahora deben volver a preocuparse. Esto es elemental porque la imagen es importante en la sociedad y va a influir a la hora de buscar trabajo y relacionarse socialmente.

Otra parte de la higiene es el aseo de los cuartos y las áreas compartidas. Dentro del cuarto, las camas deben estar tendidas, la habitación y los baños arreglados y limpios. Para los lugares compartidos, el horario de la C.T. estipulará quienes son los encargados de su aseo.

2.12.2 ALIMENTACIÓN

La comida debe ser nutritiva. En el caso de los adictos, han maltratado su cuerpo y el estómago es uno de los más afectados. “El adicto sustituía en gran medida el alimento por las drogas y el alcohol.” (Goti, 1990, p.85), por lo que ahora debe tener horarios para comer, alimentarse de manera saludable y procurar evitar los excesos. Tanto los miembros del staff así como los participantes comen lo mismo, la única excepción sería por razones de salud. Toda la comida es servida en la misma vajilla y bajo las mismas condiciones. Esto les da a todos un sentimiento de igualdad dentro de la C.T.

2.12.3 EJERCITACIÓN FÍSICA

Como parte del cuidado de sus cuerpos, los participantes deben ejercitarse físicamente. Es importante que los residentes tengan una rutina de ejercicio. Poco a poco comenzarán a sentirse más fuertes y saludables. “En la medida en que va aumentando su resistencia y rendimiento físico, aumentan sus deseos de tener un cuerpo ágil y bien conformado.”(Goti, 1990, p.86)

2.12.4 VISITAS AL MÉDICO

Los residentes, por lo general, tienen atención médica dentro de la C.T., pero siempre existirán emergencias, para lo cual, un miembro del staff debe acompañar al participante. Estas visitas se debe tratar en lo posible que sean programadas, sin embargo, la mayoría de estos casos son emergentes, por lo que requerirán de improvisación y alterarán la rutina de la C.T. Es recomendable que el miembro del staff que salga con el residente haga un informe de su salida y nunca olvidarse de escribir estos incidentes dentro de la bitácora. Para las citas que se pueden programar, es preferible tener un día específico para evitar confusiones. Se debe tomar en cuenta que las salidas al médico solo sirven para ese propósito, no son salidas personales

para el usuario ya que éstas solo deben ser desde cierta etapa del proceso de recuperación y con su debida planificación.

2.12.5 UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos deben ser administrados únicamente por el médico o un miembro del staff asignado, el mismo que se debe asegurar que el participante los ingiera en los horarios preestablecidos, con la cantidad exacta y, de ser posible, siempre tener una receta médica. “Solo serán indicados medicamentos relacionados con enfermedades pero nunca como sustitutos de las drogas que los residentes usaban en la calle.”(Goti, 1990, p.87)

Debe existir una ficha sobre la administración de medicamentos que registre los datos del médico, el medicamento, la posología y el horario en el que se registre la ingesta de los medicamentos así como la firma del participante y del miembro del staff que le entrega los mismos.

A continuación, un ejemplo de la ficha de administración de medicamentos.

Ficha de Administración de Medicamentos

Nombre:

Fecha:

Diagnóstico:

Doctor:

Medicamento	Posología

Administración

Fecha	Hora	Medicamento	Firma del Participante	Firma del Supervisor Encargado

2.13 ASESORAMIENTO INDIVIDUAL

2.13.1 ASESORAMIENTO FORMAL

El asesoramiento formal se realiza entre un miembro del staff y el residente a manera de charlas, terapias de grupo e individuales. Este tipo de asesoramiento se da en un ámbito profesional y en horas previamente establecidas, por lo tanto, tienen orden y límites. Siempre debe quedar claro que esta relación es de tipo profesional y no de amistad y, mucho menos, puede llegar a convertirse en una relación amorosa. La idea de este asesoramiento no implica que el profesional se ponga en una posición de saber absoluto sino que sirva como guía para que el participante pueda tomar la mejor decisión.

2.13.2 ASESORAMIENTO INFORMAL

Esta clase de asesoramiento es entre pares, "... se ejerce desde el mismo momento de la llegada a la C.T. a través de la ayuda mutua entre los residentes."(Goti, 1990, p.97) Se aconsejan, se dan fuerzas para seguir con el proceso, e, incluso, si es necesario, les cuentan a

los miembros del equipo técnico si están rompiendo las reglas porque también es ayudarles en su recuperación.

2.13.3 COLOQUIOS INDIVIDUALES

Los coloquios individuales, también denominados entrevistas personales, surgen de improviso en un medio informal y buscan esclarecer conflictos específicos del participante y ayudarle a encontrar alternativas para superar sus conflictos cotidianos dentro de la convivencia comunitaria.

2.13.4 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La psicoterapia individual está altamente estructurada, es siempre previamente programada y en el mismo lugar. A través de la terapia, se pretende que el participante se encuentre con un espacio que le permita la expresión abierta de todo lo que desee y comience a asumir responsabilidad por las acciones que ha tomado en el pasado para que, de ese modo, inicie una nueva etapa de su vida no sólo libre de drogas sino también libre de dolor. Toda la información que reciba el psicólogo es confidencial, es decir, no la puede utilizar en otros espacios.

2.13.5 INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

Dentro de la C.T. se pretende establecer un ambiente de confianza, lo cual no sucedería si los participantes están preocupados por lo que el resto vaya a contar a las personas que están afuera. Los residentes saben que si depositan toda su confianza en sus pares es porque ellos, a su vez, han hecho lo mismo. Esto favorece la confianza, creando así un ambiente que permita la comunicación entre los miembros de la C.T.

Uno de los principios de la C.T. es que no hay secretos en ella. Por lo tanto, "...el sistema de comunicación es abierto y circular."(Goti, 1990, p.91) Todos están en obligación de informar lo que están haciendo sus pares, sobre todo si es algo perjudicial para ellos. No puede haber secretos porque se considera perjudicial para la recuperación.

En varios casos, dentro de los encuentros grupales, se le anima al participante a que exprese lo que siente ante los demás, sin embargo no es obligatorio.

2.14 ASESORAMIENTO GRUPAL

Dentro de la C.T., la mayoría de las reuniones son una agrupación entre los residentes y el staff. “Una C.T. sin grupos determinados no podrá funcionar como tal” (Goti, 1990, p.80), por lo tanto se da prioridad a este tipo de trabajo. Existen bastantes grupos distintos que funcionan dentro de una comunidad terapéutica con diferentes funciones y con fines terapéuticos. Cada grupo funciona de manera particular y tiene sus propias reglas.

2.14.1 TIPOS DE GRUPOS

Los más comunes son:

2.14.1.1 ENCUENTROS

Los encuentros son grupos que se abren diariamente, a la misma hora y en el mismo lugar con la participación de absolutamente toda la C.T., desde los participantes hasta miembros del staff, visitantes, etc. Llevan una rutina específica y sirven para la organización de la comunidad así como para informar sobre los itinerarios y hechos específicos.

2.14.1.2 GRUPO DE APOYO

Los grupos de apoyo funcionan en un ambiente de pares en el que se da apertura para que el participante exprese sus sentimientos, conflictos, dificultades con la finalidad que el grupo pueda sostener, ayudar y comprenderle.

2.14.1.3 GRUPO DE SENTIMIENTO

El grupo de sentimiento, por lo general, se tiene una o dos veces por semana. Se trata de abrir un espacio para hablar exclusivamente sobre lo que los participantes sienten con el fin de encontrar formas de expresión diferentes a las que utilizaban anteriormente que les llevaban al consumo de drogas. “... la expresión abierta de afecto es, sin duda, vital para el proceso terapéutico del grupo.”(Yalom, 1999, p.43)

2.14.1.4 GRUPO DE ENCUENTRO

El grupo se centra en el desarrollo personal, con la finalidad de que la persona tenga un conocimiento más profundo de sí mismo, aprendiendo a expresar sus emociones.

2.14.1.5 GRUPO SONDA

En el grupo sonda se propone un tema específico y se motiva a los participantes a profundizar en él, expresando sus conocimientos, miedos y prejuicios. Esto permite a los miembros del staff comprender lo que está pasando dentro del grupo y conocer qué temas se necesitan trabajar tanto a nivel grupal como individual.

2.14.1.6 GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN

El grupo de autoevaluación intenta evaluar a cada participante mediante los criterios de sus pares. Es un espacio que permite expresar tanto los sentimientos hacia el resto como descubrir lo que piensan de él, así podrá analizar y ver qué es lo que necesita cambiar para mejorar y agilizar su tratamiento. También se evalúa al grupo en general para ver las características disfuncionales que, en colectivo, deben mejorar. “La evaluación propia y grupal de los logros y su reconocimiento desempeñan un papel fundamental en la construcción de la autoestima.”(Goti, 1990, p.84)

2.14.1.7 GRUPO TEMÁTICO

El grupo temático intenta esclarecer un tema en particular que sea de interés y/o conflicto común para los participantes de la C.T. Es una exposición en la que se presentan datos teóricos y objetivos sobre causas y consecuencias del tema a trabajar, los más comunes de los cuales están relacionados con los procesos físicos y psicológicos de los participantes, tales como, el uso de drogas y sus efectos, adicción, síndrome de abstinencia, familia funcional y disfuncional, etc. “la explicación de un fenómeno es el primer paso hacia su control.”(Yalom, 1999, p.33) Al obtener información sobre lo que les sucede, también habrá efectos psicológicos que le permitan no sólo reflexionar sobre lo aprendido sino tener un mejor reconocimiento de sus acciones.

2.14.1.8 GRUPO MARATÓNICO

El grupo maratón tiene una duración entre 16-18 horas con la finalidad de que los participantes bajen las defensas personales y, como resultado, brotarán modificaciones emocionales que de otro modo no habrían surgido. “... tanta es la cuantía de la catarsis, que los miembros del grupo comparten una suerte de “trip”, un viaje a través de los afectos en el que se pretende reelaborar el pasado de cada participante.”(Curso de master en drogodependencia y Sida, 1998, p.61) Estos grupos no son muy prácticos debido al cansancio

tanto físico como mental que sufren los integrantes después de tantas horas, por lo que no se practican tanto como en la década de 1980, sin embargo todavía se aplican en algunas comunidades terapéuticas.

2.14.1.9 PSICOTERAPIA DE GRUPO

“La modalidad terapéutica de grupos ha mostrado ser tan eficaz como la psicoterapia individual, a condición de que los profesionales que la apliquen estén debidamente entrenados.”(Campuzano y Bello, 2004, p.31)

La psicoterapia grupal reúne a varias personas con fines terapéuticos y fomenta la libre expresión mediante una estructura flexible. Con esta terapia se puede esperar que surjan cambios distintos a los encontrados en terapia individual, en parte debido a la posibilidad de recibir opiniones no sólo del terapeuta sino de sus pares, además todos contribuyen para que el participante se dé cuenta de aquello que debe cambiar. Dentro de un grupo se desarrollan competencias para trabajar en equipo, las mismas que ayudarán a los participantes a relacionarse de mejor manera no solo entre sí, también con las personas cercanas a él fuera del grupo. Muchas de las técnicas que se aplican dentro de un grupo son parecidas a aquellas que se encuentran dentro de una C.T. como presión de los pares, autoayuda y autoayuda mutua, etc.

2.15 PROYECTO PERSONAL

El proyecto personal se elabora con el fin de saber lo que el participante aspira para su futuro. Éste debe ser realista, tomando en cuenta los objetivos que el usuario tiene así como los medios con los que piensa alcanzarlos. El proyecto personal se evaluará cada cierto tiempo para ver si se ha logrado cumplir con los objetivos previamente establecidos y también poder modificarlo según las necesidades actuales del participante.

2.16 LA CONFRONTACIÓN

La confronta es el elemento más importante de la comunidad terapéutica, el resto de elementos son considerados requisitos previos para llegar a este punto ya que conlleva sentimientos muy fuertes y emotivos que luego se pueden trasladar a la terapia. El grupo de confrontación pretende que un participante tenga la oportunidad de hablar con uno o algunos de sus pares

sobre algo que le haya molestado, se lo realiza con un fin terapéutico tanto para el confrontante como para el confrontado. Como todo dentro de una C.T., la confrontación es algo debidamente estructurado y ordenado, por lo mismo tiene todo un procedimiento a seguir. El participante debe pedir por escrito a quién y por qué desea confrontar y los miembros del staff decidirán si es o no pertinente aceptar esta solicitud. Posteriormente, se reúne a todos los miembros de la C.T. para la confrontación. El confrontante invita al confrontado a pararse y dice lo que quiere sin interrupción alguna. Cuando termina de hablar, el confrontado tiene la oportunidad de defenderse y, por último, de pedir perdón. El resto de la comunidad felicita al confrontante y al confrontado por tener el valor de hacerlo ya que “Es doloroso confrontar y ser confrontado aunque ayude a restablecer la salud. Se necesita mucho coraje para autoconfrontarse y para aceptar el confronto de los demás.”(Goti, 1990, p.76) Luego, el terapeuta hace un cierre y el confrontado se da la mano o se abraza con el confrontante.

2.17 AÍSLAMIENTO DE ESTÍMULOS EXTERNOS A LA COMUNIDAD

“La C.T. funciona como una micro sociedad, cerrada parcialmente en sí misma y protegida del mundo exterior de distintas maneras.”(Goti, 1990, p.93) Con el aislamiento se logra intensificar factores como presión de los pares, cohesión grupal, autoridad, confrontación, etc., ya que estos son más efectivos cuando no hay contacto con el mundo fuera de la C.T. Por otro lado, permitirá a los participantes concentrarse en su recuperación sin las presiones de la sociedad, pero, es un proceso difícil y, muchas veces, se sentirán como encarcelados. Al inicio del tratamiento, el aislamiento es total y, gradualmente, éste se irá parcializando hasta llegar a la reinserción.

2.18 CONTACTOS SUPERVISADOS CON EL EXTERIOR

Como se dijo anteriormente, el aislamiento es necesario por un tiempo, sin embargo el participante no puede vivir en la burbuja protectora de la C.T. para siempre sino que debe comenzar a reintegrarse a la sociedad y este proceso se da paulatinamente. Por lo general, los primeros contactos con el medio del participante son abrumadores y pueden resultar en una

recaída, es por esto que los miembros del staff, por lo general los educadores de campo, supervisan estos pasos iniciales hacia la reinserción.

2.19 COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y FAMILIA

En países como el nuestro, en el que la vinculación familiar es alta, el involucramiento de la misma en la recuperación también lo debe ser. Cuando el participante salga va a necesitar del apoyo de su propia familia, si no desea participar, no hay como obligarle y será necesario trabajar con esa falta. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la familia también participará en este proceso.

2.19.1 AUTOAYUDA

Se refiere a la ayuda que los padres han buscado fuera de la C.T. en distintos lugares, libros, grupos, psicólogos, amigos, etc. Por lo general, gracias a esta ayuda, los familiares intervienen para que el adicto ingrese a la C.T.

2.19.2 ASESORAMIENTO Y TERAPIA FAMILIAR

Es importante que la familia del participante participe en el proceso de recuperación ya sea dentro o fuera de la C.T. para estar preparados para recibirlo nuevamente. Es recomendable que la terapia se inicie desde el ingreso del participante a la C.T. Este tipo de terapia es muy importante sobre todo en el trabajo con adolescentes y jóvenes quienes todavía conviven con sus padres porque se necesita que ellos también cambien su dinámica familiar y se preparen para vivir con adicto en recuperación. Para el cónyuge también es de primordial que asista a la terapia familiar y/o de pareja ya que lo más probable es que el residente vuelva con su pareja cuando su tratamiento culmine.

“... la familia de cada residente es incluida en el tratamiento, se le ayuda en el proceso de reeducación para que modifique las conductas inadecuadas, y para que pueda fijar límites precisos y definidos.”(Miccarelli, 1997, p.80)

3. UN MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA ADOLESCENTES DE LA CALLE

3.1 INTRODUCCIÓN

En esta sección del trabajo de disertación, se pretende tomar los elementos esenciales puntualizados en el capítulo anterior para describir un modelo de comunidad terapéutica apta para trabajar con adolescentes en situación de calle cuyo propósito será la reinserción social de los mismos.

3.2 TIPO DE C.T.

Esta C.T. será pública, mixta, no- religiosa y de tipo jerárquico.

3.3 FILOSOFIA

A través de este espacio se intentará acoger a los participantes con la finalidad no sólo de poder hacer de ellos miembros activos de la sociedad, sino también de instaurar valores importantes que les permitan llevar una vida ética. Deberá aprender que mediante la corrupción, sea pequeña o grande, pueden lograr tener muchas cosas de valor pero causando mal a otros. La falta de ética en esta Comunidad Terapéutica será intolerable.

También se utilizará la filosofía escrita y no escrita de la comunidad terapéutica como herramienta que permita describir la razón por la que están en la C.T.

3.4 VISIÓN

Comunidad Terapéutica, “Adolescentes en situación de calle” , en el año 2018 será una organización sólida y de ayuda permanente a las personas afectadas por el alcoholismo, drogadicción y diferentes causas que afectan al buen vivir de la niñez y juventud de todos los sectores de Quito que hayan tomado la decisión de crear un futuro diferente.

3.5 MISIÓN

Brindar un espacio a los adolescentes varones en situación de calle entre catorce y diecisiete años de edad que pertenezcan a los grupos que están alrededor del parque El Arbolito y adictos a las drogas que les permita mejorar sus condiciones de vida y desarrollarse éticamente con la ayuda de profesionales de distintas áreas capacitados para trabajar con esta población con el propósito de lograr la reinserción social.

3.6 PERFIL Y DURACIÓN

Dentro de esta comunidad terapéutica se tratará en forma residencial alrededor de quince y veinte varones adolescentes entre catorce y diecisiete años de edad que pertenezcan a los grupos que circulan por el parque El Arbolito de la ciudad de Quito y sean drogodependientes. El tratamiento residencial tendrá una duración de nueve meses, tres meses por etapa. Cada etapa de la C.T. contará con aproximadamente seis participantes. Se admitirán nuevos participantes cada tres meses

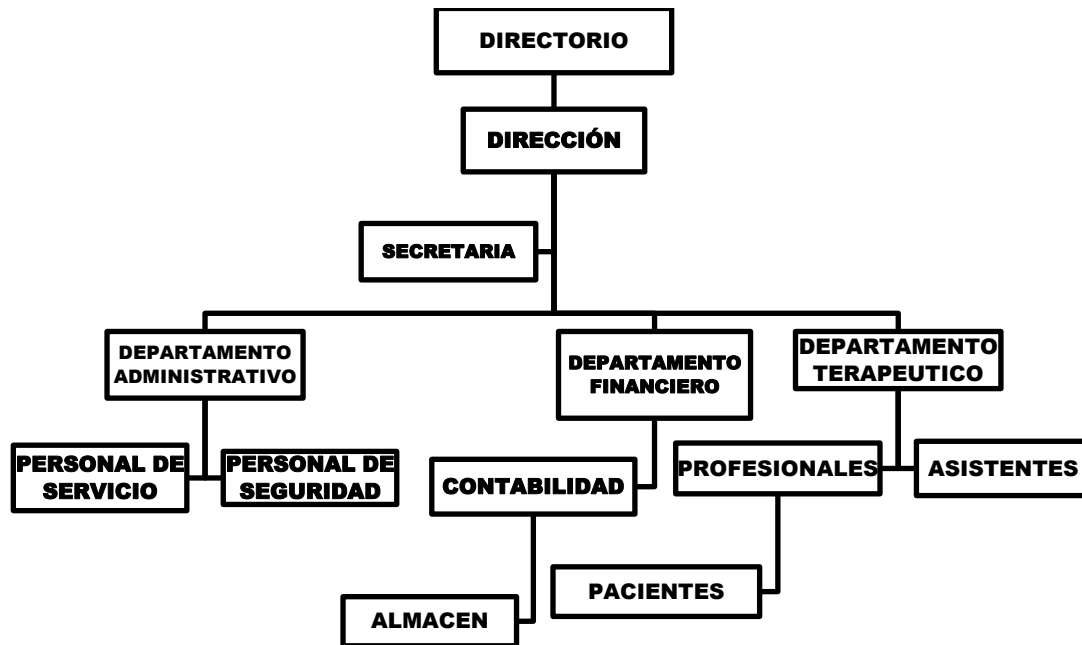
3.7 ESTRUCTURA FÍSICA

Esta comunidad terapéutica deberá tener el espacio necesario para poder trabajar con veinte adolescentes de manera residencial. Contará con veinte camas, habitaciones con suficiente espacio para que cada residente pueda guardar sus pertenencias, baños compartidos, cocina, comedor, áreas verdes, sala de uso múltiple, espacio para los miembros del staff, salones para sesiones grupales y consultorios para tratamientos individuales.

3.8 ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y EL STAFF

“La práctica profesional de la rehabilitación psicosocial aparece como el desarrollo sistematizado de una función mediadora entre el usuario y sus propias dificultades y capacidades, la familia y el entorno.”(López, 2006, p.263)

3.18.1 ORGANIGRAMA



La Comunidad Terapéutica, estará conformada orgánicamente por los siguientes niveles y con las siguientes funciones generales:

3.18.1.1 NIVEL DIRECTORIO

Estará representado por un Presidente, nombrado por los socios activos y voluntarios, quienes pertenecerán al Directorio y se registrarán de acuerdo a los Estatutos y Reglamento Interno de la Organización.

3.18.1.1.1 DIRECTORIO

Estará representado por un Presidente, nombrado por los socios activos y voluntarios, quienes pertenecerán al Directorio y se registrarán de acuerdo a los Estatutos y Reglamento Interno de la Organización.

3.18.1.1.2 DIRECTORA

Será quien dirigirá la organización en calidad de ejecutivo de todas las actividades de la Comunidad Terapéutica, de acuerdo a lo dispuesto en el Estatuto.

3.18.1.2 NIVEL AUXILIAR

3.18.1.2.1 SECRETARIA

Realizará todas las labores establecidas por el Reglamento de la Organización y actuará como tal tanto en el Directorio, como en la Dirección General de la Institución.

3.18.1.2.2 DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

Se encargará de programar el desarrollo administrativo– institucional que permita alcanzar los objetivos de la C.T., así como también preparará el Reglamento Interno de la Institución y ponerlo a consideración del Directorio para su aprobación. Otra tarea será desarrollar sistemas y procedimientos Técnico- Administrativos para ser implantados en la Comunidad. Tendrá a su cargo la administración de recursos humanos de la Comunidad y reportará a la Dirección diariamente las novedades que se presenten.

Elaborará la Proforma Presupuestaria Anual a ser aprobada, ejecutará, registrará y elaborará los informes financieros mensuales de la institución; así como también, el Informe Anual Financiero a ser presentado al Directorio. Por otro lado, brindará asesoría financiera a la Dirección para la toma de decisiones.

3.18.1.2.3 DEPARTAMENTO FINANCIERO

Elaborará la Proforma Presupuestaria Anual a ser aprobada, ejecutará, registrará y elaborará los informes financieros mensuales de la institución; así como también, el Informe Anual Financiero a ser presentado al Directorio. Por otro lado, brindará asesoría financiera a la Dirección para la toma de decisiones.

3.18.1.2.4 PERSONAL DE SERVICIO

Estará constituido por empleados que tendrán a su cargo las labores de alimentación, mantenimiento y aseo de la C.T.

3.18.1.2.5 PERSONAL DE SEGURIDAD

Estará constituido por guardianes y porteros, a fin de cuidar de las personas que laboran en la institución y de los participantes.

3.18.1.3 NIVEL OPERACIONAL

3.18.1.3.1 DEPARTAMENTO TERAPÉUTICO

Desarrollará planes y programas de rehabilitación de los pacientes. Estará compuesto por el personal profesional, asistentes, voluntarios y talleristas, quienes cumplirán sus funciones de acuerdo al Reglamento Interno de la Institución.

3.18.1.3.2 PARTICIPANTES

Los pacientes, como objetivo fundamental de la existencia de la Comunidad, firmarán un contrato con la Comunidad Terapéutica a fin de que se sometan a cumplir con prácticas de terapias así como de tareas, tales como el aseo y limpieza personal y de la C.T., lavado de su vestimenta, y, bajo control y supervisión, prepararán sus propios alimentos.

3.19 ENTRENAMIENTO Y CUIDADO DEL STAFF

Mediante el entrenamiento y cuidado de los miembros del staff se procurará tener un equipo fuerte que permita que los objetivos de la C.T. se cumplan de forma efectiva. “Si los miembros del personal cambian muy a menudo, están muy divididos entre ellos o tienen graves dificultades de comunicación, no pueden llegar a construir un equipo eficaz.”(Clark, 1982, p.41-42) Por lo tanto, se trabajará de manera constante en buscar no sólo del bienestar de los participantes sino también del staff.

En primer lugar, será necesario que toda persona que quiera trabajar en la C.T. se someta a un entrenamiento previo que dure por lo menos un mes. Durante este tiempo, deberá trabajar en la calle bajo la dirección de los educadores de campo con el fin de conocer de donde proviene la población con la que se trabaja. Posteriormente, conocerán todo el funcionamiento de la C.T. así como también las dificultades con las que se trabaja diariamente. Luego, decidirá si desea tomar este trabajo. Esto es necesario porque no se puede cambiar constantemente a los miembros del staff.

Segundo, el equipo estará capacitándose constantemente para poder estar al tanto de nuevas técnicas en sus respectivas ramas de trabajo, saber qué tipo de trabajo realizan sus compañeros y, por último, estar continuamente en conocimiento de la población con la que se trabaja.

“...es a partir de la comprensión del problema que podremos diseñar estrategias efectivas para apoyar a esta población.”(Llorens, 2005, p.83)

El trabajo con esta población causará fatiga y estrés, por lo mismo, los miembros del staff trabajarán no más de 50 horas semanales. Se les pagará el sueldo puntualmente y las vacaciones de cada miembro del staff serán previamente planificadas y dadas sin retraso alguno. Si es necesario, podrán tener terapia o sesiones de supervisión, las mismas que la C.T. podría pagar parcialmente. La salud física de los miembros del staff también es importante y podrán visitar al médico de la C.T. previa cita.

Los miembros del staff, que por cualquier motivo tengan diferencias personales, de todos modos, deberán mostrarse como una entidad unida ante los participantes. Todas las decisiones y las sanciones que se impongan en la C.T., serán respetadas por todo el staff. No puede haber división ni contradicciones entre los miembros del staff ya que si los participantes notan esto, podrán aprovecharse de la situación y la comunidad dejará de ser terapéutica.

Como señala Llorens (2005):

“...todo el personal coincide que la relación directa con los niños es de por sí una recompensa invaluable. Al pasar de las resistencias y las diferencias a la aceptación y la confianza se genera relaciones humanas sumamente intensas emocionalmente y capaces de proporcionar cambios mutuos.”(p.297)

3.20 ETAPAS Y JERARQUÍA

Dentro de esta C.T., el tratamiento residencial tendrá una duración de nueve meses. Previo a este tratamiento habrá una etapa de pre- comunidad. La C.T. abrirá sus puertas a nuevos participantes cada tres meses.

3.20.1 PRE. COMUNIDAD

Esta fase durará aproximadamente de uno a tres meses. Se tratará de un trabajo completamente fuera de la C.T. Los educadores de la calle, conjuntamente con la trabajadora social se familiarizarán con el espacio alrededor del Parque El Arbolito, estableciendo un contacto con los posibles participantes de la C.T.

En un inicio, el trabajo será simplemente observar y comenzar a reconocer el espacio: tiendas, restaurantes, personas que frecuentan el área. Se llevará un diario en el que anoten los

acontecimientos más importantes del día, una ficha de contactos establecidos en el sector⁴ y una ficha de posibles candidatos⁵. Posteriormente, se hará el primer acercamiento hacia los adolescentes, explicándoles quiénes son y cuál es el propósito. A partir de este momento, se conversará con ellos, obteniendo información relacionada con los lugares que frecuentan y las actividades que realizan. Luego, los educadores de calle comenzarán a llenar las fichas individuales de los posibles candidatos. Posteriormente, se realizarán actividades con los participantes, las mismas que tendrán fines educativos y serán planificadas con anterioridad. Después de un largo tiempo, conociendo a los candidatos y considerando que están listos para ingresar a la C.T., se procederá a hacerles la invitación formal para ser parte de la misma. Si ellos aceptan, se comenzará a prepararles para el momento de admisión, llevándoles a una entrevista previa con un miembro del staff. Cuando llegue el tiempo de admisión, los educadores de campo les llevarán a la C.T.

3.20.2 ADMISIÓN

“El objetivo específico de la etapa de admisión es el de identificar a aquellos cuyo ingreso resulta impropio de manera manifiesta, y el de preparar a los demás para el tratamiento residencial a largo plazo.”(De Leon, 2004, p.245)

La etapa de admisión se abrirá cada tres meses. Primero se realizará una entrevista con los candidatos que los educadores de campo hayan elegido. Se llenará la ficha de admisión⁶, la misma que luego será evaluada por todo el staff para decidir si será o no admitido el candidato. Una vez aceptada la solicitud, se procede a explicarle las normas de la C.T., “Desde el principio se propone al candidato exigencias de un comportamiento nuevo y diferente...” (López, 2006, p.20)

Posteriormente, se le pedirá que firme un contrato de admisión⁷ y un contrato terapéutico⁸, los mismos que explican detalladamente las normas, la duración y la interrupción del tratamiento cuando lo considere necesario, tomando en cuenta que si lo hace, podrá volver a la C.T.

⁴ Anexo 1

⁵ Anexo 2

⁶ Anexo 3

⁷ Anexo 4

⁸ Anexo 5

únicamente después de pasar otra vez por la etapa de pre- comunidad. Por último, se le entregará una copia de los contratos y se confiscará todo lo que traiga del exterior. Es aquí cuando ingresará a la primera etapa.

3.20.3 PRIMERA ETAPA

La primera etapa tiene una duración de tres meses. Durante esta fase, el participante no podrá salir de la C.T., salvo en salidas grupales. Deberá aprender y seguir las normas de la comunidad. Será asignado un educador terapeuta, el mismo que le entregará implementos de aseo personal, ropa y una carpeta con las normas institucionales. Tendrá un examen médico completo y, si tiene alguna enfermedad, recibirá tratamiento. Comenzará a comer saludablemente y en horarios preestablecidos por la comunidad. Se le realizará una evaluación psicológica e iniciará su tratamiento psicoterapéutico. El trabajador social tratará de contactar a la familia y de obtener más información sobre el residente. Recibirá una evaluación psicopedagógica y, de ser necesario, un tratamiento. Tendrá reuniones individuales y grupales con el terapeuta vivencial. Los talleres que tendrá en esta etapa están relacionados con higiene personal, adolescencia, valores y sobre los límites y las normas de la institución. Asistirá a todos los grupos terapéuticos y se le emparejará con un participante de la tercera etapa para que le ayude a acoplarse al medio. Todos los días, realizará su aseo personal y tendrá limpia su habitación, ordenada y tendida la cama. En esta etapa las tareas del participante serán el aseo de baños, cocina y áreas de uso colectivo, poner los cubiertos en la mesa y lavar los platos.

“Será mantenido en actividad y en el transcurso de un día, se sentirá animado y alegre, furioso, perplejo, provocado y confuso.”(Clark, 1982, p.40) Físicamente, los participantes se sentirán agotados, estarán pasando por el síndrome de abstinencia y suelen tener insomnio. Extrañarán la libertad de la calle y no están acostumbrados a normas, límites y tareas a realizar, por lo que se podría mostrar poco cooperativos y molestos. Los jóvenes en etapas mayores, que en la calle eran sus iguales, serán sus superiores y deberán seguir ciertas órdenes de ellos, lo que puede resultar difícil. En grupo, serán poco participativos, constantemente se sentirán atacados y se encontrarán confrontándose con sus pares en todo momento. Debido a que suelen tener historias inventadas sobre su pasado, en terapia no dirán la verdad o hablarán poco. Presentarán ansiedad por consumir drogas y volver a la calle, por esto, el nivel de deserción del programa será alto.

Al cabo de tres meses se hará una ceremonia en la que todos pasan a la siguiente etapa.

3.20.4 SEGUNDA ETAPA

La segunda etapa también tiene una duración de tres meses y comienza con la culminación de la primera.

El educador terapeuta le entregará nuevos implementos de aseo personal y dos cambios de ropa, junto con ropa interior y un par de zapatos. Se realizará nuevamente una evaluación médica para estar al tanto de la salud del participante. Continuará con su tratamiento psicológico y realizará un esquema de metas a cumplirse en su estadía en la C.T. Si se ha contactado con la familia y existe apertura para trabajar, el participante comenzará a tener contacto telefónico con ella. De ser posible, la familia comenzará a reunirse con el terapeuta familiar.

El participante iniciará un proceso de alfabetización y nivelación escolar. Comenzará a recibir talleres de cocina, arteterapia y escritura creativa así como de primeros auxilios, adicción, sexualidad y valores. Todos los días estará aseado y su cuarto limpio y ordenado. Sus tareas serán: asistente de cocina, cuidado de las plantas y de las mascotas, limpieza de patio y jardines, ayudante a jardinero, asistente de talleres.

El participante tendrá salidas supervisadas por dos horas semanales a donde desee, acompañado de un educador de campo. Las salidas no podrán ser por la noche y se harán únicamente si ha cumplido todas sus tareas y no hay quejas por parte del staff. Previo a la salida, deberá presentar una solicitud⁹ detallando a dónde va a salir y por qué.

“El proceso es largo y difícil pero sabe que la comunidad lo apoya y lo quiere y que debe atreverse a avanzar más profundamente en su autoconocimiento.”(Miccarelli, 1997, p.83) Físicamente, el participante se encontraría en buenas condiciones y estará acoplado a los horarios de la C.T. Tendrá un conocimiento profundo de las normas y las seguirá la mayoría del tiempo. En grupo, participará más, entendiendo la necesidad de confrontaciones terapéuticas y asumiendo responsabilidad por sus actos. Se involucrará más en su tratamiento terapéutico y comenzará a hablar sobre su pasado y su familia, todavía hay resistencia. La

⁹ Anexo 6

ansiedad de consumir drogas y dejar el tratamiento habrá disminuido, por lo tanto, el nivel de deserción será menor.

Al cabo de tres meses, se hará una ceremonia de ascenso a la tercera etapa.

3.20.5 TERCERA ETAPA

Esta etapa tendrá una duración de tres meses. El educador terapeuta le entregará al participante nuevos implementos de aseo personal, prendas de vestir y las pertenencias que fueron confiscadas en su ingreso, salvo las que presenten una violación a las normas de la institución. Se le realizará una evaluación médica y psicológica. En terapia, se iniciará el proyecto de vida. El participante y el trabajador social, comenzarán a buscar opciones para su reinserción y, si puede volver con su familia, se iniciará un tratamiento intensivo con ella, donde se involucrarán tanto el trabajador social como el terapeuta familiar y los psicólogos. Podrá pasar un día los fines de semana con su familia. El adolescente iniciará un proceso escolar y tendrá salidas semi- supervisadas y, luego, no- supervisadas. Continuará con los talleres de la segunda etapa y comenzará talleres de responsabilidad, competencias emocionales, presentación personal, creatividad y expresión de sentimientos así como talleres ocupacionales y de oficios como panadería, metal mecánica, fotografía y plomería. Aumentarán sus sesiones con el terapeuta vivencial. Tendrá a su cargo a un participante de la primera etapa, que tendrá que orientar y presentará un informe semanal¹⁰ sobre sus experiencias con el novato. Sus responsabilidades incluirán la limpieza de su cuarto, el aseo personal y tareas específicas dadas por los miembros del staff.

Sus tareas serán supervisor de cocina, supervisor de limpieza de áreas de uso comunal, supervisor de limpieza y cuidado de patios y jardines, asistente de talleres. Al ser supervisores, tendrán bajo su mando a participantes de la primera y segunda etapa y estarán conscientes de que, si no se cumple con los requisitos de su área de supervisión, la sanción recaerá sobre él, por lo tanto, deberán trabajar para que su equipo colabore y encargarse de sancionar a aquellos que no lo hagan, hecho que será supervisado por el educador terapeuta.

Físicamente, el participante se encontrará en buenas condiciones. No sólo seguirá las normas sino que hará que el resto las cumpla. Tolerará mejor la frustración, sin embargo, muchas

¹⁰ Ver anexo 7

veces perderá la paciencia con su novato. Se enojará con aquellos que no siguen las normas y los confrontará. Buscará la guía de los miembros del staff para sus problemas diarios. En grupo, participará de manera activa y, en muchos casos, los liderará. Se encontrará más abierto en el proceso psicoterapéutico y presentará sus dudas y miedos en relación con su reinserción. Comenzará a buscar alternativas para cuando salga de la C.T. Su nivel de ansiedad hacia el consumo de drogas será bajo y habrá poca probabilidad de deserción del programa. Antes de culminar esta etapa, el participante habrá tomado la decisión sobre a dónde va a ir y qué va a hacer cuando salga de la C.T. Es de suma importancia que esté completamente preparado para lo que viene y así disminuir la probabilidad de recaída.

Al cabo de tres meses, se realizará la ceremonia de egreso de la comunidad terapéutica.

3.20.6 REINSERCIÓN

“Es la etapa más difícil, ya que debe salir del medio protegido de la comunidad y enfrentarse con el medio exterior...”(Miccarelli, 1997, p.85) Es inevitable el momento de egresamiento de la C.T. Se da para evitar la institucionalización y que cada paciente pueda comenzar una nueva etapa de su vida.

En la tercera etapa, se deberán explorar todas las opciones de reinserción social del participante, las mismas que se presentarán al muchacho con el fin de que tome la decisión que el piense sea la mejor.

Como George De León (2004) afirma:

“Los individuos que han completado el programa han permanecido apartados de las drogas y el alcohol, tienen un trabajo, van a la escuela o se forman como aprendices y han resuelto los impedimentos circunstanciales (acomodación, salud, familia, cuestiones legales). Psicológicamente, revelan una desaparición significativa en los niveles y síntomas de la depresión, y muestran una apariencia positiva. Su compromiso con el proceso de recuperación es firme; aceptan la necesidad de continuar trabajando en las áreas problemáticas particulares y en sí mismos en general.” (p.257)

Se procurará que la primera opción sea la de retornar a su familia, sin embargo, hay casos en los que esta no es una solución viable. También podrá ser adoptado por personas responsables que se hayan sometido a terapia y a una preparación previa. Por otro lado, si estaría cerca de su mayoría de edad, se podrá optar por comenzar a trabajar y buscar un lugar para vivir, de

preferencia con personas que puedan influir de manera positiva en su vida. Se podrá también buscar casas de medio camino donde el grupo de egresados puedan vivir juntos bajo la supervisión de la C.T. y apoyarse mutuamente.

3.21 HORARIO

“El tiempo es también una manera de ofrecer seguridad. Los jóvenes que han vivido dentro de una familia violenta han estado expuestos al desorden y a la inseguridad. El poder de establecer rutinas en conjunto, fijar con anticipación las actividades a realizar, en vez de ir improvisando, es una manera de que el niño pueda comenzar a incorporar la sensación de que el mundo es un poco más predecible.”(Llorens, 2005, p.148)

El horario se llevará al cabo de manera estricta y sin cambios, salvo cuando acontezca una emergencia.¹¹

3.22 LÍMITES Y SANCIONES

3.22.1 NORMAS CARDINALES

- No se permite consumir ningún tipo de droga.
- No se pueden realizar acciones que atenten contra la seguridad física y/o psicológica de los miembros de la C.T.
- No es permitido tomar objetos que no le pertenecen sin permiso previo del dueño.
- No se permite tener relaciones sexuales con otros participantes o con algún miembro del staff.

Cualquier violación de estas normas, lleva a la expulsión del participante de la C.T.

3.22.2 NORMAS SECUNDARIAS

A continuación, se expone las normas secundarias y, en el caso de no obedecerlas, sus respectivas sanciones.

¹¹ Ver Anexo 8

Normas	Sanciones
Respetar a los miembros del staff y a los participantes.	Pérdida del derecho a la salida semanal
Realizar todas las actividades estipuladas dentro del horario en el tiempo que están establecidas.	Pérdida de privilegios por dos días
Realizar las tareas personales.	Pérdida de privilegios
Tener su espacio personal limpio y ordenado.	Pérdida del derecho a la salida semanal
Estar aseado y vestido con camiseta, pantalón, medias y zapatos todos los días.	Una tarea extra por una semana
No se permite agresiones físicas.	Pérdida del derecho a las salidas semanales por un mes Una tarea extra por un mes
No desperdiciar la comida.	Pérdida del derecho a los postres por un mes
No puede quitar la comida a otros participantes.	Pérdida del derecho a los postres por un mes

Cuando una norma es infringida varias veces, se aumenta el castigo.

Cuando una norma es infringida 5 veces o el participante ha infringido 5 normas en una semana, al participante se le presentará una advertencia por escrita¹² en la que se le explicará que si sigue sin obedecer la norma, será expulsado de la C.T.

¹² Anexo 9

3.23 TAREAS

Las tareas de la C.T. serán asignadas según la jerarquía de los participantes y la necesidad de la C.T.

3.24 ESPIRITUALIDAD

Esta C.T. no será religiosa, por tanto, no se rendirá culto a ninguna deidad de manera colectiva, pero un participante lo puede hacer si lo desea durante su tiempo libre. Se intentará brindar mayor contacto con la naturaleza así como también enfocarse en la meditación.

Más allá del contacto religioso, también se enfocará en valores como el respeto, la honestidad y el esfuerzo. Cada persona dentro de la C.T. deberá incorporar los valores enseñados a su diario convivir.

3.25 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Las sesiones de psicoterapia se darán dos veces por semana en un horario previamente establecido. Se tratará como psicoterapia breve, la misma que se centra en una sola problemática a la vez.

3.26 GRUPOS DENTRO DE LA C.T.

Los grupos serán establecidos en el horario de los talleres, encuentros y terapias grupales. Cuando se trata de psicoterapia de grupo, se dará en un horario preestablecido.

3.27 AISLAMIENTO DE ESTIMULOS EXTERNOS A LA COMUNIDAD Y SALIDAS SUPERVISADAS

Para cualquier persona en una C.T. va a ser difícil encontrarse en un lugar donde no pueda salir, para los adolescentes de la calle es mucho peor ya que se encuentran todo el tiempo en la libertad de las calles y, dentro de la comunidad terapéutica, se sentirán encarcelados. Es por esto que se planificarán salidas grupales cada semana y tener un pequeño contacto con el

exterior. En la segunda y tercera etapa se les permitirá salir, en un principio, en compañía del educador de campo y luego bajo su propia responsabilidad.

3.28 TRABAJO CON LA FAMILIA

Como se dijo previamente, no siempre va a ser fácil ponerse en contacto con la familia de los participantes y esto podría ser un obstáculo en la recuperación. Por lo tanto, se deberá intentar, por medio de los trabajadores sociales y los educadores de campo, todo lo posible para contactar a la familia y obtener información sobre el participante. Si la familia puede, iniciará un proceso terapéutico para volver a recibir al adolescente en su hogar. Si esto no es posible, se tendrá que buscar otras opciones de reinserción.

4. CONCLUSIONES

En este proyecto de investigación se ha diseñado un modelo de comunidad terapéutica específico para adolescentes varones entre 14 y 17 años de edad, en situación de calle, consumidores de drogas y pertenecientes a los grupos que se encuentran alrededor del Parque El Arbolito en la ciudad de Quito. El esbozo se realizó mediante la metodología de Comunidad Terapéutica así como también estudiando de manera específica a los adolescentes en general y a los que están en situación de calle de forma particular.

La adolescencia es una etapa de transición, en la que el niño se convierte en adulto. Conlleva con si tanto cambios físicos como psicológicos y sociales que lo preparan para el siguiente período de su vida. Este hecho causa, muchas veces, conflictos y malestar en la familia. La idea es que el adolescente termine esta etapa iniciando su emancipación.

Este proceso es distinto para los adolescentes en situación de calle, ya que ellos dejan su hogar mucho antes de culminar la adolescencia, hecho que se da por diversas razones, tales como, abandono, maltrato, influencia de otros, etc. La calle se convierte a su vez en un lugar de libertad completa, donde juegan, ganan dinero y no rinden cuentas a nadie, así como también de indefensión, no tienen a nadie que les cuide, están ellos solos frente al mundo. Juegan, roban, hacen malabares, se drogan y forman grupos heterogéneos con otros jóvenes. Van y vienen de sus casas, es así como viven por mucho tiempo. Es probable que vayan de institución en institución, sacando provecho de lo que necesitan en ese momento.

Una persona que tiene una dependencia física y/o psicológica a las drogas se lo puede considerar un adicto. La adicción como tal se da cuando el consumo impide que la persona cumpla las actividades que normalmente realiza. La mayoría de adictos a las drogas tienen ciertas características en común como la impulsividad, el gusto por la gratificación inmediata, mentiras y manipulación, estado de salud deplorable, inseguridad, querer olvidar su sensación de malestar por medio del consumo de drogas, etc. Estos individuos, muchas veces, tienen que llegar a pasar por una experiencia fuerte para buscar ayuda con respecto a su adicción.

En una comunidad terapéutica o C.T. los participantes entran voluntariamente. Se trata de una modalidad de trabajo con adictos en la cual se trata de imitar a la sociedad de la cual provienen los participantes. Es un espacio muy organizado y tiene una estructura bastante rígida en la

cual los residentes trabajan juntos en torno a su recuperación. En la C.T., se da mucha importancia a los grupos y se trabaja con la idea de poder decir todo lo que sienten y piensan con el fin de poder comenzar a sanar. El trabajo residencial se da por etapas, las cuales comienzan con la admisión y necesariamente terminan con la reinserción a la sociedad de la cual provienen, ya que, sin ésta última, no se podría completar el tratamiento.

Para diseñar un espacio para los adolescentes de la calle, se ha tomado los aspectos básicos de la modalidad de comunidad terapéutica y se ha adaptado al tipo de trabajo que se realiza con los niños y adolescentes de la calle. Se ofrece un espacio estructurado que les brinde la atención física, psicológica, social y educativa que los adolescentes de la calle pueden necesitar con la convicción de que si se comienza trabajando duro con pocos, se logrará, posteriormente, alcanzar a muchos.

Esta propuesta de trabajo es una propuesta sólida que se podría intentar realizar con este tipo de población. De ninguna manera se intenta decir que es la única o la mejor. Hay muchas maneras de intervención, las mismas que se podrían tratar en otros trabajos investigativos.

5. RECOMENDACIONES

El modelo de comunidad terapéutica para adolescentes en situación de calle propuesto es una alternativa viable para trabajar con dicha población por los beneficios que traería.

En la Facultad de Psicología de la PUCE se considera que hay una buena preparación para trabajar con personas individualmente, en consulta externa. Se tiene claro el encuadre, la ética y la distancia necesaria que uno debe poner entre sí mismo y los pacientes. Estas técnicas permiten que el trabajo individual sea adecuado y exitoso. Las bases teóricas aprendidas en dicha facultad contribuyen a que los egresados se acoplen a cualquier institución así como a las problemáticas que pueden darse. Por otro lado, también se ofrece la materia de psicología grupal, en la misma que aprendemos a trabajar con grupos pequeños, dándoles un encuadre similar al que se da en terapia individual. Sin embargo, no hay una materia que trate sobre el trabajo institucional, como el de las comunidades terapéuticas, en las cuáles todos sus miembros, incluidos los psicólogos deben participar de todas sus actividades, creando una relación diferente con los participantes debido a la convivencia diaria. Sería excelente que, en la Facultad, los estudiantes puedan aprender qué límites deben poner, cómo manejar situaciones fuera del espacio de psicoterapia y hasta dónde deben involucrarse con los participantes ya que, en muchos casos, esto resulta difícil de determinar. Si bien, en teoría, se tiene una idea general de todo esto, cuando uno se encuentra en una C.T., con otros profesionales y psicólogos de formaciones distintas, es difícil saber cómo actuar en situaciones específicas.

En Quito, la mayoría de la población, si no es toda, ha tenido contacto con niños y adolescentes en situación de calle, de una u otra manera. Los estudiantes de la facultad de psicología de la PUCE no tienen muchas bases teóricas ni prácticas sobre esta problemática creciente. Sería excelente crear un grupo de estudio de intervención terapéutica con niños y adolescentes en situación de calle dentro de facultad de Psicología o el Centro de Psicología Aplicada (CPA). El presupuesto para este tipo de proyecto sería bajo ya que únicamente implicaría reunir a varios estudiantes interesados y tener un supervisor (que podría ser voluntario) que conozca del tema y un supervisor docente, el mismo que brinde un apoyo teórico y ayude a los estudiantes con dudas y elaboraciones del proyecto. Está claro que, previo al inicio de trabajo, se elaboraría un documento que explique los beneficios y las

precauciones así como los peligros que pueden acarrear. Por otro lado, incluso se podría solicitar a la Policía Metropolitana resguardo policial cuando el grupo estudiantil salga a la calle con el fin de tener seguridad en caso de que suceda algún peligro. Este tipo de proyecto, podría ampliar el interés por esta población, tener mayor conocimiento y crear nuevas propuestas terapéuticas y, a su vez, podría brindar una serie de beneficios a los niños y adolescentes que se encuentran actualmente en situación de calle, sin un techo para dormir, sin educación escolar, robando, consumiendo drogas y exponiéndose a todo tipo de peligros.

4. BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Badia Garganté, Antoni; y colaboradores (2006). *La práctica de psicopedagogía en educación no formal*. Editorial UOC. Madrid: [s.n]
- Blos, Peter (2003). *La transición adolescente*; (2da ed) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Campuzano, Mario; Bello, María Carmen (2004). *La Psicoterapia de grupo en las instituciones. Psicoanálisis y psicodrama: alternativas complementarias*. Plaza y Valdés S.A. de C.V. México D.F. [s.n.]
- Carvajal, Guillermo (1993). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*_(2da edición). Bogotá: Editorial Tiresias.
- Clark, Davis (1982). *Terapia Social en psiquiatría*. Ediciones Morata S.A. Madrid [s.n.]
- *Curso de máster en drogodependencia y Sida*. (1998). Vol. III. Málaga: Ed. Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales.
- De León, George (2004). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones*. Editorial Desclée de Brouwer S.A. Bilbao [s.n.]
- Dolto, François(1988). *La Causa de los Adolescentes*. Ed. Robert Laffant S.A. Paris [s.n]
- Llorens, Manuel (2005). *Niños con experiencia de vida en la calle: una aproximación psicológica*. Editorial Paidós. Buenos Aires[s.n]
- Goti, Elena (1990). *La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga*. Editorial Nueva Vida. Buenos Aires[s.n]
- López, Marco Fidel (2006). *Quiero vivir. Pedagogía curativa del drogadicto. Comunidad Terapéutica Amigoniana de Colombia*. Santa Fe de Bogotá, D.C.: 4ta edición.

- Miccarelli, María Elena (1997). *DROGAdependencia. Viaje y de vuelta. Perfil psicológico del adicto*. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza [s.n]
- Tapia- Conyer, Roberto (1994). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva*. Editorial El Manual Moderno S.A, de C.V. Mexico D.F [s.n]
- Yalom, Irvin (1999). *Psicoterapia existencial y terapia de grupos*. Editorial Paidós. Buenos Aires [s.n]

En internet

- <http://www.ymca.int/where-we-work/ymca-country-profiles/latin-america-and-caribbean/ecuador/>, 12 de Mayo 2013
- www.proyctohombre.es, 17 de marzo de 2013
- www.nida.nih.gov, 22 de febrero de 2013

5. ANEXOS

Anexo 1

Anexo 2

Ficha de posibles candidatos

Nombre _____

Apodo _____

Edad _____

Datos familiares

Datos de callejización

Actividades que realiza en la calle

Personas con las que se relaciona

Apreciaciones

Anexo 3

Ficha de admisión

1. Datos de Identificación

1.1. Nombres y Apellidos

1.2. Sobrenombre

1.3. Lugar y Fecha de nacimiento

1.4. Lugar donde habita y condiciones

1.5. Ocupación actual

1.6. Estado Civil

2. Referentes Familiares

2.1. Padre

2.1.1. Nombre

2.1.2. Edad

2.1.3. Estado Civil

2.1.4. Lugar de residencia

2.1.5. Nivel de Instrucción

2.1.6. Ocupación

2.1.7. Otros datos

2.2. Madre

2.2.1. Nombre

2.2.2. Edad

2.2.3. Estado Civil

2.2.4. Lugar de residencia

2.2.5. Nivel de Instrucción

2.2.6. Ocupación

2.2.7. Otros datos

2.3. Hermanos

2.3.1. Número de hermanos

2.3.2. Nombres, Edades y Ocupación

2.3.3. Otros Datos

2.4. Otros

2.4.1. Nombre

2.4.2. Edad

2.4.3. Relación con el participante

2.4.4. Lugar de residencia

2.4.5. Nivel de Instrucción

2.4.6. Ocupación

2.4.7. Otros Datos

2.5. Antecedentes familiares en relación con la callejización y el consumo de drogas

2.6. Genograma familiar

3. Antecedentes Personales

3.1. Antecedentes de Callejización

3.2. Antecedentes de Consumo

3.3. Antecedentes Legales

3.4. Antecedentes Institucionales

4. Escolaridad

4.1. Instrucción

4.2. Instituciones

4.3. Evaluación psicopedagógica

4.4. Observaciones

5. Condiciones de Salud

5.1. Salud física

5.2. Salud mental

5.3. Historia de Enfermedades

5.4. Salud sexual y reproductiva

6. Contexto de la Calle

6.1. Tiempo en la calle

6.2. Sectores por los que frecuenta

6.3. Actividades que realiza

6.4. Rutina diaria

6.5. Personas con las que frecuenta

6.6. Interacción

6.6.1. Con sus pares

6.6.2. Con educadores de la C.T.

6.6.3. Con otros moradores de la calle

Anexo 4

Contrato de Admisión

1. Antecedentes

La Comunidad Terapéutica (C.T.) es un proyecto social que brinda acogimiento, residencia, alimentación, vestimenta, atención médica, tanto preventiva como curativa, programa terapéutico individual, grupal y familiar, programa socio- educativo, programa formativo- ocupacional, programa artístico- creativo, programa físico- deportivo, programa de trabajo con adicciones y actividades recreativas a adolescentes varones entre 14 y 17 años de edad que se encuentran en situación de calle y consumen sustancias psicoactivas.

Las actividades de los participantes de la C.T. responden a una modalidad de tratamiento de comunidad terapéutica en cuyo tratamiento se realiza una intervención integral con enfoque tanto preventivo como recuperativo, facilitando, así, la futura reinserción social.

2. Yo, _____ de _____ años de edad, con la cédula de ciudadanía número _____, acepto las condiciones del presente contrato conforme las siguientes cláusulas:
- 2.1. Ingreso libre, voluntariamente y suficientemente informado sobre el programa de la C.T., a un tratamiento de tipo residencial por un período de 9 meses.
 - 2.2. Durante la permanencia en la Comunidad Terapéutica, el participante se compromete a obedecer las normas de comportamiento que se detallan a continuación así como cualquier normas que sean añadidas a lo largo del tratamiento.

Normas Cardinales

(Cualquier transgresión a las siguientes normas implicará la expulsión del participante de la C.T.)

- Está prohibido consumir cualquier tipo de droga.
- No se permite realizar acciones que atenten contra la seguridad física y/o psicológica de los participantes y de los miembros de la C.T.
- Se debe respetar las pertenencias de los demás y no tomarlas sin permiso previo del dueño.
- No se permite tener relaciones sexuales con otros participantes o con algún miembro del staff.
- Se prohíbe portar o usar armas u objetos corto punzantes
- Se respetará todos los espacios de la C.T. así como los propósitos que dichos espacios tienen.

Normas Secundarias

(Cualquier transgresión a las siguientes normas implicará una sanción previamente determinada por los miembros del staff y/o por los demás participantes)

- Obedecer a todos los miembros del staff y a participantes de jerarquías superiores que estén encargados de tareas a realizar.
- Se debe cuidar su higiene personal y vestirse de manera adecuada para cada actividad.
- Es necesario tener limpia la habitación personal así como los espacios comunitarios.
- Realizar todas las actividades estipuladas dentro del horario en el tiempo establecido.
- Asistir todas las reuniones comunitarias, terapias (individuales, grupales y familiares), talleres y demás actividades previamente establecidas.
- Avisar a miembros del staff cuando vea que otros participantes están realizando actividades que van en contra de las normas cardinales y secundarias.

Adicionalmente se le informa al participante que:

- Previo al ingreso formal del participante, éste deberá registrar todas sus pertenencias personales con su educador terapeuta, el mismo que se compromete a guardar y cuidar de ellas hasta que el participante haya terminado el tratamiento. A la C.T., sólo podrá ingresar con artículos que se consideren absolutamente necesarios ya que aquí se le entregará todo lo que el participante necesite para su estadía.
- Durante la primera etapa de tratamiento, no se le otorgará permisos de salida personales. Posteriormente, podrá tener salidas únicamente cuando el equipo técnico lo crea conveniente para el tratamiento del participante y con condiciones determinadas en ese momento.
- El participante únicamente podrá hacer llamadas y recibir visitas autorizadas previamente por los miembros del staff.
- Cualquier uso de medicamentos por parte del participante será establecido por el médico o el psiquiatra de la C.T. y el encargado de administrarlo al participante será su educador terapeuta.
- Si el participante realiza actividades que van en contra de las leyes ecuatorianas, la C.T. se verá obligada a denunciarlo ante la policía, la misma que se encargaría de la sanción necesaria.
- Ante cualquier duda, inconveniencia o problema, el participante lo podrá comunicar a los miembros del staff, en especial a su educador terapeuta.

2.3. El participante acepta ingresar de manera voluntaria a la C.T., por lo que también es libre de abandonar el tratamiento si lo cree necesario. En caso de hacerlo, deberá entregar los artículos que la C.T. le ha entregado y la C.T., por su parte le devolverá sus pertenencias personales. El participante no podrá retomar su tratamiento por un tiempo determinado de por lo menos 6 meses, fecha en la cual podrá solicitar que se le tome en cuenta como posible candidato para la siguiente ronda de ingresos. Si logra ingresar por una segunda

vez, tendrá que comenzar de cero, no se tomará en cuenta lo logrado en el tratamiento anterior.

Libre y voluntariamente, las partes aceptan el contenido del presente Contrato, a cuyas estipulaciones se someten en el Distrito Metropolitano de Quito.

Participante

Coordinador
Comunidad Terapéutica

Anexo 5

Contrato Terapéutico

Mediante el presente documento se genera un compromiso terapéutico mediante la Comunidad Terapéutica y el Sr. _____, participante que ingresa de manera voluntaria a esta institución.

Los términos del compromiso son los siguientes:

Por parte de la Comunidad Terapéutica

1. Ofrecer al participante cuidados básicos como residencia, alimentación, vestimenta, y protección contra posibles amenazas externas.
2. Brindar al participante atención médica, psicológica y psicopedagógica así como talleres grupales formativos y creativos, todos manejados de manera ética y profesional.
3. Determinar el tipo de sangre del participante.
4. Proporcionar al participante con los documentos personales de identificación, tales como la cédula de ciudadanía y la partida de nacimiento.
5. Contactar a la familia del participante.

Por parte del Participante

1. Cumplir con todas las normas de la Comunidad Terapéutica.
2. Participar en todas las actividades de la Comunidad Terapéutica
3. Realizar todas las tareas que se le ha asignado.
4. Participar de manera activa en su tratamiento.
5. Preservar los bienes, tanto personales como comunitarios.
6. Respetar las pertenencias de otros participantes y de los miembros del staff.
7. En caso de cometer una transgresión, dentro o fuera de la Comunidad Terapéutica, asumir responsabilidad de la misma y cumplir con la sanción respectiva.

Firma para constancia.

Participante
Cc.

Coordinador
Comunidad Terapéutica

Anexo 6

Anexo 7

Informe semanal de progreso

Nombre de participante

Nombre de participante a cargo

Semana ____:

Desde Lunes, _____ hasta viernes, _____

Actividades que debía realizar

Desarrolló las siguientes actividades de manera satisfactoria

Tuvo dificultades con

Falló en seguir las siguientes normas

Sus sanciones, respectivamente, fueron

Observaciones Adicionales

Atentamente,

Firma de Participante a cargo

Firma de Educador Terapeuta a cargo

Anexo 8

HORARIO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Horario de Lunes a Viernes

Hora	Actividad
6H30-7H00	Despertarse Aseo Personal
7H00-8H00	Desayuno Tareas Diarias
8H00-9H00	Encuentro de la Mañana
9H00-10H00	Terapias Individuales
10H00-12h00	Talleres
12H00-13H00	Terapias Individuales
13H00-14H00	Almuerzo
14H00-15H00	Tiempo Libre
15H00-16H00	Encuentro de la Tarde
16H00-17H00	Terapias Individuales Refrigerio
17H00-19H00	Talleres
19H00-20H00	Cena
20H00-21H00	Tiempo Libre Aseo Personal
21H00-22H00	Acostarse Dormir

Horario del Sábado

Hora	Actividad
6H30-7H00	Despertarse Aseo Personal
7H00-8H00	Desayuno Tareas Diarias
8H00-9H00	Encuentro de la Mañana
9H00-11H00	Talleres
11H00-13h00	Cine Foro
13H00-14H00	Almuerzo
14H00-15H00	Tiempo Libre
15H00-16H00	Encuentro de la Tarde
16H00-18H00	Talleres Refrigerio
18H00-19H00	Terapia Grupal
19H00-20H00	Cena
20H00-21H00	Tiempo Libre Aseo Personal
21H00-22H00	Acostarse Dormir

Horario del Domingo

Hora	Actividad
7H00-8H00	Despertarse Aseo Personal
8H00-9H00	Desayuno Tareas Diarias
9H00-10H00	Encuentro de la Mañana Talleres
10H00-13h00	Salida Semanal
13H00-14H00	Almuerzo
14H00-15H00	Tiempo Libre
15H00-16H00	Encuentro de la Tarde
16H00-17H00	Espacio Espiritual Refrigerio
17H00-19H00	Película
19H00-20H00	Cena
20H00-21H00	Tiempo Libre Aseo Personal
21H00-22H00	Acostarse Dormir

Anexo 9

Advertencia

Sr. Participante

Presente.-

Se le informa que el día _____ usted ha _____ (insertar
acto) _____

_____, acto que
infringe la norma de la C.T. en la que se estipula que

_____ y tiene como consecuencia ha sido la(s) siguiente(s) sanción(es)

_____. Por lo tanto,
se encuentra condicionado, lo cual significa que si usted infringe esta o cualquier otra norma entre
ahora y (insertar fecha) será expulsado de la comunidad terapéutica, sin posibilidad de volver durante
un período de, por lo menos, 6 meses.

Educador Terapeuta

Comunidad Terapéutica